

**SEGURANÇA DO PACIENTE NAS AÇÕES DE ENFERMAGEM HOSPITALAR:
UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA**

Patient safety in hospital nursing actions: a review of literature integrative

Maria das Dores Pereira¹, Diego Floriano de Souza², Fabiane Ferraz³

¹ Enfermeira assistencial do Hospital Celso Ramos – Florianópolis/SC. Especialista em Gestão em Saúde.

² Acadêmico de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). Membro do Grupo de Pesquisa em Gestão do Cuidado, Integralidade e Educação na Saúde (GECIES/UNESC). Bolsista PIBIC/UNESC.

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense. Membro dos Grupos de Pesquisa: Gestão do Cuidado, Integralidade e Educação na Saúde (GECIES/UNESC) e Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva (LADSSC/UNESC).

Endereço para correspondência:

Fabiane Ferraz

Rua Lauro Muller, 700/701. Bloco: Luna. Bairro: Cruzeiro do Sul. CEP: 88811-030. Criciúma/SC.

Email: olaferraz@gmail.com.

Resumo

Trata-se de uma Revisão integrativa de literatura que tem por objetivo caracterizar a produção científica da Enfermagem brasileira sobre segurança do paciente em ambiente hospitalar. Com aplicação de critérios de inclusão e exclusão, a seleção inicial ocorreu pela leitura de títulos/resumos de 1.209 trabalhos gerados na BIREME e Google Acadêmico. Após o resgate dos trabalhos completos e a revisão por pares dos 74 trabalhos pré-selecionados, foram analisados 45 estudos. Os resultados evidenciaram que a maioria dos estudos são artigos originais de pesquisa, publicados por mulheres, com título de doutor ou mestre, em revistas brasileiras de alto impacto na enfermagem. Os anos de maior publicação foram 2008, 2010 e 2011. Entre os temas, 26 artigos abordaram a segurança do paciente no uso de medicação, 10 expressaram aspectos relacionados à gestão/gerenciamento de eventos adversos, 4 a análise de eventos adversos em Centro Cirúrgico, 1 abordou eventos relacionados ao risco de infecção, 2 lesões de pele causadas por distintas ordens e 2 propuseram ações para evitar extubação. Conclui-se que há um número razoável de trabalhos que expressam o tema segurança do paciente publicado pela enfermagem brasileira. No entanto, devido à importância, a enfermagem deve manter publicações constantes sobre o tema, principalmente sobre aspectos menos explorados na presente revisão integrativa, como: identificação correta do paciente, comunicação entre as equipes e redução de lesões por quedas.

Palavras-chave: Segurança do Paciente; Serviços Hospitalares; Enfermagem.

Abstract

This is an integrative review of literature that objective to characterize the scientific production of Brazilian nursing on patient safety in hospitals. With the application of inclusion and exclusion criteria, the initial selection occurred by reading titles / abstracts of 1,209 papers generated in the BIREME and Google Scholar. After the rescue of full papers and peer review of the 74 pre-selected papers, 45 studies were analyzed. The results showed that most of the studies are original research articles published by women, with doctoral or master degree, published in Brazilian journals of high impact in nursing. The years of publication were higher in 2008, 2010 and

2011. Among the subjects, 26 articles deal with patient safety in medication use, 10 expressed aspects related to the management of adverse events, 4 the analysis of adverse events in the Surgical Center, 1 discussed events related to the risk of infection, 2 skin lesions caused by different orders and 2 proposed actions to prevent extubation. We conclude that there is a reasonable number of works that express the patient safety issue published by Brazilian nursing. However, because of the importance, nursing must maintain constant publications on the subject, especially on less explored aspects of this integrative review, such as: correct patient identification, communication between teams and reduce injuries from falls.

Keywords: Patient Safety; Hospital Services; Nursing.

INTRODUÇÃO

A qualidade do cuidado e a segurança do paciente nas instituições de saúde são preocupações emergentes em âmbito mundial. O movimento em prol da segurança do paciente teve início na última década do século XX, após a publicação do relatório do Institute of Medicine dos Estados Unidos da América (EUA) que apresentou os resultados de vários estudos, os quais revelaram a difícil situação de assistência à saúde do referido país. Dados apontaram que entre as 33,6 milhões de internações, aproximadamente, de 44.000 a 98.000 pacientes morreram em consequência de eventos adversos (Cassiani, 2010). Tais eventos são compreendidos por Vincent (2009, p. 51) como

uma lesão não intencional causada pela conduta médica, e não pelo processo de doença. Essa lesão é suficientemente grave para prolongar o tempo de hospitalização, ou leva à disfunção, ou incapacidade temporária ou permanente no momento da alta. Em alguns casos, ambas as situações podem ocorrer.

A publicação do relatório repercutiu em países como Canadá, Espanha, Reino Unido, Austrália e na América Latina – Brasil, Peru, Argentina e Colômbia. Devido à repercussão internacional, em 2002 a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou um grupo de trabalho com o objetivo de avaliar, de forma sistemática, a segurança do paciente nos serviços de saúde e definiu, em 2004, o programa denominado “Aliança Mundial para a Segurança do Paciente”. Esse programa,

atualmente denominado “Programa de Segurança do Paciente”, propõe diretrizes e estratégias que visam sensibilizar, divulgar e mobilizar profissionais de saúde e a população de diferentes países para a busca de soluções que promovam a segurança do paciente, compartilhando conhecimentos e desenvolvendo ferramentas que possibilitem a mudança da realidade no cenário mundial (Cassiani, 2010).

Em 2005 a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) criou a Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente, em Concepción, Chile, com o objetivo de traçar tendências e prioridades no desenvolvimento da enfermagem na área da Segurança do Paciente, discutir a cooperação e o intercâmbio de informações entre os países e a necessidade de fortalecimento do cuidado de enfermagem a partir de evidências científicas (Cassiani, 2010).

No Brasil, a Constituição Federal apresenta que é dever do Estado garantir a saúde a toda a população, por meio da assistência universal, integral e equânime dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 1988). Esse direito constitucional perpassa pela necessidade de formulação de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e o estabelecimento de condições que assegurem o acesso universal e igualitário as ações e aos serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos (Brasil, 1988). Publicações revelam que nos últimos 10 anos pelo menos 10% dos doentes admitidos em estabelecimentos hospitalares sofreram danos decorrentes da prestação dos cuidados de saúde (Bezerra et al., 2009).

Em 1999 a Agência Nacional de Vigilância em Saúde (ANVISA) criou a Rede Brasileira de Eventos Adversos e Queixas Técnicas de Produtos de Saúde, Sangue e Hemoderivados, Materiais e Equipamentos Médico-Hospitalares (Rede Sentinela). Dentre as ações que os hospitais da Rede Sentinela deve implementar, está a figura do gerente de risco, designado pela diretoria do hospital para atuar como elemento de ligação com a ANVISA, esta ação tem um papel importante nas iniciativas nacionais sobre segurança do paciente. Outra proposta foi criar comitês de segurança do paciente, sendo que esses comitês, quando instituídos, devem estar ligados à mais alta administração da instituição, sendo muitos liderados por enfermeiros (Brasil, 2004).

A segurança do paciente constitui um dos grandes desafios dos cuidados de

saúde nos dias atuais. O reconhecimento da ocorrência de erros ou acidentes adversos com consequências graves aos doentes está levando os gestores de saúde a buscar alternativas para diminuir as situações de risco nas instituições. Frente ao exposto, torna-se fundamental que a enfermagem, como a profissão que está envolvida 24 horas na prática assistencial e gerencial, esteja alerta às medidas pertinentes à segurança do paciente.

A Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), criada em maio de 2008, foi a estratégia adotada por grupos de enfermeiros para o desenvolvimento de articulação e de cooperação entre instituições de saúde e educação, com o objetivo de fortalecer a assistência de enfermagem segura e com qualidade. É um bem sucedido e exemplar movimento social na enfermagem brasileira que, reconhecendo o seu papel na assistência à saúde, busca por cooperação, parceria e iniciativas de mudanças, implementar práticas cada vez mais seguras no cuidado de enfermagem (Silva, 2010).

Segundo a ANVISA, todos os níveis de gerenciamento devem, constantemente, reforçar as regras e regulamentos de segurança, sendo obrigatório alertar e identificar as práticas e as condições inseguras, tomando imediatamente atitudes apropriadas para corrigir as irregularidades (Brasil, 2004). É responsabilidade dos gestores zelar que o ambiente hospitalar apresente condições de segurança para os colaboradores e pacientes. No entanto, cabe a todos os colaboradores técnico-assistenciais, juntamente com a gestão dos serviços, a responsabilidade de manter a integralidade do paciente durante seu período na instituição de saúde.

