



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

EVENTOS ADVERSOS: PORQUE OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NÃO NOTIFICAM?

*¹Isline Carízia Borges Sanches, ¹Bianca Carielly Rocha de Souza, ²Gislene de Jesus Cruz Sanches, ²Andresa Teixeira Santos and ²Sheylla Nayara Sales Vieira

¹Discentes do Curso de Enfermagem pela Faculdade de Tecnologia e Ciências/FTC, Campus de Jequié. Jequié (BA), Brasil

²Enfermeiras, Docentes da Faculdade de Tecnologia e Ciências/FTC, Campus de Jequié, Jequié (BA), Brasil

ARTICLE INFO

Article History:

Received 17th May, 2019

Received in revised form

03rd June, 2019

Accepted 16th July, 2019

Published online 28th August, 2019

Key Words:

Patient safety; Nursing;
Feelings; Adverse events.

ABSTRACT

For World Health Organization, patient safety corresponds to minimizing the risk of unnecessary harm associated with health care. The issue of patient care security in institutions seems so obvious and embedded in daily life that when the media reports the occurrence of errors in health care, the reaction is perplexing. Thus, the objective of this study is to discuss the knowledge of nurses professionals related to adverse events, notification and feelings involved in this process. This is a quantitative study of a descriptive-exploratory nature, which is part of a larger project entitled "Patient Safety Core" developed by the Faculty of Technology and Sciences since 2017. Where the sample consisted of nurses working in a General Hospital in the interior of Bahia, acting in the direct assistance to patients in the male and female medical clinics. The study allowed to know the feelings experienced by nursing professionals, where the fear appears in the answers, related to the punishment, but as a consequence of damages for the professional itself than for the patient.

Copyright © 2019, Isline Carízia Borges Sanches et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Isline Carízia Borges Sanches, Bianca Carielly Rocha de Souza, Gislene de Jesus Cruz Sanches, et al. 2019. "Eventos adversos: porque os profissionais de saúde não notificam?", *International Journal of Development Research*, 09, (08), 29133-29138.

INTRODUCTION

"Não há lugar de cuidado ao paciente que seja livre de risco", foi uma frase dita por Margareth Chan, Médica chinesa, quando diretora-geral da Organização Mundial da Saúde (OMS) (Chan, 2009). A afirmativa expressa à preocupação com os eventos adversos, os quais são os incidentes oriundos do cuidado em saúde que atingem o paciente causando-lhe dano (OMS, 2009). Esse problema acarreta prejuízos não somente a ele, mas à sua família e a toda a sociedade (OMS, 2010). Para a OMS, segurança do paciente corresponde à redução ao mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde (Travassos; Calas, 2013). A questão da segurança da assistência aos pacientes nas instituições parece um assunto tão óbvio e incorporado ao cotidiano que, quando noticiada pela mídia a ocorrência de erros na assistência à saúde, como cirurgias em locais e pacientes errados e superdosagens de medicações, entre outros, a reação é de

perplexidade. Entretanto, apesar do cuidado em saúde trazer enormes benefícios a todos os envolvidos, a ocorrência de erros é possível, e os pacientes podem sofrer graves consequências, até mesmo o óbito (Carvalho *et al.*, 2012). Atualmente, Evento Adverso (EA) vem sendo conceituado como um efeito não esperado, resultante da assistência à saúde, podendo ocorrer por falha ou omissão na realização dos cuidados (Castilho *et al.*, 2016). Os EA são conhecidos como resultados negativos em saúde, incidentes ou circunstância que têm potencial para causar danos aos pacientes. Esses resultados podem também ser um erro, sendo este definido como a incapacidade de realizar uma ação planejada conforme pretendida ou a aplicação incorreta de um plano. Erro por definição é sempre não intencional, e pode ou não ocasionar um EA. Ao se reduzir os erros, as chances da ocorrência de EA serão minimizadas (OMS, 2009). No Brasil, desde 2013, a notificação de EA pelos serviços em saúde tornou-se obrigatória a partir de 2013, tendo em vista a criação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)(MS, 2013), pois está determina a promoção e implementação de ações voltadas à segurança do paciente com a implantação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) em todos os serviços

