



ORIGINALES

Análise das notificações de eventos adversos em um hospital privado

Análisis de las notificaciones de eventos adversos en un hospital privado

Analysis of notifications of adverse events in a private hospital

Alcides Viana de Lima Neto¹
Fernanda Antunes da Silva¹
Genilza Maria de Oliveira Lima Brito¹
Tatiana Maria Nóbrega Elias¹
Bruna Aderita Cortez de Sena¹
Raquel Medeiros de Oliveira¹

¹ Escola da Saúde, Universidade Potiguar (UnP), Laureate International Universities, Brasil.
alcides.vln@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.3.325571>

Submissão: 22/03/2018

Aprovação: 2/06/2018

RESUMO:

Introdução: A segurança do paciente, no contexto atual, passou a ser investigada nos diversos campos da saúde, com o objetivo de reduzir a incidência de danos e eventos adversos aos pacientes.

Objetivo: Identificar e analisar os eventos adversos que comprometem a segurança do paciente durante a assistência de enfermagem em um hospital privado.

Métodos: Pesquisa exploratória, documental e retrospectiva. O instrumento de coleta de dados foi o relatório de notificação de eventos adversos utilizado pelo hospital composto por questões abertas e fechadas.

Resultados: Analisaram-se 262 relatórios de notificação de eventos adversos/incidentes que ocorreram no período de 2015 a 2016. Demonstra-se que o fatores contribuintes para a ocorrência dos eventos adversos foram causados por falha humana. Do total de formulários analisados, 161 (61,83%) apontaram descuido e distração. A omissão se destacou com 11 (4,20%) casos. A falta de atenção com o paciente propiciou 116 (44,27%) erros na administração de medicamentos, 46 (17,56%) falhas durante a digitação e transcrição da prescrição médica e 35 (13,36%) falhas na assistência.

Conclusão: Percebe-se que os incidentes são causados por fatores humanos e de possível reversão. Quando investigados, podem ser minimizados, o que contribui para a qualidade e segurança no cuidado ao paciente.

Palavras chave: Enfermagem; Segurança do paciente; Dano.

RESUMEN:

Introducción: La seguridad del paciente, en el contexto actual, pasó a ser investigada en los diversos campos de la salud, con el objetivo de reducir la incidencia de daños y eventos adversos a los pacientes.

Objetivo: Identificar y analizar los eventos adversos que comprometen la seguridad del paciente durante la asistencia de enfermería en un hospital privado.

Métodos: Investigación exploratoria, documental y retrospectiva. El instrumento de recolección de datos fue el informe de notificación de eventos adversos utilizado por el hospital compuesto por cuestiones abiertas y cerradas.

Resultados: Se analizaron 262 informes de notificación de eventos adversos / incidentes que ocurrieron en el período de 2015 a 2016. Se demuestra que los factores contribuyentes para la ocurrencia de los eventos adversos fueron causados por fallo humano. Del total de formularios analizados, 161 (61,83%) indicaron descuido y distracción. La omisión se destacó con 11 (4,20%) casos. La falta de atención con el paciente propició 116 (44,27%) errores en la administración de medicamentos, 46 (17,56%) fallos durante la digitación y transcripción de la prescripción médica y 35 (13,36%) fallos en la asistencia.

Conclusión: Se percibe que los incidentes son causados por factores humanos y de posible reversión. Cuando son investigados, pueden ser minimizados, lo que contribuye a la calidad y seguridad en el cuidado al paciente.

Palabras-claves: Enfermería; Seguridad del paciente; Daños.

ABSTRACT:

Introduction: patient safety, in the current context, began to be investigated in the different health fields, aiming to reduce the incidence of damages and adverse events to patients.

Objective: to identify and analyze adverse events that compromise patient safety during nursing care in a private hospital.

Methods: exploratory, documentary and retrospective research. The instrument of data collection was the report of adverse event notification used by the hospital composed of open and closed questions.

Results: the researchers analyzed 262 reports of adverse/incident events that occurred in the period 2015 to 2016. The contributing factors for the occurrence of adverse events were caused by human failure. Of the total number of forms analyzed, 161 (61.83%) reported carelessness and distraction. The omission was highlighted with 11 (4.20%) cases. The lack of attention with the patient led to 116 (44.27%) errors in medication administration, 46 (17.56%) failures during the typing and transcription of the medical prescription and 35 (13.36%) failures in care.

