



## ORIGINALES

### Análisis de las notificaciones de eventos adversos en un hospital privado

Análise das notificações de eventos adversos em um hospital privado

Analysis of notifications of adverse events in a private hospital

Alcides Viana de Lima Neto<sup>1</sup>  
Fernanda Antunes da Silva<sup>1</sup>  
Genilza Maria de Oliveira Lima Brito<sup>1</sup>  
Tatiana Maria Nóbrega Elias<sup>1</sup>  
Bruna Aderita Cortez de Sena<sup>1</sup>  
Raquel Medeiros de Oliveira<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Escuela de Salud, Universidad Potiguar (UnP), Laureate International Universities, Brasil.  
[alcides.vln@gmail.com](mailto:alcides.vln@gmail.com)

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

Recibido: 22/03/2018

Aceptado: 2/06/2018

#### 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.

#### 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 os 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.

## 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.

## INTRODUCCIÓN

En el contexto actual, muchas veces, hay informes sobre errores y eventos que ocurren en la atención hospitalaria y la participación de todas las categorías profesionales<sup>(1)</sup>. Las consecuencias de estos acontecimientos en los sistemas de salud traen impactos negativos tanto para los pacientes como para sus familias, así como para las organizaciones y para la sociedad<sup>(2)</sup>. Además, estas situaciones pueden provocar lesiones permanentes o temporales en el paciente y, a menudo, presentan relación con las acciones realizadas por el profesional o equipo de salud<sup>(3)</sup>.

Cuando se habla de las pérdidas descritas más arriba, los estudios indican la ocurrencia de eventos adversos (EAs) en el proceso de atención a los pacientes hospitalizados, que, a su vez, causan complicaciones en la evolución de su recuperación, el aumento de las tasas de infección y el tiempo promedio de hospitalización<sup>(2)</sup>.

Los EAs ocurren durante la prestación de los cuidados de salud y provocan daños en el paciente, que pueden ser físicos, sociales y psicológicos, lo que incluye enfermedad, lesiones, sufrimiento, incapacidad o muerte<sup>(4)</sup>.

Los incidentes pueden definirse como los eventos o circunstancias que pudieran provocar o provocaron daños innecesarios al paciente, que pueden originarse por actos intencionales o no<sup>(5)</sup>.

En Brasil, la evaluación de la incidencia de los eventos adversos (EA) en hospitales fue estimada en el 7,6%. Los autores observaron que del número total de EAs, 67% fueron clasificados como evitables; los eventos más frecuentes fueron relacionados con la cirugía, seguida por los asociados con los procedimientos clínicos<sup>(6)</sup>.

Con el fin de reducir estos errores y aumentar el número de prácticas seguras, las instituciones de salud en todo el mundo están invirtiendo en acciones que buscan la calidad de atención y la difusión de una cultura de la seguridad para los pacientes, para los profesionales de la salud y para el medio ambiente<sup>(7)</sup>.

Así, la calidad y la seguridad de los pacientes son responsabilidad de todos los profesionales, incluyendo el equipo de enfermería, que desempeña un papel fundamental en la prevención de la ocurrencia de eventos adversos<sup>(8)</sup>.

En este contexto, una importante iniciativa en Brasil fue la creación, en 2011, la Red Brasileña de Hospitales Centinela, con el objetivo de impulsar estos servicios a notificar los eventos adversos, mediante el sistema de Notificación en Vigilancia Sanitaria (NOTIVISA)<sup>(9)</sup>. Así, la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA) elaboró un proyecto de Resolución de la Dirección Colegiada (RDC) N. 63, de 25 de noviembre de 2011, que establece los requisitos de buenas prácticas de funcionamiento de los servicios de salud en la RDC, y en la sección II del artículo 8º, clarifica las estrategias para las acciones relacionadas con la seguridad del paciente (SP), por lo que se refiere a la prevención de control de eventos adversos relacionados con el cuidado de la salud<sup>(10)</sup>.

En el año de 2013, fue introducido en Brasil, por Ordenanza N. 529, el Programa Nacional para la Seguridad del Paciente (PNSP) con el objetivo general de contribuir a la cualificación de la atención de salud en todo el territorio nacional, y en el artículo 3, establece la implementación Núcleos de Seguridad del Paciente (NSP)<sup>(11)</sup>.