*Corresponding author: Isline Carízia Borges Sanches, Discentes do curso de enfermagem pela Faculdade de Tecnologia e Ciências/FTC, Campus de Jequié. Jequié (BA), Brasil

de saúde (BRASIL 2013b). O NSP tem como atribuição elaborar o Plano de Segurança do Paciente (PSP) nos termos definidos pelo PNSP, demonstrando, assim, o compromisso e planejamento institucional dos ambientes de cuidado em sistematizar as práticas que podem incorrer em maiores riscos aos pacientes (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2014). Além de atuar como articuladores e incentivadores das demais instâncias do hospital que gerenciam riscos e ações de qualidade, promovendo complementaridade e sinergias neste âmbito (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2014). Destaca-se, no cenário nacional, o sistema informatizado NOTIVISA, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), utilizado para o registro de problemas relacionados ao uso de tecnologias e de processos assistenciais, por meio do monitoramento da ocorrência de queixas técnicas de medicamentos e produtos para a saúde, incidentes e EA assistenciais (MS, 2013). Por estarem constantemente prestando cuidado direto ao paciente, os enfermeiros, juntamente com a equipe de enfermagem, são os elementos chave no processo de evitar erros, impedir decisões ruins e também de assumir um papel de liderança no avanço e no uso de estratégias para promover a qualidade do cuidado e segurança do paciente (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2013). Sendo assim, o objetivo desse estudo é discutir sobre o conhecimento dos profissionais enfermeiros relacionado aos eventos adversos, notificação e os sentimentos envolvidos neste processo.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo de caráter descritivo-exploratório, que faz parte de um projeto maior intitulado: "Segurança do paciente: repercussões das práticas assistenciais nos serviços de saúde," desenvolvido pela Faculdade de Tecnologia e Ciências desde 2017. A amostra foi constituída por enfermeiros atuantes do em um hospital de grande porte, em uma cidade no interior da Bahia que atuavam na assistência direta aos pacientes nas clínicas médica masculina e feminina da instituição. Trabalhar na Clínica Médica foi considerada o critério de inclusão para esse estudo, assim, com base na forma quantitativa, escolhemos 80% do quadro efetivo de 02 clínicas médica, masculina e feminina de um Hospital que é referência regional, fundado em 1947, possuindo mais de 200 leitos operacionais internando nas especialidades de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Pediatria, Psiquiatria, Neonatologia, Obstetrícia e Terapia Intensiva. A coleta foi realizada em ambiente privativo, sendo utilizado um questionário contendo 14 questões de múltipla escolha e uma discursiva sobre o tema. O presente estudo teve a seguinte questão norteadora: Eventos adversos. Porque os profissionais não notificam? A coleta dos dados ocorreu durante a semana, no horário de trabalho das equipes, em abril e maio de 2019. A estatística descritiva nos permite entender através de porcentagens as respostas escolhidas pelos profissionais nas perguntas de múltipla escolha, cujo objetivo básico é o de sintetizar uma série de valores de mesma natureza, permitindo dessa forma que se tenha uma visão global da variação desses valores, organiza e descreve os dados de três maneiras: por meio de tabelas, de gráficos e de medidas descritivas (Guedes *et al.*, 2005). Em observância aos aspectos éticos, o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Mantenedor de Ensino Superior da Bahia (IMES) da Faculdade de Tecnologia e Ciências (FTC) com parecer nº 2.392.241.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O material coletado através da aplicação dos questionários nos permitiu discutir sobre o conhecimento dos profissionais enfermeiros relacionado aos eventos adversos relacionados à assistência a saúde, a notificação destes e os sentimentos envolvidos neste processo. A caracterização dos profissionais que participaram do estudo nos mostra que, 91,7% dos entrevistados são do sexo feminino e 8,3% do sexo masculino, evidenciando que a enfermagem continua sendo uma profissão essencialmente desenvolvida por mulheres, como vem ocorrendo ao longo da história (COREN, 2009; França; Ferrari, 2012). Outro fator importante é o tempo de atuação dos profissionais na Unidade Hospitalar. Na área da saúde, por lidar diretamente com a vida dos seres humanos, o desempenho dos profissionais é acompanhado pela expectativa de altos níveis de competência e de responsabilidade no seu trabalho (Ribeiro *et al.*, 2012), mostrando que a maioria dos entrevistados possui considerável experiência profissional, pois 42% atuam no serviço a mais de 11 anos, 50% atuam entre seis a dez anos e apenas 8% trabalham a menos de um ano na instituição. Por ser relativamente nova a temática sobre segurança do paciente e suas adjacentes, entendemos que o conhecimento dos profissionais sobre esta, pode ser determinante no processo de notificação. É dever de todos acompanhar o desenvolvimento das ciências humanas, científicas, culturais e tecnológicas dos tempos atuais, o que vem implicar não só na necessidade da aquisição de novos conhecimentos e na atualização dos mesmos (COREN, 2009). Quando questionados sobre o conhecimento a respeito dos eventos adversos decorrentes da assistência, tema muito discutido na segurança do paciente, 100% dos entrevistados confirmam que sabem quais são os eventos adversos que quando acontecem precisam ser, no entanto, os dados relacionados ao conhecimento específico contradizem essa resposta, como podemos identificar na tabela abaixo.