Conclusion: the incidents are caused by human factors, with possible reversion. When investigated, they can be minimized, which contributes to quality and safety in patient care.

Keywords: Nursing; Patient safety; Damage.

INTRODUÇÃO

No contexto atual, muitas vezes verificam-se reportagens sobre os erros e eventos que ocorrem em atendimentos hospitalares e que envolvem todas as categorias profissionais⁽¹⁾. As consequências desses eventos nos sistemas de saúde trazem impactos negativos tanto para os pacientes e suas famílias, quanto para as organizações e para a sociedade⁽²⁾. Além disso, tais situações podem ocasionar prejuízo temporário ou permanente ao paciente e muitas vezes apresentam relação com as ações realizadas pelo profissional ou equipe de saúde⁽³⁾.

Ao falar sobre os prejuízos anteriormente descritos, estudos apontam sobre a ocorrência de eventos adversos (EAs) no processo de atendimento aos pacientes hospitalizados, que por sua vez, acarretam em complicações na evolução de sua recuperação, aumento de taxas de infecção e do tempo médio de internação⁽²⁾.

Os EAs ocorrem durante a prestação do cuidado à saúde e resultam em danos ao paciente, que podem ser físicos, sociais e psicológicos, o que inclui doença, lesão, sofrimento, incapacidade ou morte⁽⁴⁾.

Os incidentes podem ser definidos como os eventos ou circunstâncias que poderiam ter resultado ou resultaram em danos desnecessários ao paciente, que pode, ser oriundos de atos intencionais ou não⁽⁵⁾.

No Brasil, a avaliação da incidência de eventos adversos (EA) em hospitais foi estimada em 7,6%. Os autores observaram que, do total de EAs, 67% foram classificados como evitáveis; os eventos mais frequentes foram relacionados a cirurgia, seguidos por aqueles associados a procedimentos clínicos⁽⁶⁾.

Com a finalidade de reduzir essas falhas e ampliar o número de práticas seguras, as instituições de saúde, no mundo todo, estão investindo em ações que primam pela qualidade assistencial e buscam pela difusão de uma cultura de segurança para os pacientes, para os profissionais e para o ambiente⁽⁷⁾.

Assim, a qualidade e a segurança dos pacientes são de responsabilidade de todos os profissionais, inclusive da equipe de enfermagem, que tem papel fundamental na prevenção de ocorrência de eventos adversos⁽⁸⁾.

Nesse contexto, uma iniciativa importante no Brasil foi a criação, em 2011, da Rede Brasileira de Hospitais Sentinela, com o objetivo de estimular esses serviços a notificarem os eventos adversos, mediante o sistema de Notificação em Vigilância Sanitária (NOTIVISA)⁽⁹⁾. Para tanto, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) elaborou a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) Nº 63 de 25 de novembro de 2011 que dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde na (RDC), e na seção II do art. 8º, esclarece estratégias para ações voltadas a segurança do paciente (SP), no que se refere a prevenção de controle de eventos adversos relacionados a assistência à saúde⁽¹⁰⁾.

No ano de 2013 foi instituído também no Brasil, pela portaria nº 529, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) com o objetivo geral de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todo território nacional, e no artigo 3º estabelece a implementação de Núcleos de Segurança do Paciente (NSP)⁽¹¹⁾.

Em julho de 2013, por meio da RDC nº 36 da ANVISA foram recomendadas ações para a promoção da SP e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde⁽¹²⁾. No mesmo ano, a portaria n. 2.095, aprovou os protocolos básicos de SP, a saber: prevenção de quedas; identificação do paciente; segurança na prescrição e de uso e administração de medicamentos. Esses protocolos tem a finalidade de instituir ações e condutas para a segurança do paciente em serviços de saúde e a melhoria da qualidade em caráter nacional e deve ser utilizado em todas as unidades de saúde do Brasil⁽¹³⁾.

Assim, para que a SP seja efetiva, são necessárias as notificações que constituem ferramentas importantes para a implementação de ações e projetos em saúde. Tais dados podem servir de base para avaliar a eficácia dos serviços⁽¹⁴⁾.