En julio de 2013, por medio de la RDC N. 36 de la ANVISA, fueron recomendadas acciones para la promoción de la SP y la mejora de la calidad en los servicios de salud<sup>(12)</sup>. En el mismo año, la Ordenanza N. 2.095 aprobó los protocolos básicos de SP, a saber: prevención de caídas; identificación del paciente; la seguridad de la prescripción y el uso y administración de medicamentos. Estos protocolos tienen el propósito de establecer acciones y conductas para la seguridad del paciente en los servicios de salud y la mejora de la calidad de carácter nacional y deben ser utilizados en todas las unidades de salud en Brasil<sup>(13)</sup>.

Así, para una SP eficaz, son necesarias notificaciones, que son herramientas importantes para la ejecución de acciones y proyectos en salud. Esos datos pueden servir como una base para evaluar la eficacia de los servicios<sup>(14)</sup>.

Por lo tanto, es necesario que la práctica profesional de la enfermería sea impregnada por la experiencia y la percepción cotidiana de las situaciones de riesgo que pueden subsidiar la gestión de atención<sup>(15)</sup>. La contribución de la enfermería ante la SP está la capacidad para prevenir, identificar y notificar los eventos adversos que pueden ocurrir durante la asistencia prestada al paciente<sup>(16)</sup>.

Por lo tanto, se observa que, en la asistencia de enfermería, los EAs son hechos en diversas instituciones, sujetos a la corrección, por medio de medidas de seguridad y un trabajo de prevención. Esta disposición despertó el interés de la investigación: ¿Cuáles son los principales efectos adversos relacionados con la asistencia de enfermería en las clínicas médica y quirúrgica en un hospital privado?

La motivación de este trabajo surgió a partir de la experiencia y la observación de los eventos adversos que ocurren en la asistencia de enfermería durante las clases prácticas y pasantías. También se percibió una deficiencia de orientación relacionada con la SP. Se sabe que la falta de comunicación y de estrategias relacionadas con el tema puede comprometer los cuidados prestados al paciente. Por ello, el presente estudio pretende identificar y analizar los eventos adversos que ponen en peligro la seguridad del paciente durante la asistencia de enfermería en un hospital privado.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Es una investigación exploratoria, documental, retrospectiva y con un enfoque cuantitativo. La investigación exploratoria permite familiarizarse con el tema aún poco conocido y explorado. Una investigación documental utiliza datos de la institución y el material que aún no ha recibido un tratamiento analítico y puede ser reelaborado de acuerdo con los objetivos de la investigación<sup>(17,18)</sup>.

Se realizó la recopilación de datos para el estudio en un hospital privado, general, ubicado en Natal, Rio Grande do Norte, que funciona con 760 empleados, tiene 76 apartamentos, 36 camas en la enfermería, centro quirúrgico y dos UCIs: una general y otra para pacientes con enfermedades cardiovasculares, con un total de 21 camas.

El instrumento de recolección de datos fue el formulario de notificación de los eventos adversos utilizado por el hospital que tiene preguntas abiertas y cerradas. El documento aborda la identificación del paciente, la clasificación del incidente/evento adverso y el grado de daño. Con el uso de este informe, también se identificaron el origen del evento adverso, los factores contribuyentes, cómo fue detectado y notificado.

La selección de los datos para la inclusión fue realizada a través de los informes de notificaciones de eventos/incidentes adversos que ocurrieron en el período de 2015 a 2016, que fueron organizados y tabulados en el software Microsoft Office Excel 2016. Después de este paso, se realizó análisis estadístico descriptivo con la construcción de tablas de distribución de frecuencias.

El estudio cumplió con las normas técnicas nacionales de ética en investigación con seres humanos, regulada por la Resolución 466/2012 del Consejo Nacional de Salud (CNS) y fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación (CEI) de la Universidad Potiguar (UNP), según certificado de presentación para consideración ética (CAAE) n. 62450216.0.0000.5296 y opinión n. 1.857.320 emitida en 08 de diciembre de 2016.

## RESULTADOS

Se analizaron 262 informes de eventos adversos que ocurrieron en el período de 2015 a 2016. Como se observa en la tabla 1, 133 (50,76%) pacientes eran mujeres y 129 (49,24%), hombres. 4 (1,53%) tienen 0 a 18 años, seguido por (16) 6,11% con 19

a 35 años, 57 (21.36%) en el grupo de edad de 36 a 59 años, 135 (51.53%) con más de 60 años de edad y en 50 (19,08%) formularios, no había la fecha de nacimiento del paciente.