O desenvolvimento do presente trabalho justifica-se pela necessidade de se destacar as atividades da equipe de enfermagem no contexto da saúde e segurança do paciente publicada em periódicos científicos da área. Consideramos que a Enfermagem precisa solidificar conhecimentos e alinhar suas atividades, pois possui um papel fundamental nos processos que envolvem a atenção ao paciente. Portanto, seus profissionais são responsáveis por um novo olhar sobre suas práticas cotidianas, a fim de identificar falhas nos processos, que possam gerar eventos adversos. Logo, acredita-se que é obrigação dos enfermeiros assistenciais, juntamente com os gestores, desenvolver metas e ações que visam à segurança do paciente. Assim, o presente estudo tem por finalidade promover aportes teóricos

sobre segurança do paciente a profissionais e estudantes a fim de subsidiar a prática assistencial atual.

OBJETIVO

Caracterizar a produção científica da Enfermagem brasileira sobre segurança do paciente em ambiente hospitalar publicado no período de 2001 a 2011.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura (Ganong, 1987). Para seleção da amostra de trabalhos considerou-se os seguintes **critérios de inclusão**:

- a) trabalhos publicados no formato de artigos científicos (artigos originais, revisões sistematizadas, relatos de experiências, ensaios teóricos, reflexões);
- b) trabalhos cujo objetivo geral e/ou específicos refere-se explicitamente ao objeto de estudo;
- c) trabalhos publicados no período 2001-2011 em português.

Definiu-se como **critérios de exclusão**:

- a) pesquisas e relatos publicados por outras áreas de conhecimento que não a enfermagem;
- b) artigos originais e relatos de experiência publicados em outros meios de comunicação que não sejam periódicos científicos;
- c) artigos do tipo revisões bibliográficas não sistematizadas, cartas, resenhas, editoriais;
- d) estudos que não estão disponibilizados on-line no formato completo para análise.

A busca de trabalhos para a pesquisa primária ocorreu de 21 a 30 de dezembro de 2011 e seguiu os seguintes passos:

- a) Biblioteca Virtual em Saúde (BVS/BIREME), site <www.regional.bvsalud.org>. Optou-se pela busca livre no item <<pesquisa na bvs>>, usando os termos: “segurança do paciente” AND “hospital” AND “enfermagem”; selecionando o método integrado, todos os índices, todas as fontes.

Revisão

Atenção à Saúde

Ressalta-se que, ao optar pelo item <<todas as fontes>>, significa que a busca foi realizada nas seguintes bases – “Ciências da Saúde em Geral: LILACS, IBECs, MEDLINE, Biblioteca Cochrane. Portal de Evidências: Revisões Sistemáticas, Ensaio Clínicos, Sumários de Evidência, Avaliações Econômicas em Saúde, Avaliações de Tecnologias em Saúde, Diretrizes para Prática Clínica. Áreas Especializadas: BIOÉTICA, Cid Saúde, DESASTRES, HISA, HOMEINDEX, LEYES, MEDCARIB, REPIDISCA. Organismos Internacionais: PAHO, WHOLIS” (Bireme, 2011).

b) Google Acadêmico, site <<http://scholar.google.com.br/>>, optou-se pelo cruzamento dos seguintes termos: “segurança do paciente” AND “ambiente hospitalar” AND “enfermagem”, selecionando os itens: <<desde 2000>>, <<páginas em português>>, <<com pelo menos um resumo>> (Google Acadêmico, 2011).

A seleção inicial dos trabalhos ocorreu pela leitura dos títulos e resumos de um universo de 793 trabalhos gerados na BIREME e 416 trabalhos gerados no Google Acadêmico. Seguindo os critérios de inclusão e exclusão, a partir da leitura dos títulos e resumos dos 1209 trabalhos, foram pré-selecionados inicialmente 74 trabalhos.

Os trabalhos completos foram resgatados no mesmo período da seleção inicial pelo Portal de Periódicos CAPES, de site dos periódicos que não estão indexados em bases de dados e pelo próprio site do Google acadêmico.

Os trabalhos pré-selecionados foram organizados em pastas específicas, sendo salvos com o “sobrenome do primeiro autor e ano de publicação” a fim de facilitar a visualização das produções duplicadas para exclusão e, posteriormente, alimentaram uma matriz construída para a organização e análise dos dados.

Na matriz foram distribuídos os seguintes itens: código do artigo, modalidade de artigo (artigo original, relato experiência, revisão bibliográfica, ensaio teórico, reflexão), título do periódico, ano, identificação e sexo dos autores, caráter institucional dos autores, objetivo(s) do artigo, metodologia (tipo/método de estudo, lugar, participantes, técnicas coleta, análises, dimensão ética), principais achados e conclusões do estudo, observações.

Após o resgate dos trabalhos completos, preenchimento da matriz e a revisão por pares dos trabalhos pré-selecionados, o universo de trabalhos que compõem a presente revisão integrativa foi de 45 estudos.

Para seguir as diretrizes da Revisão Integrativa, a partir da revisão dos achados estruturada na matriz de organização, após leitura minuciosa dos trabalhos na íntegra, a análise ocorreu a partir da inter-relação de itens. Dentro de cada item as idéias foram agrupadas por similaridade, de modo a se desenvolver uma síntese de forma narrativa.

Os trabalhos foram identificados com a letra A (Artigo), seguida por números cardinais, sendo que essa estrutura está apresentada como o código do trabalho.

Como se trata de uma pesquisa bibliográfica, não ocorreu envolvimento direto de seres humanos como sujeitos do estudo, desse modo não houve necessidade de aprovação da investigação por um Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos. No entanto, as informações passaram pela revisão por pares para atestar a confiabilidade dos resultados, a fim de garantir o rigor científico exigido em pesquisas dessa natureza.

RESULTADOS

A fim de responder ao questionamento da presente revisão integrativa de literatura e seguindo os critérios de inclusão e exclusão, 45 artigos compuseram o escopo do estudo, sendo estes apresentados na Tabela 1. Entre os artigos, 80% são artigos originais de pesquisa, 11% são revisões bibliográficas, 4,5% são relatos de experiência e 4,5% são ensaios teóricos.

Tabela 1. Código, ano de publicação, modalidade e título dos trabalhos analisados.

Cód.	Ano	Modalidade do Artigo	Título
A1	2011	Artigo original de pesquisa	Ocorrência de lesões peri-operatórias por posicionamento cirúrgico
A2	2006	Artigo original de pesquisa	Eventos adversos e motivos de descarte relacionados ao reuso de produtos médicos hospitalares em angioplastia coronariana
A3	2010	Artigo original de pesquisa	Revelação da ocorrência de erro de medicação em unidade de cuidados intensivos pediátricos
A4	2011	Artigo original de pesquisa	Erros de medicação em pediatria
A5	2009	Artigo original de pesquisa	Análise de queixas técnicas e eventos adversos notificados em um hospital sentinela
A6	2006	Artigo original de pesquisa	Percepções sobre o erro de medicação: análise de respostas da equipe de enfermagem
A7	2011	Artigo original de pesquisa	Segurança do paciente: análise do preparo de medicação intravenosa em hospital da rede sentinela
A8	2005	Ensaio teórico	A segurança do paciente e o paradoxo no uso de medicamentos
A9	2007	Artigo original de pesquisa	Análise de causa raiz: avaliação de erros de medicação em um hospital universitário
A10	2007	Relato de experiência	Guia de cuidados de enfermagem na prevenção da extubação acidental
A11	2010	Artigo original de pesquisa	Eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva: percepção dos enfermeiros sobre a cultura não punitiva
A12	2009	Artigo original de pesquisa	Eventos adversos relacionados a medicamentos: percepção de técnicos e auxiliares de enfermagem
A13	2005	Revisão Bibliográfica	Prevenção e detecção de erros de medicação
A14	2010	Artigo original de pesquisa	Postura dos enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva frente ao erro: uma abordagem à luz dos referenciais bioéticos
A15	2009	Artigo original de pesquisa	Úlcera por pressão: risco e gravidade do paciente e