Portanto, torna-se necessário que a prática profissional de enfermagem seja permeada pela vivência e percepção diária de situações de risco, que podem subsidiar o gerenciamento do cuidado⁽¹⁵⁾. A contribuição da enfermagem diante da SP está na capacidade de prevenir, identificar e notificar os eventos adversos que possam acontecer durante a assistência prestada ao paciente⁽¹⁶⁾.

Portanto, observa-se que na assistência de enfermagem, os EAs são fatos em diversas instituições, passíveis de correção, por meio de medidas de segurança e um trabalho de prevenção. Essa disposição despertou o interesse de investigar: quais os principais eventos adversos relacionados à assistência de enfermagem nas clínicas médica e cirúrgica em um hospital privado?

A motivação para esse trabalho surgiu a partir das vivências e observação dos eventos adversos ocorridos na assistência de enfermagem durante as aulas práticas de campo e estágios. Percebeu-se também uma deficiência de orientação relacionada à SP. Sabe-se que a insuficiência de comunicação e a falta de estratégias relacionadas ao tema podem comprometer os cuidados prestados ao paciente. Assim, objetivou-se identificar e analisar os eventos adversos que comprometem a segurança do paciente durante a assistência de enfermagem em um hospital privado.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa exploratória, documental, retrospectiva e com abordagem quantitativa. A pesquisa exploratória permite familiarizar-se com o assunto ainda pouco conhecido e pouco explorado. Uma pesquisa documental usa dados da instituição e do material que ainda não recebeu tratamento analítico e pode ser reelaborado de acordo com os objetivos da pesquisa ^(17,18).

A coleta de dados para o estudo foi realizada em um hospital privado, geral, localizado em Natal, Rio Grande do Norte, que funciona com 760 funcionários, possui 76 apartamentos, 36 leitos de enfermaria, centro cirúrgico e duas UTIs: uma geral e outra para pacientes com doenças cardiovasculares, com um total de 21 leitos.

O instrumento da coleta de dados foi o formulário de notificação de eventos adversos utilizado pelo hospital que possui questões abertas e fechadas. O documento abordou a identificação do paciente, a classificação do incidente/evento adverso e o grau do dano. Com o uso desse relatório se identificou também a origem do evento adverso, os fatores contribuintes, como foi detectado e quem notificou.

A seleção dos dados para inclusão foi realizada através dos relatórios das notificações de eventos adversos/incidentes que ocorreram no período de 2015 a 2016 que foram organizados e tabulados no *software Microsoft Office Excel 2016*. Após essa etapa procedeu-se análise estatística descritiva com a construção de tabelas de distribuição de frequência.

O estudo atendeu às normas técnicas nacionais de ética em pesquisa que envolve seres humanos, regulamentada pela resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional da Saúde (CNS) e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) da Universidade Potiguar (UnP) mediante certificado de apresentação para apreciação ética (CAAE) nº 62450216.0.0000.5296 e parecer nº 1.857.320 emitido em 08 de dezembro de 2016.

RESULTADOS

Foram analisadas 262 notificações de eventos adversos que ocorreram no período de 2015 a 2016. Conforme observado na tabela 1, verificou-se que 133 (50,76%) dos pacientes acometidos foram do sexo feminino e 129 (49,24%) do sexo masculino. Percebeu-se ainda que 4 (1,53%) possuem de 0 a 18 anos, seguido de (16) 6,11%

entre 19 a 35 anos, 57 (21,36%) na faixa etária de 36 a 59 anos, 135 (51,53%) acima de 60 anos e em 50 (19,08%) dos formulários não constava a data de nascimento do paciente.

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes de acordo com sexo e idade. Natal/RN, Brasil, 2017.

Gênero	n	%
Masculino	129	49,24
Feminino	133	50,76
Faixa Etária		
0-18 anos	4	1,53
19-35 anos	16	6,11
36-59 anos	57	21,76
Acima de 60 anos	135	51,53
Não informado	50	19,08
Total	262	100

Fonte: Elaboração própria (2017).

A tabela 2 apresenta a origem do incidente/evento adverso. No setor clínico se constataram 162 (63,83%) casos e esse foi o maior número de casos apresentados por setor.

Tabela 2 - Origem do evento adverso. Natal/RN, Brasil, 2017.

Setor	n	%
Clínico	162	61,83
Cirúrgico	84	32,06
Pronto Socorro	3	1,15
Não informado	13	4,96
Total	262	100

Fonte: Elaboração própria (2017).