Tabela 1. Conhecimento sobre eventos adversos notificáveis

	Nº	%
Incidente durante procedimento cirúrgico.	5	48%
Queda do paciente.	12	100%
Úlcera por pressão.	12	100%
Reação adversa ao uso de medicamentos.	10	83%
Inefetividade terapêutica de algum medicamento.	0	0%
Erros de medicação que causaram ou não dano à saúde do paciente.	12	100%
Evento adverso decorrente do uso de artigo médico-hospitalar ou equipamento médico-hospitalar.	6	50%
Reação transfusional decorrente de uma transfusão sanguínea.	10	83%
Evento adverso decorrente do uso de um produto cosmético.	5	48%
Evento adverso decorrente do uso de um produto saneante.	6	50%
Outro: Descontinuidade do uso de medicamentos.	1	8%

Dados da pesquisa, 2019

Dos eventos adversos listados na tabela 1, os mais conhecidos foram: queda do paciente 100%, úlcera por pressão 100% e erros de medicação 100%. Esses dados nos mostra a necessidade de realizar maior capacitação e treinamento dos profissionais em relação aos eventos adversos notificáveis. Queda é um dos eventos adversos mais frequentes nos hospitais e podem ter consequências físicas, psicológicas e sociais. A OMS define queda como o evento que leva a pessoa inadvertidamente ao solo ou a um nível inferior. As quedas em

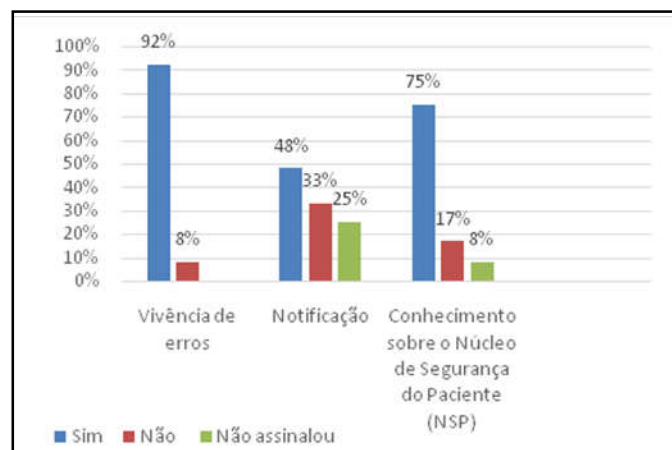
pacientes hospitalizados são acarretadas por causas multifatoriais, tanto intrínsecas quanto extrínsecas incluindo a instabilidade para a caminhada; alteração do estado mental; uso de drogas psicoativas e falta de segurança do ambiente (Anvisa, 2013). Observa-se que os índices de quedas são mais elevados em unidades de internação clínicas, neurologia e oncologia, nas quais os pacientes em sua maioria são do sexo masculino, apresentam média de idade elevada, longo tempo de permanência e grande complexidade assistencial e que o uso de alguns fármacos reforça a associação entre as quedas (Costa-Dias *et al.*, 2013). As úlceras por pressão destacam-se por serem eventos preveníveis pela adoção de medidas preventivas como monitoramento, inspeção e proteção da pele, além de mudança de decúbito do paciente. O profissional de saúde precisa estar atento aos problemas que as úlceras por pressão podem ocasionar ao paciente, à família e à instituição hospitalar. Estas ocorrências prolongam a hospitalização, dificultam a recuperação do paciente, aumentam o risco para o desenvolvimento de complicações e representam um acréscimo no sofrimento físico e emocional dos clientes ao reduzir a sua independência na realização das atividades, além de aumentar os custos (Silva *et al.*, 2011). Com relação aos erros de medicamentos (EM), é importante enfatizar que o profissional de saúde são protagonistas desse processo assistencial. É necessário adotar medidas que os previnam, com o conhecimento amplo sobre as reações adversas como consequências dos EM, capacitação adequada para que possam monitorar adequadamente o paciente, adotar medidas para a prevenção e a devida importância à notificação (Bohomol; Oliveira, 2018).

Em seguida vieram as reações adversas ao uso de medicamentos, reação transfusional e reações decorrentes do uso de saneantes e uso adversos de equipamentos médico-hospitalar. Os danos à saúde por conta das Reações Adversas a Medicamentos (RAM) variam bastante, abrangendo desde reações mais brandas ou de pouca significância clínica até as mais graves, levando a hospitalização, limitações irreversíveis ou até morte. As instituições de saúde devem elaborar um sistema seguro de medicação que auxilie os profissionais na prevenção dos erros, por meio de medidas facilitadoras para o processo de medicação e que dificulte ocorrências de erros (Silva; Cassiani, 2004). O não conhecimento dos profissionais sobre as reações adversas relacionadas ao uso de medicamentos pode levar a subnotificação deste evento e a manutenção do problema. Outro evento adverso bastante conhecido foram as reações transfusionais, sendo estas identificadas como qualquer dano que pode acontecer antes ou depois do processo de transfusão sanguínea, podendo ocorrer na fase pré-transfusional, no momento da transfusão, e depois da transfusão e as reações são inúmeras, podendo ser imediata ou crônica (Santos; Boing, 2018). Embora o nível de conhecimento tenha atingido 83%, consideramos preocupante o fato de 17% não terem essa informação, pois são eventos que a notificação é de grande importância para a segurança do paciente e precisa que todos os casos sejam notificados.

Os incidentes durante procedimento cirúrgico 48%, os decorrentes do uso de cosméticos 48%, o uso de artigo médico hospitalar 50% e a descontinuidade no uso de medicamentos 8%, foram os menos citados, situação bastante preocupante, uma vez que, apesar de ocorrerem em menor frequência, trazem dados significativos, podendo repercutir no prognóstico dos pacientes e consequentemente precisam ser notificados. Portanto, é essencial que os profissionais de saúde conheçam

esses fatores para que possam planejar e implementar estratégias adequadas aos seus pacientes (Lima, 2017).

A inefetividade terapêutica de algum medicamento, não foi citado por nenhum dos entrevistados. Em um estudo conduzido para determinar a taxa e caracterizar os efeitos adversos a medicamentos (EAMs) em pacientes pediátricos e também para verificar a eficácia do acompanhamento farmacoterapêutico em uma unidade pediátrica, 69 pacientes (4,5%) foram admitidos com 81 EAMs. Os mais incidentes foram: erro de medicação (30; 40,5%), Reação Adversa a Medicamento (RAM) (21; 25,9%) e ineficácia terapêutica (21; 25,9%). O estudo apontou uma incidência significativa de EAMs, com a maioria previsível (Bezerra, 2015). Assim, torna-se necessário o estabelecimento de normas, rotinas, protocolos assistenciais e treinamentos destinados a promover conhecimento, harmonia e conscientização entre os membros da equipe, garantindo à segurança dos usuários e a melhoria da qualidade do atendimento prestado (Monteiro *et al.*, 2018). O gráfico abaixo demonstra a vivência dos profissionais de saúde com os erros na assistência, com índices superiores a 90%, o que reforça a necessidade do incentivo à cultura de segurança com vistas à melhoria da qualidade assistencial. Dos 92% dos profissionais que responderam vivenciar erros na assistência, apenas 48% fazem uso da notificação. Esse resultado mostra que as subnotificações podem impossibilitar a visualização da dimensão real do problema, comprometendo a adoção de medidas adequadas de prevenção.

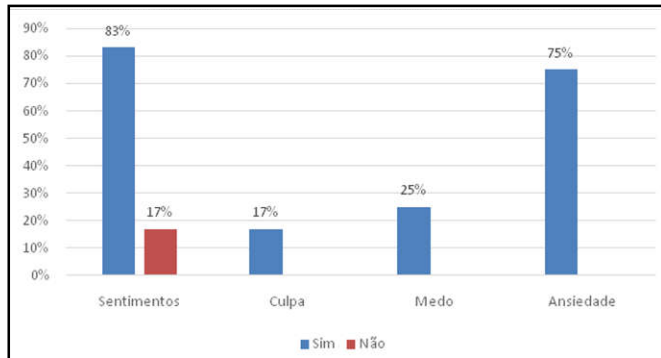


Dados da pesquisa, 2019.

Gráfico 1. Vivência, notificação e conhecimento sobre o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)

O estudo confirma estudos já realizados, onde se mostra que os erros ainda quase não são debatidos nas instituições hospitalares, pois ainda prevalece a forte cultura punitiva, contribuindo para o negligenciamento. Desta forma, a segurança do paciente deve almejar substituir sentimentos como culpa e vergonha com atitudes voltadas para a reflexão sobre os processos assistenciais, objetivando prevenção da ocorrência dos erros antes que estes causem danos aos pacientes. Ainda assim, é necessário o entendimento de toda a equipe que ao vivenciar essas situações, a notificação é uma medida não punitiva, mas sim para que sejam solucionados erros em seu cotidiano (Souza *et al.*, 2016). A maioria dos entrevistados (75%) revelou ter conhecimento de como se dá o funcionamento do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), sendo imprescindível a busca e o incentivo a esse conhecimento, visto que o NSP tem por objetivo promover e apoiar a implementação de medidas voltadas à segurança do

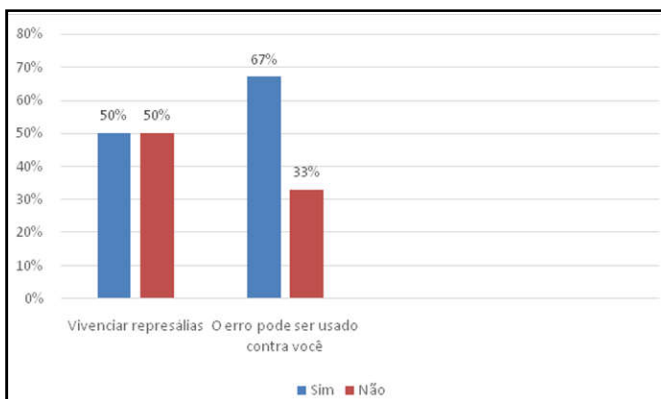
paciente nas mais diversas áreas da assistência, organização e gestão de serviços de saúde, através da implantação da gestão de risco e de NSP nas unidades hospitalares, ou seja, o paciente precisa ter segurança seja qual for o processo de cuidado a que ele está submetido (Silva *et al.*, 2018). Sobre o que sente os entrevistados 83% revelaram terem sentimentos quando acontece algum evento adverso, conforme demonstra o gráfico abaixo.



Dados da pesquisa, 2019

Gráfico 2. Percentagem de entrevistados que demonstram ter sentimentos diante dos erros adversos

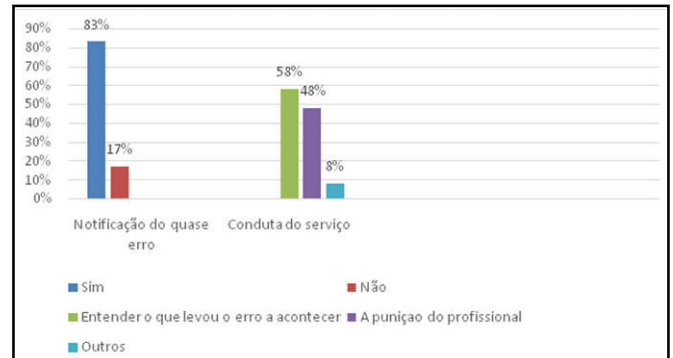
Os sentimentos mais vivenciados nas situações de erros adversos foram: culpa, medo e ansiedade, sendo a última relatada por 75% dos entrevistados. Sugere-se a implantação da sensibilização contínua focada em segurança como alternativa para alcançar aprendizado, disseminar as condutas adequadas dos profissionais e promover ações para amenizar os sentimentos dos profissionais (Ferezin *et al.*, 2017). Situações de represália e pensamentos de que o erro pode voltar contra os próprios profissionais também foram sentimentos vivenciados pelos entrevistados, conforme o gráfico abaixo. O medo de represália aparece em 51 (29,1%) das respostas, o de exposição em 60 (34,3%) e de perda de reputação profissional em 44 (25,1%) das respostas, em uma pesquisa realizada em unidades de saúde de atenção primária em saúde (APS)(Silva *et al.* 2017). O medo, tanto de represálias, quanto de exposição por má prática, de perda de reputação são os principais obstáculos para a não notificação de EAM. A falta de confiança também é uma barreira a falta de notificação. As barreiras identificadas no estudo sinalizam a necessidade de intervenções na cultura da segurança do paciente (Bueno *et al.*, 2018).



Dados da pesquisa, 2019.

Gráfico 03. Represálias diante de eventos adversos cometidos pelo profissional ou por um colega de profissão

Grande parte dos respondentes (75%) acreditam que um erro, quando percebido e corrigido antes de afetar o paciente, precisa ser notificado. Para isto, é imperativo a identificação dos tipos de eventos que possam levar a quase-falhas (near miss), bem como, os fatores de risco na ocorrência dos mesmos, que podem culminar em erros, políticas e estratégias que aumentem a segurança e consequente melhoria da qualidade da assistência (Hinrichsen *et al.*, 2016).



Dados da pesquisa, 2019.

Gráfico 4. Notificação dos quase erros (near miss) e qual a conduta da Instituição com o profissional diante dos eventos adversos

Quando acontece o erro, é importante entender o porquê o mesmo aconteceu. No entanto, na presente pesquisa, pouco mais da metade dos entrevistados (58%) reconheceram tal necessidade, 42% acreditam que a punição do profissional seria a melhor alternativa e 8% não opinaram. Diante desses resultados, conclui-se que há necessidade de disseminação da cultura não punitiva nas organizações de saúde, para que os erros e eventos adversos possam ser notificados, analisados, compreendidos pelos profissionais e corrigidos (Costa, 2018). É importante que quando as notificações sejam realizadas, as mesmas sejam solucionadas de forma a trazer um impacto positivo na organização, tal como uma nova postura diante da possibilidade de um erro, bem como a promoção de discussões sobre possíveis causas dos eventos notificados. Estas assertivas estão de acordo com a opinião de apenas metade dos entrevistados, o que precisa ser melhor difundido entre a equipe de enfermagem.

As possíveis causas para as ocorrências dos EA estão relacionadas ao excesso o de tarefas, falta de atenção, ilegibilidade de prescrições, faltade conhecimento científico, déficit no cumprimento de normas e rotinas, déficit de supervisão de enfermagem, inexperiência, não conferência da identificação do paciente e equipamentos, omissão da equipe, sobrecarga de trabalho, inadequação e alocação inadequada do ambiente de trabalho (Souza *et al.*, 2015). Assim, é necessário utilizar-se de estratégias que visem motivar a comunicação, o diálogo e a integração da equipe de saúde, promovendo discussões acerca dessas possíveis causas, visando qualificar e garantir a segurança da assistência prestada. As notificações dos eventos adversos realizadas, na opinião de 50% dos entrevistados trazem resultados positivos, no entanto, apenas metade dos entrevistados relataram haver alguma discussão no ambiente hospitalar sobre as possíveis causas dos eventos notificados, bem como evita-los. Acredita-se que estratégias de incentivo as discussões, intervenções educativas sobre segurança do paciente trazem resultados significativos no aumento do número de notificações de erros dos eventos adversos. Essas estratégias permitem identificar suas causas, a

elucidação de que determinado evento deveria ser notificado, diante do risco de causar danos aos pacientes (Marinho *et al.*, 2018). Discussões sobre a importância de se evitar os erros de eventos adversos e como consequência promover o aumento no índice de suas notificações, devem fazer parte da cultura organizacional das instituições, trazendo consequentemente, resultados positivos, no entanto, ainda se configuram como desafios à gestão e precisam ser estimulados de maneira mais incisiva (Batista, 2018).

Conclusão

Diante dos resultados, foi constatado que os profissionais participantes do estudo, possuem conhecimento superficial sobre o conceito dos EA, mas identificam e reconhecem o evento como parte da assistência à saúde, quando esta, não é realizada com qualidade. Ficou evidenciado a subnotificação de eventos no contexto da prática e a existência de lacunas nos processos educativos institucionais, demonstrando fragilidades na segurança do paciente proveniente da má qualificação profissional em detrimento ao tema abordado. O estudo permitiu conhecer os sentimentos experimentados pelos profissionais de enfermagem, onde o medo aparece nas respostas, relacionado à punição, mas como consequência de prejuízos para o próprio profissional do que para o paciente.

REFERÊNCIAS

- Agência Nacional de Vigilância Sanitária 2013. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Brasília: ANVISA.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária 2014. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. 1 ed. Brasília.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2014. Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. 1 ed. Brasília.
- Anvisa, Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde, Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde 2013. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. 1ª edição, Brasília.
- Batista, J 2018. Avaliação da cultura de segurança e ocorrência de eventos adversos cirúrgicos em diferentes naturezas administrativas da gestão pública. Curitiba. 152f. Dissertação [Mestrado acadêmico em Enfermagem] - Universidade Federal do Paraná, Curitiba.
- Bezerra, WR, *et al*2015. Ocorrência de incidentes em um centro cirúrgico: estudo documental. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 17, n. 4.
- Bohomol, E; Oliveira, CB 2018. Conhecimento da equipe de enfermagem sobre erros de medicação: estudo survey descritivo. Enfermagem em Foco, v. 9, n. 1.
- Brasil 2013. Resolução da Diretoria Colegiada no 36, de 25 de julho de 2013b. Diário Oficial da União. Brasília, DF.
- Bueno, D, Lidia, BP, Luiza, J 2018. Percepção de Equipes de Saúde da Família sobre a notificação de eventos adversos a medicamentos. Saúde em Redes; 4(3): 49-61.
- Carvalho, SHDBC. *et al*2012. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. Acta Paul. Enferm., São Paulo, v. 25, n. 5, p. 728-35.
- Castilho, AM, Parreira, PD, Pereira, MS 2016. Cuidados de enfermagem e eventos adversos em doentes internados: análise dos fatores intervenientes Rev Riase; v.2, n.2, p. 605 - 623.
- Chan, M 2012. Patient safety: the rising star of clinical care.
- Coren, 2009. Enfermagem dia a dia: segurança do paciente. São Caetano do Sul (SP): Yendis; p. 119-45.
- Costa LMJ da 2018. Erros relacionados a medicamentos na Atenção Primária em Saúde: Barreiras para Notificação.
- Costa-Dias, MJM; Oliveira, AS; Moreira, CN; Santos, AS; Martins, T; Araújo, F 2013. Quedas dos doentes internados em serviços hospitalares, associação com os grupos terapêuticos. Revista de Enfermagem Referência - III - n. 9.
- Ferezin, TPM *et al*2017. Análise da notificação de eventos adversos em hospitais acreditados. Cogitare enfermagem; 22(2):484-98.
- França, FM, Ferrari, R 2012. Burnout Syndrome and the socio-demographic aspects of nursing professionals. Acta Paul. Enferm; v.25, n.5, p.743-78
- Guedes, TA *et al*2005. Estatística descritiva. Projeto de ensino aprender fazendo estatística, p. 1-49.
- Hinrichsen, SL *et al*2016. Percepção da equipe de enfermagem sobre fatores causais de quase-falhas (near miss) no atraso de medicamentos através da Análise do Tipo e Efeito de Falha (Failure Mode and Effects Analysis) - FMEA. Revista de Administração em Saúde; v.17, n.66, p. 01-09.
- Lima, BLP *et al*2017. Reação transfusional por contaminação bacteriana. In: Congresso Internacional de Enfermagem.
- Marinho, MM, Radünz, V, Rosa, LM, Tourinho, FSV, Ilha, P, Misiak, M 2018. Resultados de intervenções educativas sobre segurança do paciente na notificação de erros e eventos adversos. Rev baiana enferm;32: e25510.
- Ministério da Saúde (BR) 2013. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC n. 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília.
- Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria n. 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, Brasília, 02 abr. 2013. Seção 1.
- Monteiro JTC *et al*2018. Descontinuidade no seguimento de pacientes atendidos em ambulatório de pneumologia em Belém do Pará. Pará Research Medical Journal; v.1, n.4, p. 0-0.
- Ribeiro RP, Martins JT, Marziale MHP, Robazzi MLCC 2012. Work-related illness in nursing: an integrative review. Rev Esc Enferm USP; v.46, n.2, p.495-504.
- Santos GAS; Boing AC 2018. Mortalidade e internações hospitalares por intoxicações e reações adversas a medicamentos no Brasil: análise de 2000 a 2014. Cadernos de Saúde Pública;v.1, n.34, p 9-17.
- Silva ACMR *et al.* 2017. A importância do núcleo de segurança do paciente: um guia para implantação em hospitais." REMAS-Revista Educação, Meio Ambiente e Saúde.; v.7, n.1, pp. 87-109.
- Silva AEBC, Cassiani SHB 2004. Erros de medicação em hospital universitário: tipo, causas, sugestões e providências. Rev bras enferm. v.57, n.6, pp.671-674.
- Silva EKA *et al.* 2018. Eventos adversos (EA): conhecimento dos profissionais de enfermagem de um município do interior da Amazônia brasileira. Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente; v.9, n.2, p. 686-691.

- Silva RCL, Figueiredo NMA, Meirelles IB 2011. Organizadores. Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem. 3a ed. São Caetano do Sul: Yendis.
- Souza CM de *et al* 2016. Incidência, caracterização e acompanhamento da resolução de eventos adversos aos medicamentos em pacientes admitidos em emergência pediátrica. 1 recurso online (113 p.). Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP.
- Souza VS *et al*. 2001. Erros e eventos adversos: a interface com a cultura de segurança dos profissionais de saúde. *Cogitare Enfermagem*; v.20, n.3, pp.475-482.
- Travassos C, Calas B 2013. A qualidade do cuidado e a segurança do paciente: histórico e conceitos. In: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília (DF): ANVISA; p. 19-27.
- World Health Organization 2009. Conceptual framework for the International Classification for Patient Safety: final technical report. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization 2009. The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety.
- World Health Organization 2010. Assessing and tackling patient harm: a methodological guide for data-poor hospitals. Geneva: World Health Organization.