Cód.	Ano	Modalidade do Artigo	Título
A16	2008	pesquisa Artigo original de pesquisa	carga de trabalho de enfermagem Avaliação dos fatores de risco relacionados às falhas durante a administração de medicamentos
A17	2008	pesquisa Artigo original de pesquisa	Influência da redação da prescrição médica na administração de medicamentos em horários diferentes do Prescrito
A18	2010	pesquisa Artigo original de pesquisa	Segurança do paciente na terapêutica medicamentosa e a influência da prescrição médica nos erros de dose
A19	2008	Revisão Bibliográfica	Segurança na terapia medicamentosa: uma revisão bibliográfica
A20	2005	pesquisa Artigo original de pesquisa	Erros de medicação em pediatria: análise da documentação de enfermagem no prontuário do paciente
A21	2006	pesquisa Artigo original de pesquisa	Erros de medicação: tipos, fatores causais e providências tomadas em quatro hospitais brasileiros
A22	2006	pesquisa Artigo original de pesquisa	O processo de preparo e administração de medicamentos: identificação de problemas para propor melhorias e prevenir erros de medicação
A23	2008	pesquisa Artigo original de pesquisa	Indicadores de resultados da assistência: análise dos eventos adversos durante a internação hospitalar
A24	2005	pesquisa Artigo original de pesquisa	Estratégias para prevenção de erros de medicação no Setor de Emergência
A25	2010	pesquisa Artigo original de pesquisa	Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem
A26	2011	pesquisa Artigo original de pesquisa	Hipotermia no período intra-operatório: é possível evitá-la
A27	2010	pesquisa Artigo original de pesquisa	Cuidados de enfermagem e segurança do paciente: visualizando a organização, acondicionamento e distribuição de medicamentos com método de pesquisa fotográfica

Cód.	Ano	Modalidade do Artigo	Título
A28	2011	Artigo original de pesquisa	Tempo de internação e a ocorrência de eventos adversos a medicamentos: uma questão da enfermagem
A29	2009	Artigo original de pesquisa	Eventos adversos na assistência de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva
A30	2007	Artigo original de pesquisa	Sentimentos de profissionais de enfermagem após a ocorrência de erros de medicação
A31	2010	Artigo original de pesquisa	Condutas adotadas por técnicos de enfermagem após ocorrência de erros de medicação
A32	2011	Artigo original de pesquisa	Eventos adversos a medicamentos em um hospital sentinela do Estado de Goiás, Brasil
A33	2011	Artigo original de pesquisa	Eventos adversos: instrumento de avaliação do desempenho em centro cirúrgico de um hospital universitário
A34	2010	Artigo original de pesquisa	Adaptação dos critérios de avaliação de eventos adversos a medicamentos para uso em um hospital público no Estado do Rio de Janeiro
A35	2011	Artigo original de pesquisa	Erros de medicação: análise do conhecimento da equipe de enfermagem de uma instituição hospitalar
A36	2011	Artigo original de pesquisa	Identificação e análise de erros no preparo de medicamentos em uma unidade pediátrica hospitalar
A37	2010	Relato de experiência	Segurança do paciente em cirurgia oncológica: experiência do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo
A38	2010	Revisão Bibliográfica	latrogênias na assistência de enfermagem: características da produção científica no período de 2000 a 2009
A39	2007	Artigo original de pesquisa	Prescrição Eletrônica como fator contribuinte para segurança de pacientes hospitalizados
A40	2004	Artigo original de pesquisa	Erros de medicação em hospital universitário: tipo, causas, sugestões e providências
A41	2009	Artigo original de pesquisa	Ações de enfermagem para a prevenção da extubação acidental
A42	2008	Revisão	Extravasamento de drogas antineoplásica em

Revisão

Atenção à Saúde

Cód.	Ano	Modalidade do Artigo	Título
		Bibliográfica	pediatria: algoritmo para prevenção o tratamento e segmento
A43	2010	Artigo original de pesquisa	Gerenciamento de risco em tecnovigilância: construção e validação de instrumento de avaliação de produto médico-hospitalar
A44	2008	Artigo original de pesquisa	Identificando os riscos do paciente hospitalizado
A45	2010	Ensaio teórico	Práticas seguras do/no cuidado de enfermagem no contexto hospitalar: é preciso pensar sobre isso e aquilo

Fonte: Matriz de coleta e análise de dados da revisão integrativa literatura/ dez./2011.

O período designado para coleta e análise dos trabalhos foi de 2001 a 2011. Ao observar os anos de publicação dos trabalhos apresentados na Tabela 1, pode-se constatar que 27% dos artigos foram publicados em 2010, 20% em 2011, 13% em 2008, 11% em 2009, 9% em cada um dos anos 2005, 2006 e 2007 e 2% em 2004. Constata-se uma ausência de publicações sobre o tema entre os anos 2001 a 2003.

As características dos periódicos e do número de autores dos 45 artigos analisados estão apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2. Distribuição dos artigos publicados em periódicos por número de autores.

Periódico	Qualis CAPES Enf.	Nº Publicações	Cód.	Nº autores			
Revista Latino-americana de Enfermagem	A1	8	A6	2			
			A14	3			
			A18	6			
			A22	6			
			A23	5			
			A27	6			
			A32	5			
			A43	3			
			A4	3			
			A8	1			
Revista Brasileira de Enfermagem	A2	8	A10	2			
			A12	5			
			A20	2			
			A24	3			
			A40	2			
			A41	2			
			A9	2			
			A11	4			
			Revista da Escola de Enfermagem da USP	A2	6	A21	5
						A25	3
A26	2						
A37	5						
A15	5						
A17	6						
Revista Acta Paulista de Enfermagem	A2	5	A30	4			
			A31	4			
			A39	2			
			A35	3			
Revista Gaúcha de Enfermagem	B1	2	A36	3			
			A5	4			
Revista Enfermagem da UERJ	B1	2	A33	6			
			A19	2			
Revista Enfermagem Escola Ana	B1	2	A19	2			

Revisão
Atenção à Saúde

Periódico	Qualis CAPES Enf.	Nº Publicações	Cód.	Nº autores
Nery			A28	2
Revista Brasileira de Terapia Intensiva	B2	2	A3 A29	3 5
Revista Texto & Contexto Enfermagem	A2	1	A7	2
Revista Cubana de Enfermería	B1	1	A1	3
Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular	B1	1	A2	5
Revista Ciência, Cuidado e Saúde	B1	1	A13	1
Revista Brasileira de Epidemiologia	B1	1	A34	2
Arquivos de Ciências da Saúde – UNIPAR	B3	1	A16	2
Revista Brasileira de Cancerologia	B3	1	A42	3
InterScience Place	B5	1	A38	5
Revista Enfermagem em Foco	N.A.	1	A45	2
Revista Administração Hospitalar e Inovação em Serviços de Saúde	N.A.	1	A44	3

Fonte: Matriz de coleta e análise de dados da revisão integrativa literatura/ dez./2011.

A Tabela 2 expõe que a maioria dos artigos analisados está publicada em periódicos brasileiros, sendo que apenas um periódico é editado em outro país (Cuba). Em relação à avaliação dos periódicos pelo Qualis/CAPES-2012 – Área da Enfermagem –, ressalta-se que 84,5% dos artigos estão publicados em periódicos classificados como A1, A2 e B1, ou seja, com padrão internacional, o que expõe a importância do tema para a área.

Por meio da análise da Tabela 2 constata-se que o número total de autores é de 104, sendo 13% do sexo masculino e 87% do sexo feminino. Ainda em relação à autoria, 14 artigos (31%) foram escritos por duas pessoas, 11 artigos (24,5%) apresentam três autores, 9 artigos (20%) possuem cinco autores, 5 artigos (11%) foram escritos por seis pessoas, 4 artigos (9%) possuem quatro autores e apenas 2 artigos (4,5%) foram escritos por apenas um autor.

Quanto ao número de publicações, a maioria dos autores (77%) publicou apenas um artigo. No entanto, ao analisarmos o Figura 1 é possível perceber que 4 autores são estudiosos na área, pois tem mais de quatro publicações sobre o tema “segurança do paciente em ambiente hospitalar”, sendo que uma autora tem 11 artigos publicados.

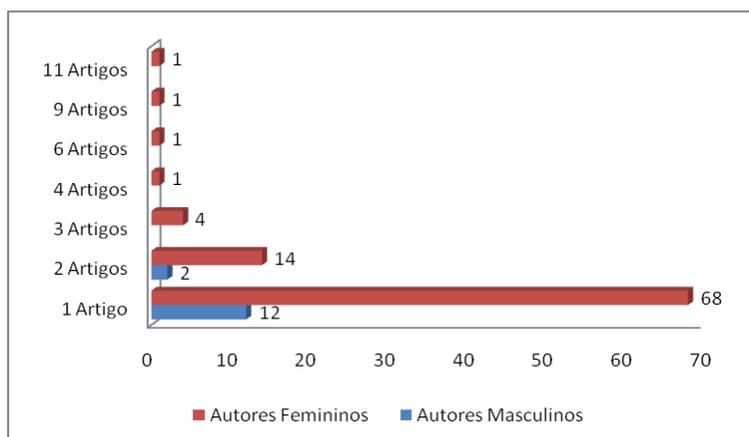


Figura 1. Número de artigos publicados segundo o quantitativo de autores por gênero.