Conforme identificado na pesquisa, no que se refere à classificação do incidente/evento adverso, houve uma diferença significativa nos números relacionados ao erro de administração de medicamentos em comparação com os demais. Relataram-se 116 (44,27%) erros de administração de medicamentos. A falha durante digitação/transcrição da prescrição médica somou 46 (17,56%), ao passo que a falha durante assistência à saúde totalizou 35 (13,36%). Pôde-se observar 19 (7,25%) quedas do paciente, 16 (6,11%) incidentes foram classificados com dois ou mais incidentes simultâneos, 8 (3,05%) falhas nas atividades administrativas, 8 (3,05%) falhas na comunicação, 5 (1,91%) incidentes não foram informados. Aconteceram ainda 3 (1,15%) falhas na identificação do paciente, 2 (0,76%) falhas durante procedimento cirúrgico, 2 (0,76%) lesões cutâneas por pressão, 1 (0,38%) falha na documentação e a mesma quantidade de falha na administração de dietas.

Em relação à gravidade dos EAs ocorridos, se evidenciou que 101 (38,55%), dado que representa a maioria dos pacientes acometidos, não tiveram qualquer tipo de

dano, ao passo que 95 (36,26%) pacientes não tiveram o grau de dano informado no formulário de notificação de evento adverso. Os danos leves acometeram 51 (19,47%) dos pacientes registrados, ainda houveram 11 (4,20%) danos moderados e 4 (1,53%) danos graves, com nenhum óbito registrado.

Tabela 3 – Grau de Dano. Natal/RN, Brasil, 2017.

Grau de dano/evento adverso	n	%
Nenhum	101	38,55
Leve	51	19,47
Moderado	11	4,20
Grave	4	1,53
Não informado	95	36,26
Total	262	100

Fonte: Elaboração própria (2017).

A tabela 4 aponta os fatores mais significativos que contribuíram para os incidentes/eventos adversos relacionados à assistência, e o fator descuido, distração teve incidência de 162 (61,83%). Em alguns relatórios de notificações analisados foram descritos mais de um fator contribuinte 28 (10,69%). Em 15 (5,73%) os fatores não foram informados, em 11 (4,20%) foram a omissão, falhas na comunicação estiveram presentes em 10 (3,82%) e outros fatores 8 (3,05%) casos.

Tabela 4 – Fatores Contribuintes. Natal/RN, Brasil, 2017.

Fatores contribuintes	n	%
Descuido, Distração	162	61,83
Omissão	11	4,20
Sobrecarga de Trabalho, Fadiga, Esgotamento	6	2,29
Problema/Evento adverso na execução do trabalho	7	2,67
Descumprimento de normas	6	2,29
Ausência inadequada, transmissão de informação durante passagem de plantão	1	0,38
Problema/Evento adverso na compreensão da comunicação (verbal ou escrita)	6	2,29
Informação ilegíveis (Prontuário, ficha do paciente)	2	0,76
Falhas na comunicação	10	3,82
Outros	8	3,05
Não informado	15	5,73
Dois ou mais fatores simultâneos	28	10,69
Total	262	100

Fonte: Elaboração própria (2017).

DISCUSSÃO

A avaliação da assistência é um importante instrumento no controle dos processos de trabalho em saúde. Na assistência de enfermagem, a expectativa é garantir o melhor resultado possível dentro das condições clínicas e da gravidade dos pacientes, com os menores índices de complicações decorrentes dos procedimentos realizados ⁽⁵⁾.

Os resultados evidenciam que a maioria dos eventos adversos/incidentes analisados no referido hospital acometeram pacientes maiores de 60 anos, com um predomínio do gênero feminino. Na classificação dos eventos adversos, os erros de administração de medicamentos foram os mais frequentes com 44,27% dos casos. Esses estiveram relacionados com a administração de hipoglicemiantes e insulina, medicamentos que podem gerar danos ao paciente quando existem falhas no processo de administração. A presença de eventos adversos relacionados a medicamentos nos hospitais compromete a segurança do paciente, por isso esse assunto é de extrema importância ⁽¹⁹⁾. Os resultados reforçam a necessidade de todos os profissionais aderirem as normas de segurança para a utilização de medicamentos no ambiente hospitalar ⁽²⁰⁾.