**Tabla 1** - Distribución de los pacientes de acuerdo con el sexo y la edad. Natal/RN, Brasil, 2017.

<b>Género</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Masculino	129	49,24
Femenino	133	50,76
<b>Grupo de Edad</b>		
0-18 años	4	1,53
19-35 años	16	6,11
36-59 años	57	21,76
Más de 60 años	135	51,53
No informado	50	19,08
<b>Total</b>	<b>262</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración propia (2017).

La tabla 2 presenta el origen del incidente/evento adverso. En el sector de la clínica, se encontraron 162 casos (63,83%) y este fue el mayor número de casos presentados por el sector.

**Tabla 2** - Origen del evento adverso. Natal/RN, Brasil, 2017.

<b>Sector</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Clínica	162	61,83
Quirúrgico	84	32,06
Emergencia	3	1,15
No informado	13	4,96
<b>Total</b>	<b>262</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración propia (2017).

Como se identifica en la investigación, en lo que se refiere a la clasificación del incidente/evento adverso, hubo una diferencia significativa en el número relacionado con el error en la administración de medicamentos en comparación con los otros. Se observaron 116 (44.27%) errores en la administración de medicamentos. Las fallas durante el proceso de digitación y transcripción de prescripción médica sumaron un total de 46 (17.56%), mientras que las fallas durante los cuidados de salud sumaron un total de 35 (13,36%). Se observaron 19 (7,25%) caídas del paciente, 16 (6,11%) incidentes fueron clasificados con dos o más incidentes simultáneos, 8 (3,05%) fallas en las actividades administrativas, 8 (3,05%) fallas en la comunicación, 5 (1,91%) incidentes no fueron informados. Aún sucedieron 3 (1,15%) fallas en la identificación del paciente, 2 (0,76%) fallas durante el procedimiento quirúrgico, 2 (0,76%) lesiones cutáneas por presión, 1 (0,38%) falla en la documentación y la misma cantidad de fallas en la administración de las dietas.

En relación con la gravedad de los EAs, se mostró que 101 (38.55%), dado que representa a la mayoría de los pacientes afectados, no tuvieron ningún tipo de daño, mientras que 95 (36,26%) pacientes no tuvieron el grado del daño reportado en el formulario de notificación de los eventos adversos. Los daños leves afectaron 51 (19.47%) pacientes registrados, 11 (4,20%) daños moderados y 4 (1,53%) daños severos con ninguna muerte registrada.

**Tabla 3 – Grado del Daño. Natal/RN, Brasil, 2017.**

<b>Grado del daño/evento adverso</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Ninguno	101	38,55
Leve	51	19,47
Moderado	11	4,20
Severo	4	1,53
No informado	95	36,26
<b>Total</b>	<b>262</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración propia (2017).

La tabla 4 muestra los factores más importantes que contribuyeron a los incidentes/eventos adversos relacionados con la asistencia y el factor descuido, distracción tuvo una incidencia de 162 (61,83%). En algunos formularios de notificaciones analizados fueron descritos más de un factor 28 (10,69%). En 15 (5,73%), los factores no fueron informados, en 11 (4,20%) fueron las omisiones, errores de comunicación estuvieron presentes en 10 (3,82%) y otros factores en 8 (3,05%) casos.

**Tabla 4 – Factores Contribuyentes. Natal/RN, Brasil, 2017.**

<b>Factores contribuyentes</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
Descuido, Distracción	162	61,83	Fuente: Elaboración propia (2017).
Omisión	11	4,20	
Sobrecarga de trabajo, Fatiga, Agotamiento	6	2,29	
Problema/Evento adverso en la ejecución del trabajo	7	2,67	
Incumplimiento de normas	6	2,29	
Ausencia inadecuada, transmisión de información durante el paso de turno	1	0,38	
Problema/Evento adverso en la comprensión de la comunicación (verbal o escrita)	6	2,29	
Información ilegible (Prontuario, ficha del paciente)	2	0,76	
Fallas en la comunicación	10	3,82	
Otros	8	3,05	
No informado	15	5,73	
Dos o más factores simultáneos	28	10,69	
<b>Total</b>	<b>262</b>	<b>100</b>	

## DISCUSIÓN

La evaluación de la asistencia es una herramienta importante en el control de los procesos de trabajo en salud. En la asistencia de enfermería, la expectativa es garantizar el mejor resultado posible dentro de las condiciones clínicas y la gravedad de los pacientes, con las tasas más bajas de complicaciones derivadas de procedimientos realizados<sup>(5)</sup>.

Los resultados muestran que la mayoría de los eventos adversos/incidentes analizados en ese hospital afectó los pacientes mayores de 60 años, con un predominio del sexo femenino. En la clasificación de los eventos adversos, los errores de administración de medicamentos fueron los más frecuentes con 44.27% de los casos. Estos estaban relacionados con la administración de hipoglucemiantes e insulina, medicamentos que pueden causar daño al paciente cuando hay fallas en el proceso de administración. La presencia de eventos adversos relacionados con el medicamento en los hospitales compromete la seguridad del paciente, así, este tema es de extrema importancia<sup>(19)</sup>. Los resultados refuerzan la necesidad de la adherencia de todos los profesionales a las normas de seguridad para el uso de los medicamentos en el ambiente hospitalario<sup>(20)</sup>.

Se observaron varias medidas ya mencionadas en la literatura como estrategias para la reducción y prevención de errores de medicación en instituciones hospitalarias, como la inversión en tecnologías, como prescripción médica electrónica, código de barras, automatización de la dispensación de medicamentos en dosis unitaria, además de la utilización de bombas de infusión inteligentes<sup>(21)</sup>.

Estos errores pueden deberse a la difícil comprensión de prescripción, dificultando el trabajo de enfermeros y técnicos, lo que potencia los riesgos y pone en riesgo la seguridad del paciente, tal como se observó en un estudio realizado en el sector de clínica médica de un hospital público del Distrito Federal, región central de Brasil<sup>(22)</sup>.

La existencia de casos de caídas de pacientes en la investigación debe ser cuidadosamente evaluada, porque tiene el potencial de causar lesiones y secuelas, prolongar el tiempo y los costos de hospitalización, con consecuente responsabilidad legal del equipo de salud y la institución<sup>(5)</sup>.

La caída del paciente en el hospital investigado fue más prevalente en su propia altura. Según un estudio llevado a cabo en dos instituciones de larga permanencia en Campos Gerais, Paraná, la mayoría de estos eventos/incidentes adversos ocurre por posibles cambios de equilibrio en los ancianos, durante su deambulación en ambientes poco conocidos<sup>(23)</sup>.

Por lo tanto, como analizado en la investigación, la comunicación es una herramienta esencial para evitar fallas. Una interrupción de este proceso puede perjudicar la comprensión de informaciones vitales del paciente, comprometiendo la continuidad de los cuidados. A través de la comunicación entre equipos, es posible conocer todas las cuestiones relacionadas con el paciente hospitalizado<sup>(24)</sup>.

Ante el problema mencionado anteriormente, cuando comparado con un estudio con voluntarios de un hospital norteamericano, se observó que el compromiso del proceso de comunicación entre profesionales se produce con mayor frecuencia durante los

pasajes de los turnos. En algunos casos, ocurre la omisión de datos importantes y la falta de precisión o incoherencia de la información que se agravan con la presencia de las interrupciones y ruidos. El número insuficiente de profesionales también ha sido implicado como una barrera, ya que la fatiga provoca distracciones y, por consiguiente, fallas en el proceso de comunicación<sup>(25)</sup>.

Dentro del análisis, se hizo evidente que el descuido y la falta de atención contribuyeron a los incidentes/eventos adversos con un margen de 162 (61,83%) casos analizados. De los incidentes/eventos adversos analizados, 101 (38,55%) pacientes no sufrieron daños. Esto sugiere que la institución analizada mantiene un nivel de preocupación, si se compara con otros contextos hospitalarios, sin embargo, aún existe una necesidad de mejorar el proceso de notificación de estos eventos porque se observó un considerable número de campos no informados en el instrumento de las notificaciones.

## CONCLUSIÓN

Con base en la investigación realizada, los eventos adversos pueden tener diferentes causas y ocasionar diferentes grados de daño. Independientemente del grado del daño sufrido, los datos del evento deben ser bien aclarados en el formulario de notificación para mapear los errores existentes y corregir los posibles errores. En el análisis de los datos del presente estudio, muchas informaciones importantes no fueron rellenadas, lo que compromete la trazabilidad y puede destacarse como una de las limitaciones del estudio.

La investigación concluyó que los eventos ocurrieron principalmente por negligencia y omisión por parte de los profesionales. Estos resultados servirán para futuras consultas y análisis de los errores con el objetivo de reducir los números expuestos y mejorar la calidad y la seguridad en el cuidado del paciente.

## REFERENCIAS

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 [monografía]. 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/reusp/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](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](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. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22840971>

ISSN 1695-6141

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