Entre os 104 autores dos 45 artigos analisados, 92 são enfermeiros e 12 são profissionais de outras áreas (medicina, farmácia, fisioterapia, serviço social, filosofia, engenharia). Em relação ao vínculo, 70 autores têm vínculo institucional público, 21 têm vínculo privado, 1 tem vínculo no exterior e 12 não informaram. Quanto à atuação profissional, 61 trabalham em instituições de ensino superior, 8 trabalham em áreas administrativas e/ou de gestão, 22 trabalham na assistência, 1 têm vínculo com instituições de ensino superior no exterior e 12 não informaram.

O nível de formação dos autores pode ser constatado a partir do exposto no Figura 2.

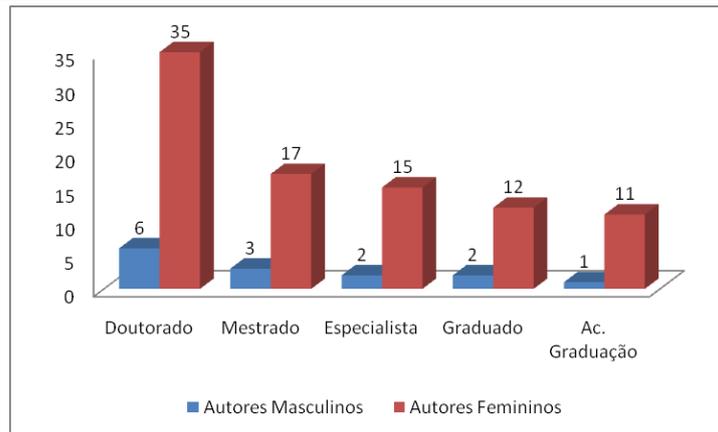


Figura 2. Nível de formação dos autores segundo gênero.

O Figura 2 expõe que a maioria dos autores possui o título de mestre e doutor, sendo que ao analisar as informações apresentadas anteriormente, é possível constatar que a grande maioria trabalha em instituições de ensino, fato que expõe a dificuldade que os profissionais da assistência encontram para participar (se envolver) em estudos, expondo a estrutura histórica de que ainda a academia desenvolve produtos científicos, com pouco ou nenhuma participação dos enfermeiros assistenciais, fato que precisaria ser modificado.

Em relação aos aspectos metodológicos dos trabalhos constata-se que a maioria (69%) dos trabalhos são estudos descritivos, e/ou exploratórios, e/ou retrospectivos de abordagem quantitativa. Estudos descritivos qualitativos são 13% e descritivos de abordagem quanti-qualitativa são 2%. Ainda, 9% se caracterizam como pesquisas bibliográficas e 9% outras modalidades de estudo que não pesquisa.

O objeto de estudo dos trabalhos analisados em 47% são profissionais, 16% são pacientes, 13% prontuários, 4% registros dos profissionais, 20% não se aplica.

Os locais em que os estudos foram realizados são 44% nos serviços de hospitais públicos, 20% em hospitais privados, 18% não informaram a razão social da instituição e 18% não se aplicam a modalidade de estudo.

Em relação às técnicas utilizadas para a coleta dos dados nos estudos analisados, 53% são instrumento fechado, 13% entrevista, 9% instrumento fechado e observação, 7% observação, 2% outros, 16% não se aplica ao tipo de estudo.

O tipo de análise empregada nos estudos estão apresentadas no Figura 3.

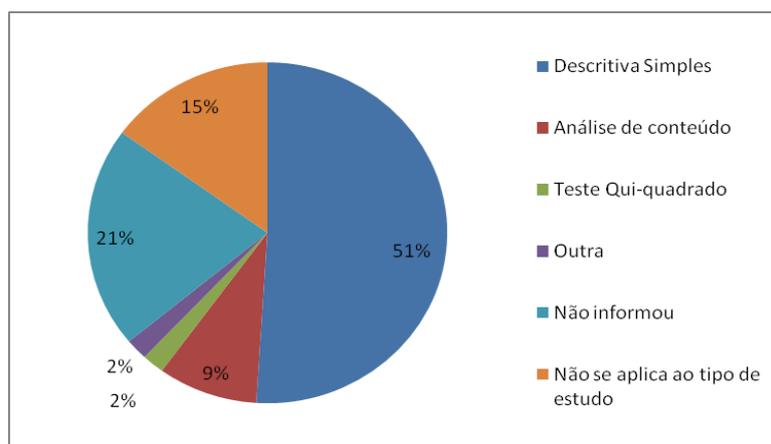


Figura 3. Análise de dados utilizada nos estudos que compõe a Revisão Integrativa.

Sobre os aspectos éticos, 60% dos estudos fizeram referência a esse item, 22% não mencionaram as questões éticas e 18% dos estudos não necessitaram passar pela aprovação dos aspectos éticos devido à modalidade de estudo.

A *Joint Commission International* (JCI), ao definir segurança do paciente como ausência de exposição ao perigo e proteção contra ocorrências ou risco de lesão ou perda, estabelece diretrizes e metas internacionais de segurança para os pacientes em ambiente hospitalar. Essas metas possuem elementos que são avaliados isoladamente em relação aos padrões, e incluem: identificação correta do paciente; melhoria na efetividade da comunicação entre os profissionais da assistência; aperfeiçoamento da segurança no uso de medicações de alto risco; eliminação de cirurgias em lado-errado, paciente-errado, procedimentos-errados; redução dos riscos de infecção; redução dos riscos de dano/lesão ao paciente vítima de queda (Brasil, 2008).

Para apresentação dos resultados dos 45 trabalhos analisados na presente revisão integrativa de literatura, optou-se por classificar os trabalhos tendo por base alguns elementos pré-definidos nas metas internacionais de segurança do paciente, bem como incluindo outras estruturas que não estão pré-definidas nas metas.

Análise de eventos adversos em centro cirúrgico

Os trabalhos A1, A26, A33 e A37 referem-se a cuidados com a segurança do

paciente em ambiente cirúrgico, sendo que A1 *“buscou identificar os principais fatores de risco para a ocorrência de lesões perioperatórias por posicionamento cirúrgico em pacientes”*. Entre os achados do estudo, os autores destacaram *“a ausência de lesões (queimadura) por placa de bisturi elétrico nos pacientes avaliados, [fato que] aponta para a qualidade da assistência de enfermagem perioperatória, evitando a ocorrência de complicações que possam interferir na morbimortalidade destes pacientes”* (A1).

O estudo A26 teve como objetivo *“identificar as medidas adotadas na sala de cirurgia para a prevenção de hipotermia no período intra-operatório”*. Os resultados identificaram que *“o método passivo de aquecimento cutâneo como o uso de lençol de algodão e o enfaixamento dos membros inferiores foram as medidas mais utilizadas [...] a utilização de um método ativo de aquecimento cutâneo, ou seja, o sistema de ar forçado aquecido ocorreu uma única vez. Os resultados demonstraram a necessidade de implementação de protocolo de cuidados direcionado para intervenções eficazes para a prevenção da hipotermia [, pois] a segurança do paciente e a redução de complicações decorrentes do procedimento anestésico cirúrgico são metas do cuidado de enfermagem”* (A26).

O estudo A33 tem como objetivo *“caracterizar os EAs [Eventos Adversos] ocorridos em uma unidade de CC de um hospital universitário, no intuito de subsidiar as ações desenvolvidas durante a assistência perioperatória, minimizar e/ou eliminar os EAs, bem como contribuir para a qualidade do serviço e segurança do paciente”*. Tal estudo apresentou como resultados *“a ocorrência de 42 EAs, classificados em EAs relacionados à assistência e EAs relacionados à organização do serviço. A maioria dos eventos registrados se relaciona à assistência, resultando em danos graves aos pacientes, incluindo o óbito. No entanto, em nenhum dos EAs registrados relatavam as condutas profissionais frente ao ocorrido. O número de eventos encontrados nos registros é escasso, quando comparados à alta demanda e rotatividade do CC, inferindo à subnotificação, o que dificulta o gerenciamento de riscos e o planejamento de estratégias de prevenção”* (A33).

Já o artigo A37 relata *“a experiência do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP) na implantação do PU-JCAHO. O protocolo inclui três etapas: verificação pré-operatória, marcação do sítio cirúrgico (lateralidade) e TIME OUT. 1. Verificação pré-operatória: visa assegurar que todos os documentos e informações*

relevantes ou equipamentos estejam disponíveis antes do início do procedimento, estejam corretamente identificados e etiquetados, estejam concordantes com o registro de identificação do paciente e sejam consistentes entre si, com as expectativas do paciente e com a compreensão da equipe sobre o paciente, o procedimento, o local da cirurgia. A falta de informações ou as discrepâncias, devem ser abordadas e resolvidas antes do início do procedimento; 2. Marcação do sítio operatório (lateralidade): visa identificar, sem ambiguidade, o local do procedimento cirúrgico. Para os procedimentos envolvendo a distinção entre estruturas bilaterais (direita e a esquerda), estruturas múltiplas (como os dedos das mãos e dos pés) ou níveis múltiplos (como nos procedimentos de coluna), o sítio deve ser marcado de modo que a marca seja visível após o paciente ter sido preparado; 3. Pausa – TIME OUT: esta etapa é fundamental, sendo realizada em sala cirúrgica antes do início do procedimento. Tem por objetivo avaliar e assegurar que paciente, o local cirúrgico, o procedimento e o posicionamento estão corretos, e que todos os documentos, equipamentos e informações estão disponíveis. A finalidade da implantação do Protocolo Universal no CC do ICESP, foi garantir a segurança do paciente cirúrgico pela prevenção e redução de riscos. Este objetivo foi alcançado, visto que não foi identificado nenhum erro ou evento adverso desde o início das atividades do CC, sugerindo ser este Protocolo efetivo”. (A37)

Aperfeiçoamento da segurança no uso de medicações de alto risco

Os trabalhos que referiram distintos temas sobre a segurança do paciente no uso de medicações totalizaram 26 artigos.

Os artigos A3, A4 e A31 referem-se à ocorrência de comunicação/registros frente ao erro de medicação. Entre os trabalhos destacam-se os que expressam resultados distintos:

“a revelação da ocorrência de erro de medicação não constitui prática frequente na realidade estudada” (A3).

“os valores éticos dos profissionais de enfermagem envolvidos neste estudo sobrepujaram os temores da punição, resultando em comunicação do erro e minimização de seus danos. A comunicação do erro à enfermeira ou supervisor de enfermagem surge, também, como uma das condutas adotadas pelos técnicos de

Revisão

Atenção à Saúde

enfermagem, na busca de orientação e conduta. Tal atitude é relevante ao mostrar que esses profissionais reconhecem o enfermeiro como um profissional com competência técnica e científica para indicar soluções para o problema” (A31).

Os artigos A6, A8, A12 e A35 abordam o conhecimento dos profissionais sobre o erro com medicação. Entre os estudos destacam-se:

“Dos quatro cenários apresentados dois deles (cenários 2 e 4) tiveram respostas unânimes ao responderem que a situação representa um erro de medicação, que o médico deve ser comunicado e que o relatório de ocorrências deve ser preenchido, evidenciando uniformidade de entendimento sobre o erro” (A6).

“Este estudo possibilitou [...] uma análise crítica sobre o conhecimento e uma reflexão acerca da importância do aprimoramento da educação da equipe. Verificou-se que, embora a equipe não tenha apresentado definições idênticas àquelas do NCCMERP, apresentou definições lógicas e relevantes. [...] Entretanto, é necessário atentar para as respostas discordantes em relação à definição” (A35).

O tema análise das causas no erro de medicação é expresso nos trabalhos A7, A9, A13, A16, A18, A19, A20, A27, A28, A32, A36, A39 e A40. As informações apresentadas nos estudos salientam que:

“este estudo revela que muitos pacientes não recebem as doses apropriadas para o seu tratamento, o que compromete a qualidade do cuidado prestado, além de prolongar o tempo de hospitalização. Ainda, as doses inadequadas podem causar efeitos indesejáveis e, até mesmo, a morte do indivíduo. Percebe-se que muitas prescrições não atendem as normas vigentes no país no que diz respeito à completude e clareza das informações. Isso ficou evidente ao se presenciar, aqui, siglas e abreviaturas em 96,3% das prescrições aviadas nos hospitais investigados. A presença desses dados pode dificultar o entendimento das informações pela equipe de enfermagem que é a responsável direta pelo preparo e pela administração das doses. Além disso, a ausência da posologia na prescrição medicamentosa pode favorecer a administração de doses inferiores ou superiores em relação ao desejado para o tratamento, resultando no não alcance das metas farmacoterapêuticas estabelecidas” (A18).

“Segundo a opinião dos profissionais os erros de medicação nesta instituição ocorrem com mais frequência no processo de prescrição de medicamentos, com problemas referentes à sua legibilidade e à inadequação dos medicamentos

prescritos. As falhas humanas como falta de atenção, falta de conhecimento, falta de interesse e a pressa são consideradas a razão dos erros de medicação. Parece não haver entre os profissionais a consciência de que o sistema de medicação pode auxiliar na prevenção ou na ocorrência dos erros, dependendo de como este está estruturado. Os profissionais concentram a visão dos erros nos indivíduos, podendo este fato refletir a cultura transmitida por seus chefes e pela própria instituição” (A40).

Já os trabalhos A17, A21, A22 e A24 ampliam esse tema, pois além de expressarem a análise das causas no erro de medicação, também fazem uma proposta de melhoria, ou propõe o gerenciamento das ações para evitar o erro, como pode ser constatado nas expressões de alguns artigos:

“- o hospital D, cuja prescrição é do tipo mista, foi o que revelou maior número de discrepâncias entre o medicamento prescrito com o administrado; - o hospital A, cuja prescrição é do tipo eletrônica, foi o que revelou menor número de discrepâncias entre as doses administradas e as prescritas. O maior problema identificado nas prescrições destas doses foi com relação à presença de siglas e/ou abreviaturas; - o mesmo problema foi encontrado de modo mais frequente no hospital B, cuja prescrição é manual; - no hospital C ocorreu com maior frequência situações em que o registro do horário de administração do medicamento encontrava-se incompleto. Ainda, houve presença de registros do horário de administração rasurados e ilegíveis. [Concluiu-se] que a implantação do sistema computadorizado de prescrições poderá contribuir para a redução de eventos adversos relacionados à administração de medicamentos, uma vez que as informações são mais completas e legíveis. Ainda, o enfermeiro deve assumir para si a responsabilidade do registro dos horários de administração, uma vez que é o profissional, dentre os demais membros de sua equipe, com melhor preparo técnico e científico para prevenir futuros agravos envolvendo a administração de medicamentos. Portanto, com a implementação destas ações e a partir da prática da educação continuada e permanente dos profissionais envolvidos no sistema de medicação será possível minimizar os danos causados aos pacientes hospitalizados decorrentes da administração de medicamentos, melhorando a qualidade do cuidado prestado” (A17).

“Para que práticas de segurança sejam discutidas e implementadas é necessário que os dirigentes das organizações desenvolvam uma cultura de segurança voltada para o paciente e organizem [...] a formação de grupos de discussão entre enfermagem, melhorias do ambiente de trabalho, utilização das prescrições durante o preparo e administração, colocação dos nomes dos pacientes nos medicamentos preparados, pulseiras de identificação nos pacientes, fornecimento de informações aos pacientes a respeito dos medicamentos, fazendo com que eles participem de seus tratamentos, cursos e treinamento contínuos e presença efetiva da enfermeira no processo, conferindo as prescrições de medicamentos e supervisionando a equipe, são algumas sugestões para maior qualidade e segurança na assistência aos pacientes, e implantação da prescrição por sistema computadorizado” (A22).

“O processo de medicação do setor de emergência comporta características que podem levar a ocorrência de erros na medicação, como: prescrições ilegíveis, falta de dados e de informações relevantes nas folhas de prescrição de medicamentos, polifarmácia, interação medicamentosa e medicamentos não-administrados. Com o objetivo de melhorar o sistema de medicação e reduzir as oportunidades de erros na medicação pesquisadores recomendam estratégias a serem implantadas a curto, médio e longo prazo como:

“Curto prazo: - treinamentos periódicos sobre todas as fases do sistema (prescrição, dispensação e administração de medicamentos) para todos os profissionais envolvidos no sistema de medicação (médicos, equipe de enfermagem e de farmácia); - criação de uma comissão multidisciplinar envolvida com os aspectos da segurança de pacientes na prevenção e redução dos eventos adversos aos medicamentos; - Existência de um manual que contenha as interações medicamentosas e as estabilidades dos medicamentos disponíveis para todos os profissionais envolvidos na medicação, em todas as salas de preparo; - padronizar a maneira de prescrever os nomes dos medicamentos (genérico, princípio ativo ou comercial), assim como a forma da dose sem uso de decimais.

“Médio Prazo: - todos os médicos ingressos na residência devem passar por treinamento a respeito dos cuidados com a prescrição de medicamentos.

“Longo prazo: - implantação da prescrição por sistema computadorizado; - implantação da dose unitária; - utilização do código de barras na administração de

Revisão

Atenção à Saúde

medicamentos. Neste estudo demos o passo inicial para a melhoria do sistema do setor de emergência, implantando palestras e cursos voltados para os profissionais da área, colaborando assim com a atualização e tornando-os cientes da problemática do erro na medicação e da necessidade de que todos estejam alerta no desempenho de suas atividades, às características do sistema de medicação do qual fazem parte e possam administrar medicamentos com maior segurança. A divulgação da experiência dessa instituição, que não difere da maioria dos hospitais do país, pode contribuir e expandir uma cultura organizacional voltada para segurança dos pacientes” (A24).

Ainda, o trabalho A30 aborda o sentimento dos profissionais frente ao erro de medicações, sendo que “os sentimentos mais comuns são pânico, desespero, medo, culpa, vergonha, entre outros. [Os profissionais] adotam, como estratégias de enfrentamento buscar alguém para compartilhar o problema, realizar comunicação formal do erro e buscar informação e conhecimento. [Os autores do artigo concluem que] os hospitais não devem negligenciar a falha do ser humano, mas fazer disso um motivo para a implementação de estratégias sistêmicas como a revisão dos processos de medicação, condições ideais de trabalho, apoio psicológico e investimento em educação continuada” (A30).

O estudo A42 discute as lesões por extravasamento de medicamentos e também faz propostas para evitar esse tipo de erro. Este estudo “mostrou que o extravasamento de drogas antineoplásicas pode ser prevenido, diagnosticado precocemente e ter intervenções e seguimento de enfermagem mais adequados, por meio da utilização de protocolos específicos. Propiciou, ainda, a elaboração de dois algoritmos para administração de quimioterápicos vesicantes e intervenções na ocorrência de extravasamento a serem implantados, a fim de aumentar a segurança de crianças e adolescentes submetidos à quimioterapia, por meio da padronização desses procedimentos” (A42).

Gerenciamento das notificações de eventos adversos

O gerenciamento dos eventos adversos inicia pela notificação e registros, e pela identificação e análise das causas, como exposto nos artigos A5, A11, A23, A29 e A38. Foram selecionados aspectos expressos em alguns artigos para caracterizar

essa categoria:

O estudo A5 propõe “identificar os eventos adversos ocorridos em um hospital sentinela da Região Centro-Oeste. Pelo estudo foi possível classificar as notificações em: - queixas técnicas de material médico hospitalar; - queixas técnicas de medicamentos, EAs de medicamentos e EAs de hemoderivados, sendo o primeiro mais frequente. Os tipos de ocorrências se caracterizaram por suspeita de desvio de qualidade, reações alérgicas a medicamentos e hemorragias. Frente à notificação de eventos adversos e queixas técnicas realizadas durante os três anos e considerando os resultados que a literatura referencia sobre os acontecimentos que um evento adverso ou queixa técnica acarretam no paciente, acredita-se que o levantamento e análise dessas ocorrências possibilitarão o desenvolvimento de programas de educação continuada que estimulem o aumento das notificações e garantam a segurança dos pacientes, resultando em melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde” (A5).

O estudo A11 buscou, entre outros aspectos, “caracterizar o sistema de registros de EA nas UTI [...] Para 71,4% da amostra, existe a subnotificação de EA, sendo a sobrecarga de trabalho (29-25,2%), o esquecimento (26-22,6%) e a não valorização dos EA (23-20,0%) os principais motivos mencionados. Medo e vergonha, em conjunto, foram os sentimentos mencionados por 31(27,0%) dos profissionais. A maioria dos enfermeiros (52-74,3%) informou que a punição ocorre às vezes e sempre no seu local de trabalho, sendo a advertência verbal o tipo predominante (49,0%). Apesar disso, observou-se que igual porcentagem referiu sentir-se seguro, muito seguro e totalmente seguro para notificar EA na UTI onde atuam. Quanto à vivência pessoal de um EA, a grande maioria da amostra (67-97,1%) referiu essa experiência na UTI, com predomínio da frequência algumas vezes (42-62,7%). Dos 67 enfermeiros, 54 (80,6%) informaram não ter sofrido nenhum tipo de represália e relataram segurança para notificar a ocorrência de EA. Dos 13 (18,8%) profissionais punidos, também a maioria (8-61,5%) referiu segurança para a notificação de EA. Conclui-se, por fim, que embora indesejável, a cultura punitiva diante da ocorrência de EA é uma realidade ainda vivida pelos enfermeiros na UTI, o que indica a necessidade de programas educativos sobre a segurança do paciente voltados aos profissionais intensivistas e instituições hospitalares em geral” (A11).

O artigo A29 identificou “os eventos adversos na assistência de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. Dos 550 eventos adversos na assistência de enfermagem em UTI os mais frequentes estavam relacionados à administração de medicamentos (51,4%), seguidos das anotações de enfermagem (24,0%), a artefatos terapêuticos e diagnósticos (15%) e procedimentos não realizados (9,6 %), com uma média mensal de 55 ocorrências, sendo a maior incidência registrada nos primeiros 30 dias da coleta de dados. O fato de existir eventos adversos no cuidado prestado pela enfermagem na UTI é preocupante, pois estes evidenciam a qualidade da assistência, entretanto, após o levantamento dos mesmos, estes devem ser analisados para elucidar as possíveis causas, direcionando reflexões e educação permanente à equipe de enfermagem da unidade, visando medidas de prevenção e redução de erros” (A29).

No estudo A38 “o fator humano foi o principal responsável pelos eventos adversos, sendo a falta de recursos humanos associados ao treinamento ou capacidade técnico-científica deficiente os mais citados. Quanto às consequências dos erros, evidenciaram os mais variados graus de severidade, desde graves como óbito, parada cardiorrespiratória, perda ou inutilidade de um membro, até as leves como traumas teciduais. [...] Acreditamos que os resultados dessa pesquisa possam subsidiar a construção de uma cultura de segurança na prática de enfermagem, contribuindo para enriquecer o saber dessa profissão e para o controle de risco nos cuidados executados” (A38).

Os aspectos que envolvem a ética e a bioética também foram discutidos em artigos que abordaram o gerenciamento dos eventos adversos, como exposto nos trabalhos A14 e A45.

“estudo possibilitou analisar, a partir dos referenciais da bioética, a postura dos enfermeiros diante da ocorrência de erros em procedimentos de enfermagem, na unidade de terapia intensiva (UTI). [...] este estudo propicia repensar a prática de enfermagem pautada na bioética, recorrer à análise do erro focada também nas relações entre os envolvidos. Lembrar que o erro se dá numa rede de relações, portanto, não deve ser visto de forma individual, nem somente técnica, mas principalmente relacional, e buscar, dessa forma, a compreensão integral da realidade” (A14).

O estudo A45 aborda que “as novas exigências de segurança, muitos

hospitais reconhecem a necessidade de desenvolver estratégias preventivas que impeçam ou minimizem a chance de erros e falhas em seus serviços tornando, o processo hospitalar mais seguro e confiável aos pacientes e à população. Em algumas instituições, essa preocupação tem se viabilizado através do Serviço de Epidemiologia e Gestão de Risco, que é o sistema de notificação de situações iatrogênicas que ocorrem com os pacientes. Outras instituições sustentam este monitoramento a partir dos Comitês de Ética – entre estes, o Comitê de Ética em Enfermagem. A ideia é a de não identificar os profissionais culpados, mas descobrir lacunas nos processos a serem revistos, em benefício do paciente e de toda a equipe envolvida. [Para isso] É imprescindível que os gerentes dos serviços de enfermagem saibam requerer das instituições a responsabilidade administrativa, ética e legal de dimensionar o quadro funcional, investir em recursos humanos e materiais” (A45).

Bem como, a validação de instrumentos que analisam, avaliam e informam eventos adversos pode ser considerada como um aspecto que envolve gerenciamento, como apresentado nos artigos A25, A34 e A43, sendo explicitado em alguns fragmentos dos artigos:

“O BNEA [Boletim de Notificação de Eventos Adversos] foi elaborado com vistas a estabelecer um instrumento de comunicação entre os profissionais de enfermagem e respectiva diretoria sobre eventos adversos com pacientes atendidos no hospital. Nos boletins foram registrados 1219 eventos adversos/ incidentes e ocorrências administrativas, com média de 1,47 por boletim. Um número maior de eventos foi observado na Clínica Médica (12,8%), Centro Cirúrgico (12,2%) e Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI Adulto) (6,8%). O BNEA mostrou-se útil como instrumento de comunicação, revelando grande número de eventos não detectados anteriormente, pela falta de meio adequado disponível. Tornou-se também importante fonte de informação e alerta para promoção da segurança no ambiente hospitalar e para o gerenciamento da assistência da enfermagem. Houve adesão da equipe à utilização do instrumento, avaliada pelo aumento gradativo de notificações a partir de sua introdução, embora duas unidades não tenham emitido boletins no período estudado. Predominaram os boletins com eventos adversos/incidentes, embora, com o correr do tempo, tenha aumentado a frequência dos boletins administrativos” (A25).

“O objetivo deste estudo foi construir e validar um instrumento de avaliação de produto médico-hospitalar [...] sob a ótica da qualidade e segurança [...] Na elaboração do instrumento de avaliação, os procedimentos metodológicos científicos e de validação foram passos fundamentais para sua consecução. A validação de conteúdo buscou valorizar os formadores de opinião e reconhece a inestimável contribuição dos experts que possuem conhecimentos sobre o tema” (A43).

Eventos adversos relacionados ao risco de infecção, lesões e extubações

Quanto ao risco de infecção o artigo A2 aborda os eventos adversos relacionados ao reuso de materiais e equipamentos, no qual *“descrever os eventos adversos ocorridos durante e após angioplastia coronária (ATC), possivelmente relacionados ao reuso de produtos médico-hospitalares, além de quantificar e identificar os motivos de descarte em relação ao primeiro uso e ao reuso. [Como conclusão apresentou que] não houve associação entre reuso de produtos médico hospitalares para realização de angioplastia transluminal coronária e ocorrência de eventos clínicos adversos, sugerindo a possibilidade de reuso, desde que adotados protocolos rígidos de controle de qualidade” (A2).*

Em relação ao risco de lesão, o trabalho A15 apresenta a análise das causas de lesões de pele em pacientes.

“Verificar a associação entre ocorrência de UP [úlceras por pressão] em pacientes em estado crítico com escores da Escala de diariamente, na UTI, até o aparecimento da UP. [...] Os resultados deste estudo permitiram constatar a elevada incidência de UP (31%) nos pacientes das UTIs estudadas que se associou a idade mais avançada, maior tempo de internação na UTI e no hospital e maior gravidade do estado do paciente. A carga de trabalho não se associou à ocorrência de UP, mas foi identificada como preditora de risco para UP quando associada à gravidade do paciente” (A15).

Ainda, os artigos A10 e A41 expressam propostas para evitar a extubação orotraqueal.

“A implementação de um guia de prevenção da extubação acidental favorece a construção de indicadores de qualidade na terapia intensiva associados à equipe de enfermagem, uma vez que desde a sua implementação até hoje ocorreram duas

extubações acidentais com a nossa equipe de enfermagem. Também é possível oferecer uma ferramenta que possa auxiliar uma assistência qualificada e embasada em conceitos que objetivem a segurança do paciente, pois o prognóstico de qualquer paciente depende também da qualidade do tratamento recebido (A10).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente Revisão Integrativa possibilitou traçar o perfil dos estudos, por meio do qual se identificou que a maioria (80%) são artigos originais de pesquisa. Os anos de maior publicação foram 2008, 2010 e 2011, não havendo publicações nos anos de 2001 a 2003, fato que evidencia o período histórico em que o tema segurança do paciente começou a ser discutido no Brasil, de modo a desenvolver estudos que geraram publicações.

Ainda sobre o perfil, a maioria dos trabalhos foi publicada por mulheres e está em revistas brasileiras de alto impacto na área de Enfermagem, o que reforça a importância desse tema ser estudado, discutido e retrata a hegemonia do gênero feminino na enfermagem brasileira.

A maioria dos autores tem título de doutor ou mestre, estando vinculados a instituições de ensino superior, fato que expõe que os enfermeiros assistenciais ainda se envolvem pouco em pesquisas, aspecto que precisa ser modificado na enfermagem brasileira.

Sobre os aspectos metodológicos, a maioria são estudos descritivos, que utilizaram instrumentos fechados para coleta dos dados, sendo os profissionais as principais fontes de informações. Os hospitais públicos foram os principais locais de desenvolvimento dos estudos, o que evidencia uma maior preocupação com pesquisas sobre o tema nesses espaços.

Em relação aos temas e resultados, a revisão identificou 4 temas que foram expressos nos artigos. Constatou-se que a grande maioria dos estudos (26 artigos) abordou aspectos relativos à segurança do paciente no uso de medicação. Um número considerável de trabalhos (10 artigos) expressaram aspectos gerais relacionados a gestão/gerenciamento de eventos adversos em distintas situações.

Outros temas foram menos abordados, por exemplo, quatro trabalhos expressaram a análise de eventos adversos em Centro Cirúrgico, um artigo abordou

eventos relacionados ao risco de infecção, dois à lesões de pele causadas por distintas ordens e dois propuseram ações para evitar a extubação de pacientes. Não foram encontrados trabalhos que explorassem exclusivamente aspectos relativos à identificação correta do paciente, comunicação entre as equipes e redução de lesões por quedas, aspectos que ainda precisam ser analisados em futuros estudos, pois, por exemplo, em alguns trabalhos que abordaram aspectos gerais sobre eventos adversos, por vezes a lesão por quedas tinha uma incidência maior do que o erro com medicamentos, porém, tal aspecto ainda é pouco explorado nos estudos.

Conclui-se que há um número razoável de trabalhos que expressam o tema segurança do paciente publicado pela enfermagem brasileira. No entanto, devido à importância desse tema, a enfermagem deve desenvolver e publicar constantemente estudos, principalmente relacionados aos aspectos menos explorados nos trabalhos apresentados na presente revisão integrativa.

Para finalizar, é importante deixar registrado a importância do presente trabalho para o desenvolvimento pessoal e profissional da pesquisadora que o realizou, pois possibilitou ampliar conhecimentos sobre o assunto. A leitura de todos os estudos promoveu reflexões sobre diversos aspectos relacionados à segurança do paciente e à responsabilidade dos gestores das instituições para evitá-los.

Dentre outros aspectos, merece destaque a compreensão de que na maioria das vezes os eventos adversos estão mais relacionados ao sistema e a organização do que exclusivamente ao profissional que o cometeu. Isso proporcionou uma reflexão sobre a importância do gestor estar aberto para procurar soluções a fim de evitar erros e não apenas punir os profissionais que os cometem. Muitos foram os relatos de que os profissionais que cometem erros não notificam os erros por medo de punições, fato que deve promover discussões sobre a importância das estruturas gestoras modificarem a cultura da organização para, ao invés de punir, desenvolver ações que evitem os eventos adversos por meio de educação permanente em saúde, entre várias outras atitudes descritas no interior do trabalho que mobilizam atitudes éticas dos profissionais e que possibilitam a minimização das consequências, por meio do incentivo à cultura do relato e do aprendizado, caso o erro aconteça.

REFERÊNCIAS

Barbosa MH, Braz-Oliva AM, Sousa-Neto AL. Ocorrência de lesões perioperatórias por posicionamento cirúrgico. *Rev Cubana Enfermer.* 2011; 27(1): 31-41.

Batista MA; Santos MA, Pivatelli FC, LIMA ARS, GODOY MF. Eventos adversos e motivos de descarte relacionados ao reuso de produtos médicos hospitalares em angioplastia coronária. *Braz J Cardiovasc Surg.* 2006; 21(3): 328-33.

Beccaria LM, Pereira RAM, Contrin LM, Lobo SMA, Trajano DHL. Eventos adversos na assistência de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2009; 21(3):276-82.

Belela ASC, Pertelini MAS, Pedreira ML. Erros de medicação em Pediatria. *Rev Bras Enferm.* 2011; 64(3):563-69.

Belela ASC, Pertelini MAS, Pedreira ML. Revelação da ocorrência de erro de medicação em unidade de cuidados intensivos pediátricos. *Rev Bras Terapia Intensiva.* 2010; 22(3): 257-66.

Bezerra ALQ; Silva ARBC, Branquinho NCSS, Paranaguá TB. Análise de queixas técnicas e eventos adversos notificados em um hospital sentinela. *Rev. enferm. UERJ.* 2009; 17(4):467-72.

Bohomol E, Ramos LH. Percepções sobre o erro de medicação: análise de respostas da equipe de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2006; 4(6):887-92.

Brasil. Congresso Nacional. Constituição da República Federativa do Brasil. Promulgada em 05 de outubro de 1988. [documento internet] 1988. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/legislacao/>>. Acesso em: 31 out. 2011.

Brasil. Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde. Padrões de acreditação da *Joint Commission International* para hospitais. 3. ed. Rio de Janeiro: CBA; 2008

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Segurança no Ambiente Hospitalar. [documento internet], 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_hosp.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2011.

Camerini CG, Silva LD. Segurança do paciente: análise do preparo de medicação intravenosa em hospital da rede sentinela. *Texto contexto - enferm.* 2011; 20(1):41-49.

Carbellini VL; Schilling MCL, Frantz SF, Godinho TG, Urbenetto JS. Eventos adversos relacionados a medicamentos: percepção de técnicos e auxiliares de enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2009; 64(2):241-47.

Cassiani SHB. A segurança do paciente e o paradoxo no uso de medicamentos. *Rev Bras Enferm.* 2005; 58(1):95-99.

Cassiani SHB. Enfermagem e a Pesquisa sobre Segurança dos Pacientes. *Acta Paul Enferm.* 2010; 23(6):7-8.

Castellões TMFW, Silva LD. Ações de enfermagem para a prevenção da extubação acidental. *Rev Bras Enferm.* 2009; 62(4):140-5.

Castellões TMFW, Silva LD. Guia de cuidados de enfermagem na prevenção da extubação acidental. *Rev Bras Enferm.* 2007; 60(1):106-09.

Cheanes DC, Dias CG, Gutierrez MGR. Extravasamento de drogas Antineoplásica em pediatria: Algoritmo para prevenção o tratamento e segmento. *Rev Bras Cancerologia.* 2008; 54(3):263-73.

Claro CM; Krocokz DVC, Toffolito MC, Padilha KG. Eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva: percepção dos enfermeiros sobre a cultura não punitiva. *Rev Esc Enferm USP.* 2011; 45(1):167-72.

Coimbra JAH. Prevenção e detecção de erros de medicação. *Ciência, Cuidado e Saúde.* 2006; 5(supl):142-48.

Coli RCP, Anjos MF, Pereira LL. Postura dos enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva frente ao erro: uma abordagem à luz dos referenciais bioéticos *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2010; 8(3):324-30.

Creiasco MF; Wenzel F, Sardinha FM, Zanei SSV, Whitaker IY. Úlcera por pressão: risco e gravidade do paciente e carga de trabalho de enfermagem. *Acta Paul Enferm.* 2009; 22(especial 70 anos):897-902.

Farias GM; Costa IKF, Rocha KMM, Freitas MCS, Dantas RAN. Iatrogênias na assistência de enfermagem: características da produção científica no período de 2000 a 2009. *Inter Science Place.* 2010; 3(11):19-39.

Freitas DFF, Oda JY. Avaliação dos fatores de risco relacionados às falhas durante a administração de medicamentos. *Arquivo Ciência. Saúde UNIPAR.* 2008; 12(3):231-37.

Ganong LH. Integrative reviews of nursing research. *Res Nurs Health.* 1987;10(1): 1-11.

Gimenes FRE, Miasso AI. Prescrição Eletrônica como fator contribuinte para segurança de pacientes hospitalizados. *Acta Paul Enferm.* 2007; 4(1):13-17.

Gimenes FRE; Mota MLS, Teixeira TVA, Silva AEBC, Optiz SP, Cassiani SHB. Segurança do paciente na terapêutica medicamentosa e a influência da prescrição médica nos erros de dose. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2010; 18(6):1055-61.

Revisão

Atenção à Saúde

Gimenes FRE; Teixeira TVA, Silva AEBC, Optiz SP, Mota MLS, Cassiani SHB. Influência da redação da prescrição médica na administração de medicamentos em horários diferentes do prescrito. *Acta Paul Enfermagem*. 2008; 22(4): 380-84.

Kawabara CCT, Évora YDM, Oliveir MMBO. Gerenciamento de risco em tecnovigilância: construção e validação de instrumento de avaliação de produto médico-hospitalar. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2010; 18(5):943-51.

Lima LF, Leventhal LC, Fernandes MPP. Identificando os riscos do paciente hospitalizado. *Rev Adm Hospitalar Inovação em Saúde*. 2008; 6(4):434-38.

Melo ABR, Silva LD. Segurança na terapia medicamentosa: uma revisão bibliográfica. *Rev Enferm Esc Anna Nery*. 2008; 12(1):166-72.

Melo LR, Pedreira MLG. Erros de medicação em pediatria: análise da documentação de enfermagem no prontuário do paciente. *Rev Bras Enferm*. 2005; 58(2):180-85.

Miasso AI, Grou CR, Cassiani SHB, Silva AEBC, Fakh FT. Erros de medicação: tipos, fatores causais e providências tomadas em quatro hospitais brasileiros. *Rev Esc Enferm USP*. 2006; 40(4):524-32.

Miasso AI, Silva AEBC, Cassiani SHB, Grou CR, Oliveira RC, Fakh FT. O processo de preparo e administração de medicamentos: identificação de problemas para propor melhorias e prevenir erros de medicação. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2006;14(3):354-63.

Nascimento CCP; Toffoletto MC, Gonçalves LA, Freitas WG, Padilha, KG. Indicadores de resultados da assistência: análise dos eventos adversos durante a internação hospitalar. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2008; 16(4):746-51.

Oliveira RC, Camargo AEB, Cassiani SHB. Estratégias para prevenção de erros de medicação no Setor de Emergência. *Rev Bras Enferm*. 2005; 58(4):399-04.

Paiva MCMS, Paiva SAR, Berti HW. Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(2):287-94.

Poveda VB, Galvão CM. Hipotermia no período intra-operatório: é possível evitá-la. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(2):411-17.

Raduenz AC, Hoffmann P, Radunz V, Dal-Sasso GTM, Maliska ICA, Marck PB. Cuidados de enfermagem e segurança do paciente: visualizando a organização, acondicionamento e distribuição de medicamentos com método de pesquisa fotográfica. *Rev Latino-Am. Enfermagem*. 2010; 18(6):1045-54.

Roque KE, Melo ECP. Tempo de internação e a ocorrência de eventos adversos a medicamentos: uma questão da enfermagem. *Rev Esc Anna Nery*. 2011;15(3):595-01.

Revisão

Atenção à Saúde

Roque KE, Melo ECPM. Adaptação dos critérios de avaliação de eventos adversos a medicamentos para uso em um hospital público no Estado do Rio de Janeiro. *Rev Bras Epidemiologia*. 2010; 13(4):607-19.

Santos JO; Silva AEBC, Munari DB, Miasso AI. Conduas adotadas por técnicos de enfermagem após ocorrência de erros de medicação. *Acta Paul Enferm*. 2010; 23(3):328-33.

Santos JO; Silva AEBC, Munari DB, Miasso AI. Sentimentos de profissionais de enfermagem após a ocorrência de erros de medicação. *Acta Paul Enferm*. 2007; 20(4):483-88.

Silva AEBC. Segurança do paciente: desafio para a prática e a investigação em Enfermagem. *Rev. Eletr. Enf*. 2010;12(3): 422.

Silva AEBC; Reis AMM, Miasso AI, Santos JO, Cassiani SHB. Eventos adversos a medicamentos em um hospital sentinela do Estado de Goiás, Brasil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011; 19(2):378-86.

Silva, AEBC, Cassiani SHB. Erros de medicação em hospital universitário: tipo, causas, sugestões e providências *Rev Bras Enferm*. 2007; 57(6):671-74.

Souza LP; Bezerra ALQ, Silva AEBC, Carneiro FS, Paranaguá TTB, Lemos LF. Eventos adversos: instrumento de avaliação do desempenho em centro cirúrgico de um hospital universitário. *Rev Bras Enferm*. 2011; 19(1):127-33.

Talles PCP, Praxedes MFS, Pinheiro MLP. Erros de medicação: análise do conhecimento da equipe de enfermagem de uma instituição hospitalar. *Rev. Gaucha Enferm*. 2011; 32(3):539-45.

Teixeira TCA, Cassiani SHB. Análise de causa raiz: avaliação de erros de medicação em um hospital Universitário. *Acta Paul Enferm*. 2010; 44(1):139-46.

Vargas MAO, Luz AMH. Práticas seguras do/no cuidado de enfermagem no contexto hospitalar: é preciso pensar sobre isso e aquilo. *Rev Enferm em Foco*. 2010; 1(1):23-27.

Veloso IR, Talles PCP; Durão AMS. Identificação e análise de erros no preparo de medicamentos em uma unidade pediátrica hospitalar. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2011; 32(1):93-99.

Vendramini RCR; Silva EA, Ferreira KASL, Possari JF, Baia WRM. Segurança do paciente em cirurgia oncológica: experiência do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo. *Rev. Esc Enferm USP*. 2010; 44(3):827-32.

Vincent C. Segurança do Paciente: orientações para evitar eventos adversos. São Caetano do Sul. São Caetano do Sul; 2009. 324p.