Percebem-se várias medidas já referenciadas na literatura como estratégias para a redução e prevenção dos erros de medicação nas instituições hospitalares. Uma delas é o investimento em tecnologias tais como a implantação de prescrição médica eletrônica, do código de barras, da automatização da dispensação de medicamentos em doses unitária, além do uso de bombas de infusão inteligentes ⁽²¹⁾.

Esses erros podem ser decorrentes da difícil compreensão da prescrição dificulta a atuação de enfermeiros e técnicos, o que potencializa os riscos e compromete a segurança do paciente, conforme observado em um estudo realizado no setor de clínica médica de um hospital público do Distrito Federal, Região Central do Brasil ⁽²²⁾.

A existência de casos de queda dos pacientes na pesquisa, evento também identificado, necessita ser criteriosamente avaliada, pois tem potencial de causar ferimentos e sequelas, prolongar o tempo e os custos da internação hospitalar, com consequente responsabilização legal da equipe de saúde e da instituição ⁽⁵⁾.

A queda do paciente no hospital pesquisado foi mais prevalente da própria altura. De acordo com um estudo realizado em duas instituições de longa permanência em Campos Gerais, Paraná, a maioria desses eventos adversos/incidentes ocorrem por possíveis alterações de equilíbrio nos idosos, durante sua deambulação em ambientes pouco conhecidos ⁽²³⁾.

Portanto, como analisado na pesquisa, a comunicação é uma ferramenta essencial para se evitarem falhas. Uma ruptura neste processo pode possibilitar prejuízos na compreensão de informações vitais do paciente, comprometendo a continuidade dos cuidados. Através da comunicação entre equipes é possível conhecer todas as questões referentes ao paciente hospitalizado ⁽²⁴⁾.

Diante do problema supracitado, quando comparado com um estudo realizado com voluntários de um hospital norte-americano, observou-se que o comprometimento do processo de comunicação entre os profissionais ocorre com maior frequência durante as passagens de turnos. Em alguns casos acontece omissão de dados importantes e

falta de precisão ou inconsistência das informações que se agravam com presença de interrupções e ruídos. O número inadequado de profissionais também tem sido apontado como barreira, pois a fadiga provoca distrações e conseqüentemente, falhas no processo de comunicação ⁽²⁵⁾.

Dentro da análise, ficou evidente que o descuido e a falta de atenção, contribuíram para os incidentes/eventos adversos com uma margem de 162 (61,83%) dos casos analisados. Dos incidentes/eventos adversos analisados, 101 (38,55%) dos pacientes não sofreram danos. Esse dado sugere que a instituição pesquisada mantém um nível de preocupação, se comparada com outros contextos hospitalares, porém, ainda se faz necessário melhorar o processo de notificação desses eventos pois foi constatado um número considerável de campos não informados no instrumento de notificações.

CONCLUSÃO

Com base na pesquisa realizada, os eventos adversos podem ter causas diversas e ocasionar graus de danos diferentes. Independente do grau de dano sofrido, os dados do evento devem ser bem esclarecidos no formulário de notificação para mapear os erros existentes e corrigir possíveis falhas. Na análise dos dados da presente pesquisa muitas informações importantes não foram preenchidas, o que compromete a rastreabilidade e pode ser destacado como uma das limitações do estudo.

A pesquisa concluiu que os eventos foram caudados principalmente pelo descuido e a omissão por parte dos profissionais. Esses achados servirão para futuras consultas e análises dos erros com o intuito de reduzir os números expostos e melhorar a qualidade e a segurança no cuidado ao paciente.

REFERÊNCIAS

1. Schuster TS. A cultura de segurança do paciente na percepção dos profissionais de enfermagem de um hospital filantrópico do interior do Rio Grande do Sul [monografia]. Porto Alegre (RS): Curso de Especialização em Gestão de Risco e Segurança Hospitalar, Universidade do Vale do Rio dos Sinos; 2015.
2. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
3. Oliveira RM, Leitão IMTA, Silva LMS, Figueiredo SV, Sampaio RL, Gondim MM. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. Esc. Anna Nery. 2014 [acesso em 18 jan 2018]; 18(1):122-129. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n1/1414-8145-ean-18-01-0122.pdf>.
4. Sousa MRG, Silva AEBC, Bezerra ALQ, Freitas JS, Miasso AI. Eventos adversos em hemodiálise: relatos de profissionais de enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2013 [acesso em 13 nov 2016]; 47(1):76-83. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/a10v47n1.pdf>.
5. Duarte SCM, Stipp MAC, Silva MM, Oliveira FT. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2015 [acesso em 20 out 2016]; 68(1): 144-154. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000100144&lng=en.
6. Mendes W, Martins M, Rozenfeld S, Travassos C. The assessment of adverse events in Brazilian hospitals. Int J Qual Health Care 2009 [acesso em 10 out 2016];

- 21(4): 279-284. Disponível em: <https://academic.oup.com/intqhc/article/21/4/279/1801452>.
7. Hoffmeister LV. Uso de pulseiras de identificação em pacientes internados no hospital de clínicas de porto alegre [monografia]. Porto Alegre (RS): Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2012.
8. Bohomol E, Tartali JA. Eventos adversos em pacientes cirúrgicos: conhecimento dos profissionais de enfermagem. Acta Paul Enferm. 2013 [acesso em 13 nov. 2016]; 26(4):376-81. Disponível em: <http://www.repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/7508/S010321002013000400012-pt.pdf?sequence=3&isAllowed=y>.
9. Ministério da Saúde (BR). Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
10. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
11. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 529, de 01 de abril de 2013. Institui O Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
12. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
13. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2095, de 24 de setembro de 2013. Institui Os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
14. Oliveira JR, Xavier RMF, Santos Júnior AF. Eventos adversos notificados ao Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária (NOTIVISA): Brasil, estudo descritivo no período 2006 a 2011. Epidemiol. Serv. Saúde [Internet]. 2013 [acesso em 19 mai. 2017]; 22(4): 671-678. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v22n4/v22n4a13.pdf>.
15. Mello JF, Barbosa SFF. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2013 [acesso em 23 out. 2016]; 22(4): 1124-33. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/31.pdf>.
16. Milagres LM. Gestão de risco para segurança do paciente: o enfermeiro e a notificação dos eventos adversos [dissertação]. Juiz de Fora (MG): Curso de Mestre em Enfermagem, Universidade Federal de Juiz de Fora; 2015.
17. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 5 ed. São Paulo: Atlas; 2010.
18. Marconi MA, Lakatos EM. Fundamentos de Metodologia Científica. 5 ed. São Paulo: Atlas; 2003.
19. Sousa LAO. Prevalência e características dos eventos adversos a medicamentos no Brasil [dissertação]. Fortaleza (CE): Curso de Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas, Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal do Ceará; 2016.
20. Adriano LS. Farmácia clínica em unidade de terapia intensiva: identificação, resolução e prevenção de erros de medicação [dissertação]. Fortaleza (CE): Curso de Ciências Farmacêuticas, Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal do Ceará; 2017.
21. Sales VMB. Operacionalização do programa nacional de segurança do paciente: Análise dos Custos de Implantação em um Hospital da Paraíba, Brasil [dissertação]. Recife (PE): 2016. 88 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Pós-graduação em Gestão e Economia da Saúde, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal de Pernambuco; 2016.

22. Volpe CRG, Melo EMM, Aguiar LB, Pinho DLM, Stival MM. Fatores de risco para erros de medicação na prescrição eletrônica e manual. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2016 [acesso em 09 mai. 2017]; 24: e2742. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02742.pdf.
23. Sousa JAV, Stremel AIF, Grden C RB, Borges PKO, Reche PM, Silva JHO. Risco para quedas e fatores associados em idosos institucionalizados. Rev Rene. 2016 [acesso em 09 mai. 2017]; 17(3):416-21. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/3483/2726>.
24. Oliveira MC, Rocha RGM. Reflexão acerca da passagem de plantão: implicações na continuidade da assistência de enfermagem. Enfermagem Revista. 2015 [acesso em 09 mai. 2017]; 2(19): 191-198. Disponível em: <http://200.229.32.55/index.php/enfermagemrevista/article/view/13148/10292>.
25. Kirschbaum KA, Rask JP, Brennan M, Phelan S, Fortner SA. Improved climate, culture, and communication through multidisciplinary training and instruction. Am J Obstet Gynecol. 2012 [acess in 2018 Jan 18]; 207(3):200.e1-7. Disponívem em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22840971>

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia