

Perfil de eventos adversos relacionados à assistência à saúde em um hospital público do Alto Paranaíba

Profile of adverse events related to health care in a public hospital of Alto Paranaíba region

Cássia Lourenço Zica

Graduanda do curso de Enfermagem (UNIPAM).

E-mail: cassiazica910@gmail.com

Adriana Cristina de Santana

Professora orientadora (UNIPAM).

E-mail: adrianacs@unipam.edu.br

Resumo: Este estudo objetivou identificar os eventos adversos relacionados à assistência à saúde ocorridos em um hospital de médio porte do Alto Paranaíba. Para a coleta, foram utilizados os registros eletrônicos e físicos institucionais relacionados aos eventos adversos relacionados à assistência à saúde. Identificou-se o sexo masculino como predominante em 190 (51,4%) casos e 180 (48,6%) do sexo feminino. A idade dos participantes variou de 3 a 96 anos com mediana de 71,5 anos e DP \pm 22,9. Os dados analisados apontaram que os eventos adversos mais frequentes foram a saída inadvertida de sonda nasogástrica e sonda nasoentérica com 155 (41,9%), lesão por pressão 46 (12,4%), reação adversa a medicamentos 41(11,1%) e perda de acesso periférico 36 (9,7%). Conclui-se que é necessário o fortalecimento da política de segurança do paciente. A ocorrência dos incidentes pode ser minimizada com mudanças nas atitudes gerenciais e profissionais.

Palavras-chave: Segurança do paciente. Assistência à saúde. Gerenciamento de segurança.

Abstract: This study aimed to identify adverse events related to health care assistance in a medium-sized hospital in Alto Paranaíba region. In order to collect data, it was used electronic and institutional physical records related to adverse events related to health care assistance. In 190 (51.4%) of the cases, males were identified as predominant and in 180 (48.6%) they were females. The participants' ages ranged from 3 to 96 years old, with an average age of 71.5 and SD \pm 22.9 years old. Data analyzed indicated that the most frequent adverse events 155 (41.9%), were the unintended exit of nasogastric tube and nasoenteric tube, 46 (12.4%) were related to pressure lesion, 41 of them (11.1%) were due to adverse reaction to drugs and 36 (9.7%) were related to loss of peripheral access. The conclusion is that it is necessary to reinforce the patient safety policy. The occurrence of incidents can be minimized with changes in managerial and professional conduct.

Keywords: Patient safety. Health care. Security management.

1 INTRODUÇÃO

A segurança do paciente vem sendo discutida no ambiente hospitalar desde 1855, quando Florence Nightingale mudou o conceito de higiene nos hospitais, havendo uma redução significativa no número de óbitos. Hoje, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a segurança do paciente corresponde à redução ao mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde, sendo o dano resultado do comprometimento da estrutura ou função do corpo, podendo ser físico social ou psicológico (BRASIL, 2017).

No entanto, apesar dos avanços em relação à temática segurança do paciente, o erro humano envolvendo profissionais da saúde tem repercutido em instituições hospitalares por meio da imprensa e outras mídias, provocando uma grande comoção social (OMS, 2012). O erro ou incidente é conceituado como o evento ou a circunstância que resultou em dano desnecessário ao paciente; quando não atingem o paciente, ou são detectados antes, são denominados de *near miss* (quase erro); quando o atingem, mas não causam danos discerníveis, são denominados de incidente sem danos; quando resultam em dano discernível, são nomeados como evento adverso (OMS, 2012).

Um dos primeiros estudos que ganhou grande repercussão sobre incidente foi feito há quase 20 anos, quando o Instituto de Medicina dos EUA publicou um documento titulado “Errar é humano”, em que se dizia que 44.000 a 98.000 pacientes morriam a cada ano nos hospitais dos EUA. Desde então o assunto vem ganhando mais espaço. Em maio de 2002, foi adotada a resolução WHA 55.18, “Qualidade da atenção: segurança do paciente”, na Assembleia Mundial da Saúde. Em outubro de 2004, a OMS lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, com o objetivo de promover a conscientização acerca da segurança do paciente com os desafios globais (BRASIL, 2017).

Os Eventos Adversos (EA) relacionados à assistência à saúde acarretam grande impacto aos pacientes, desde um dano permanente como a perda de um membro, passando por um dano social que exige um período maior de internação, gerando um trauma psicológico, até ao óbito do paciente (ARAÚJO *et al.*, 2016).

A OMS estima que danos à saúde ocorram em dezenas de milhares de pessoas todos os anos no mundo. Estudos mostram que 10,5% dos pacientes hospitalizados sofrem com algum tipo de evento adverso, sendo que destes ocorridos 58,9% poderiam ser evitados (BRASIL, 2017).

Os EAs em um hospital podem se relacionar à documentação inadequada ou à falta do prontuário, pois as informações devem ser a fonte necessária para um atendimento específico e adequado de cada paciente. A qualidade das informações é primordial para a segurança do paciente e para a prevenção de qualquer evento adverso (SILVA *et al.*, 2017).

O tema segurança do paciente vem sendo cada vez mais levado em consideração. É cada vez mais comum que os hospitais tenham um sistema de prontuários eletrônicos, já que são de fácil acesso e praticamente anulam a perda de informações, auxiliando em demasia a evitar eventos adversos (DUARTE *et al.*, 2015).

Devido a esses fatos, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) criaram a sistematização da coleta e análise dos

dados referentes aos eventos adversos, especialmente aqueles associados aos cuidados a saúde (BRASIL, 2017).

Seguindo o proposto pela sistematização, cabe à equipe de enfermagem identificar os principais erros. Desse modo, criam-se oportunidades para que se promovam ações educativas, visando à diminuição dos erros pela equipe e consequentemente diminuição do dano ao paciente (BRASIL, 2017).

Erros na prestação dos cuidados podem trazer sérios problemas ao paciente. Dessa maneira, é de suma necessidade que os profissionais se aprimorem na assistência segura aos pacientes por via de cursos de atualização, capacitação continuada e redefinições de fluxos e rotinas. Logo, é essencial a ação conjunta de profissionais e gestores, a fim de promoverem a segurança do paciente no período em que estiver sob cuidados em instituições de saúde.

Considerando que os procedimentos relacionados à assistência ao paciente devem ser livres de danos e com falhas reduzidas nos cuidados à saúde, este estudo propôs identificar o perfil de eventos adversos ocorridos em um hospital de médio porte na região do Alto Paranaíba, com intuito de fornecer subsídios para o planejamento de medidas que melhorem e aumentem a segurança do paciente.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e retrospectivo. Este estudo foi realizado no Hospital Regional Antônio Dias, da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), pertencente à Rede de Hospitais Sentinela da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, cuja finalidade é identificar, diagnosticar e notificar os eventos adversos e queixas técnicas relacionadas a produtos de saúde. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da FHEMIG e pelo do UNIPAM, sob, respectivamente, pareceres consubstanciados nº 2.597.235 e nº 2.512.672.

A população foi constituída por registros institucionais eletrônicos ou físicos pertencentes ao Núcleo de Gestão de Risco referentes à notificação dos eventos adversos relacionados à assistência à saúde ocorridos nos setores de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica I e II e Pediatria, no período de janeiro a dezembro de 2017. A amostra ocorreu por conveniência conhecida como oportunidade, casual ou acidental.

A coleta de dados ocorreu somente após a aprovação nos Comitês de Ética e, para sua realização, foram utilizados registros eletrônicos e físicos institucionais relacionados ao controle e registros no NOTIVISA de eventos adversos relacionados à assistência à saúde. Para coletar os dados, foi elaborado um instrumento composto por informações de caracterização do paciente e dos tipos de eventos adversos ocorridos, preservando a privacidade do paciente e dos notificadores. Para construção desse instrumento foi utilizada como referência a NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA nº 01/2015, que descreve orientações gerais para a notificação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde.

A assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento para os participantes envolvidos foi dispensada, pois trata-se de pesquisa retrospectiva com uso de registros eletrônicos e/ou físicos e de indicadores utilizados pelo enfermeiro coordenador. Pesquisas que dispensam a assinatura do Termo de Consentimento Livre

e Esclarecido justificam-se, pois, em muitos casos, os pacientes já vieram a óbito, há uma dificuldade de localização de familiares, não existe uma frequência regular de comparecimento ao hospital e muitos pacientes já foram atendidos há algum tempo e pode ser que os endereços e telefones para contatos não sejam mais os mesmos.

Nestes termos, foram cumpridas todas as diretrizes e normas regulamentadoras descritas nas Resoluções nº 466/2012, e suas complementares, no que diz respeito ao sigilo e à confidencialidade dos dados utilizados.

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva, utilizando-se de frequência simples e percentual, e medidas de tendência central (média, mediana, moda). Para o tratamento estatístico dos dados, foi utilizado o *Software Statistic Package for Social Sciences® for Windows* (versão 20.0).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

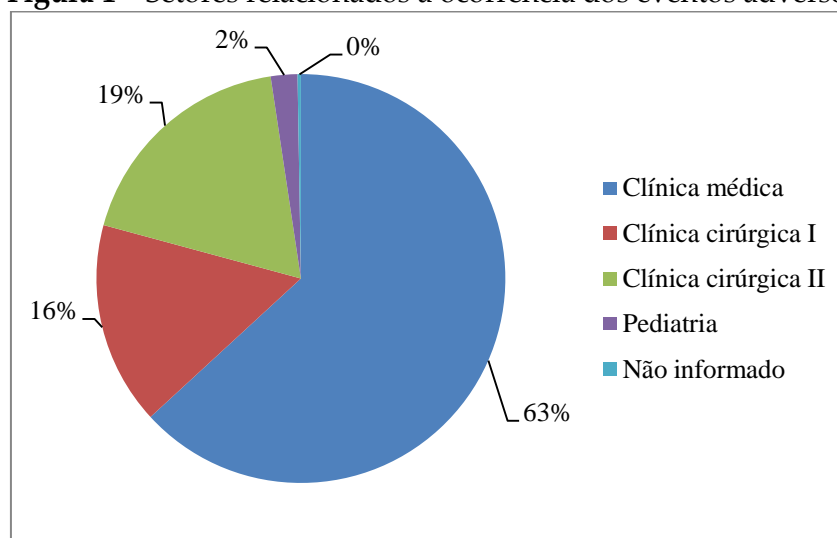
Foram analisados 370 registros eletrônicos referentes aos eventos adversos ocorridos nas unidades de internação. A partir dos dados analisados, foi possível identificar que os eventos adversos mais prevalentes ocorreram em pessoas do sexo masculino com 190 (51,4%) dos casos e em 180 (48,6%) casos o sexo era feminino.

A idade dos participantes variou de 3 a 96 anos com mediana de 71,5 anos e DP $\pm 22,9$. A variação de idade pode ser explicada pela característica da instituição pesquisada: é um hospital geral que atende o público de todas as idades. Dentre os participantes não foi possível informar a idade de duas pessoas. Toffoletto *et al.* (2016) identificaram dados semelhantes, nos quais os pacientes acima de 60 anos foram protagonistas na ocorrência de eventos adversos, definidos como incidente ou circunstância que ocasiona dano desnecessário ao paciente.

A Figura 1 mostra que os locais onde mais ocorreram eventos adversos foram a Clínica Médica (63%) e a Clínica Cirúrgica II (19%). Os diagnósticos mais prevalentes dos pacientes no momento da admissão no serviço de saúde compreenderam 99 (26,8%) distúrbios neurológicos; 58 (15,7%) distúrbios digestivos, 51 (13,8%) distúrbios osteomusculoesqueléticos, 45 (12,2%) distúrbios respiratórios, 17 (4,6%) politraumatismo, 14 (3,8%) doenças infecciosas.

Em 17 (4,6%) casos não foram encontradas informações a respeito do diagnóstico de doença e identificaram-se outras causas em menor frequência, como distúrbios cardíacos/circulatório, gravidez, intoxicações, distúrbios dermatológicos, neoplasias, distúrbios endócrinos e hematológicos.

Figura 1 – Setores relacionados à ocorrência dos eventos adversos



Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Em relação aos locais, o estudo de Figueiredo e D'Innocenzo (2017) mostra que os eventos ocorreram predominantemente na enfermaria, em 37 pacientes (56,9%), e no centro cirúrgico, em 20 pacientes (30,8%). Outro estudo aponta que, nas unidades de cuidados intensivos, concentram a maior frequência de eventos adversos a medicamentos (43,7%), seguidas de enfermaria (25%) e centro cirúrgico (25%).

O turno em que ocorreu mais eventos adversos compreendeu o matutino 67 (18,1%), seguido do noturno 66 (17,8%) dos casos, vespertino 41 (11,1%) e em 194 (52,4%) não obteve informações sobre o horário da ocorrência.

Os dados analisados apontaram que os eventos adversos mais frequentes foram saída inadvertida de SNG e SNE, com 155 (41,9%); lesão por pressão, 46 (12,4%); reação adversa a medicamentos, 41(11,1%); perda de acesso periférico, 36 (9,7%); falha na administração de medicamentos/dieta, 22 (5,9%); obstrução de sonda, 15 (4,1%); paciente sem identificação, 13 (3,5%); queda, 12 (3,2%). Em uma frequência menor que cinco notificações, foram encontradas alta de paciente incapaz, aspiração de conteúdo gástrico, reação adversa em relação ao material hospitalar/equipamentos, falha no procedimento cirúrgico, reação adversa após hemotransfusão, saída inadvertida de gastrostomia, perda de dispositivo, deiscência e perda de sonda vesical de demora.

O estudo de Figueiredo e D'Innocenzo (2017) encontrou resultados divergentes em que os eventos mais predominantes estiveram relacionados ao acesso vascular com um quantitativo de 227 (40,8%), seguidos por eventos relacionados a sondas, cateteres, drenos, e tubos 151 (27,2%) e por eventos relacionados a medicamentos com 86 (15,5%). A retirada não programada é o tipo mais frequente de eventos relacionados a sondas, cateteres, drenos e tubos.

Quanto às sondas, a retirada indevida pode trazer sérios riscos ao paciente. Diversos são os fatores relacionados à perda da sonda de alimentação, com consequente desnutrição iatrogênica e necessidade de reinstalação do dispositivo para a alimentação. Para redução de eventos adversos com esses dispositivos, cabe ao enfermeiro adotar medidas preventivas de orientação à equipe em relação à técnica de

inserção e manutenção, além de orientar pacientes e familiares sobre a importância da manutenção do dispositivo (FASSARELLA; BUENO; SOUZA, 2013).

Para evitar o surgimento das lesões por pressão, é necessário o monitoramento constante da integridade da pele para evitar a lesão por pressão, sendo responsabilidade da equipe de enfermagem. Com a adoção de boas práticas clínicas, incluindo hidratação, bons hábitos nutricionais e mudança de decúbito, além de treinamento e utilização da Escala de Braden, é possível reduzir os números de eventos adversos relacionados ao surgimento de lesões (PARANAGUÁ *et al.*, 2013).

Em relação aos erros no processo de administração de medicamentos, a enfermagem apresenta um papel importante na prevenção dos erros no processo de medicação. Entende-se que o número de doses administradas de medicamentos e o número de pacientes sob os cuidados dos profissionais de enfermagem são componentes importantes para avaliar a demanda de trabalho da equipe, frente às necessidades dos pacientes. Os erros de medicação foram significativamente associados ao aumento do número de pacientes atribuídos às enfermeiras e foi evidenciado que a maior frequência desses erros nos hospitais ocorrem em unidades de internação. As características dos usuários dessas unidades, como pacientes fisicamente vulneráveis com grande quantidade de medicações e alta demanda de trabalho exigida da equipe de enfermagem, foram destacadas como possíveis causas dessas falhas (KRELING; MAGALHÃES, 2018).

A perda de tubos, sondas e cateteres é frequente, resultante da expulsão deliberada desses dispositivos pelo próprio paciente, bem como durante os cuidados de enfermagem. A terapia intravenosa é frequentemente acompanhada por complicações, sendo a flebite uma das mais comuns; os enfermeiros têm a responsabilidade de minimizar essa incidência, assegurando, ao mesmo tempo, que os pacientes recebam o tratamento de forma adequada e oportuna (MILUTINOVIC; SIMIN; ZAK, 2015).

A flebite é considerada a complicação mais frequente entre os adultos, com uma incidência que varia de 1,2% a 54,5%. A flebite corresponde a uma inflamação na camada íntima da veia que se desenvolve em resposta ao dano tecidual provocado por fatores associados à inserção e ao uso do cateter venoso periférico e dos medicamentos administrados através dele (BRAGA *et al.*, 2018).

A Organização Internacional (INFUSION NURSES SOCIETY, 2006) tem recomendado a utilização por enfermeiros da *Phlebitis Scale* como um instrumento para avaliar o grau em que se encontra a flebite e a tomada de decisão para a retirada do cateter venoso periférico com intuito de evitar a progressão dos sintomas. Essa medida se dá devido ao fato de, além da flebite representar a complicação mais frequente, tem sido apontada como um predisponente para as complicações sistêmicas, como a septicemia, sobrecarga circulatória, edema pulmonar e embolia gasosa (BRAGA *et al.*, 2016).

A *Phlebitis Scale* é composta por cinco graus de observação em que o grau 0 representa ausência de sintomas; o grau 1, eritema com ou sem dor local ou edema, sem endurecimento e cordão fibroso não palpável; grau 2, mesmos sintomas da flebite de grau 1, porém com endurecimento local; grau 3, além dos sinais clínicos do grau 2, acrescenta-se a presença de um cordão fibroso palpável ao longo da veia; grau 4,

adicionalmente ao grau 3, apresenta um cordão venoso palpável maior que 1 centímetro, com drenagem purulenta. (NOBRE; MARTINS, 2018).

Diversas foram as observações de possíveis causas da obstrução de sonda, tais como correlação de obstrução da sonda de alimentação por dietas com fibras, uso de medicamentos revestidos e com potencial elevado de obstrução, lavagem irregular e orifícios distais reduzidos. Os planos de ação realizados pelo enfermeiro devem ser pautados na avaliação das prescrições médicas de medicamentos por sonda pelo farmacêutico, acompanhamento e registro da lavagem preventiva regular, comunicação imediata de qualquer resistência durante procedimentos de rotina, redução do uso de fibras em dietas, lavagem semanal da sonda enteral com água morna e uso de guia escova para limpeza interna, quando houver a comunicação de resistência (PEREIRA *et al.*, 2013).

A queda do paciente pode ser resultado de vários fatores. Um deles é a falta de vigilância necessária e a capacidade ineficiente do paciente de deambular sem auxílio. Sua ocorrência pode ocasionar lesões e prejudicar a integridade física e emocional dos pacientes. Tal ocorrência pode resultar, também, no aumento dos custos hospitalares e até a morte. Nessa perspectiva, várias medidas podem ser adotadas para evitar que quedas ocorram, tais como a elevação de grades nas camas e a aplicação de técnicas de restrição de movimentos. A contenção do leito, mesmo sendo criticada por muitos autores, é uma medida satisfatória desde que realizada corretamente, com monitoração e sem acarretar prejuízos ao paciente (DUARTE *et al.*, 2015).

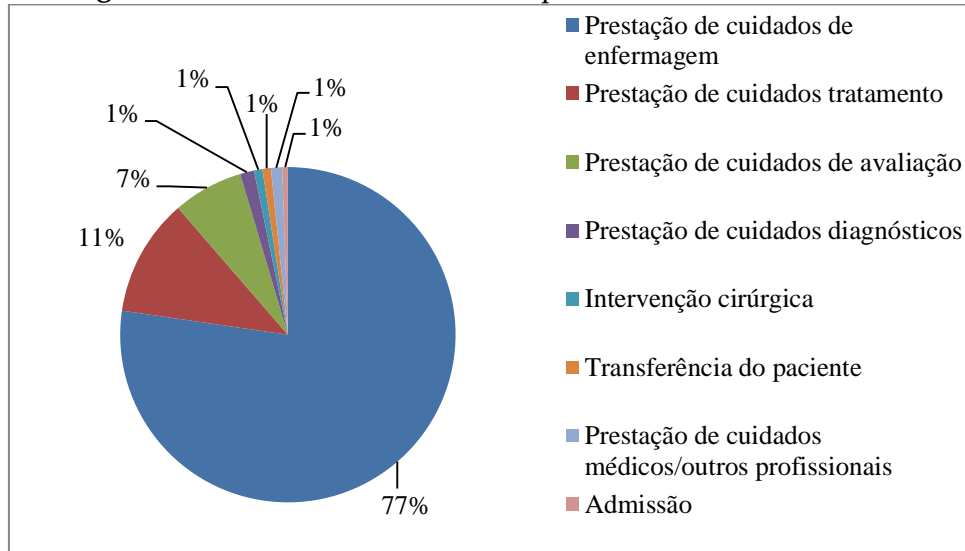
A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2015) identificou 9.423 falhas na assistência de diferentes instituições de saúde. Destas, 3.600 (38,2%) se referiam à queda, e as causas mais comuns são perda do equilíbrio, seguida de escorregão e síncope. Os mobiliários também contribuem, sendo queda da cama a mais notificada, seguida de quedas no banheiro e da cadeira de rodas. Uma das estratégias para a prevenção da queda é a identificação precoce do risco para quedas por meio da aplicação realizada por enfermeiros da *Morse Fall Scale*, traduzida em 2013 para a língua portuguesa (URBANETTO *et al.*, 2013).

O trabalho de enfermagem é constituído pelo tempo despendido pela equipe de enfermagem para realizar as atividades de sua responsabilidade, relacionadas direta ou indiretamente ao atendimento do paciente. Essas atividades sofrem a interferência do grau de dependência do paciente, da complexidade da doença, das características da instituição, dos processos de trabalho, da planta física e do perfil dos profissionais da equipe (ARAÚJO *et al.*, 2016).

Neste sentido, para que se diminua a ocorrência de incidentes e eventos adversos, é necessário que existam estratégias, como o fortalecimento da política de segurança do paciente, a adoção de programas de qualidade, a implantação de check lists para cirurgia segura, implantação de protocolos, capacitação da equipe, avaliação precoce do risco de queda e avaliação dos riscos potenciais para desenvolvimento de úlcera por pressão. A identificação dos riscos da assistência é realizada principalmente pelo enfermeiro, no momento da internação dos pacientes. Tal ação demonstra a gestão do cuidado por este profissional, bem como a preocupação com os aspectos éticos e legais a que a instituição terá de responder no caso da ocorrência de dano ao paciente (FIGUEIREDO; D'INNOCENZO, 2017).

A Figura 2 mostra que as fases da assistência predominantes em que ocorreram os eventos estiveram relacionadas à assistência de enfermagem com 286 (77%) dos casos; 42 (11%) ocorreram durante a prestação de cuidados tratamento e 25 (7%), cuidados de avaliação.

Figura 2 — Fases da assistência em que ocorreu o evento adverso



Fonte: Questionário de dados, 2018.

Os erros representam uma fragilidade da assistência à saúde e com consequências para pacientes, profissionais e organização hospitalar. Portanto, o enfermeiro deve ter uma visão ampliada do sistema de segurança do paciente e dos processos na tentativa de garantir a segurança e a qualidade do cuidado que está sob sua responsabilidade. Parte-se do pressuposto de que o enfermeiro pode desenvolver estratégias simples e efetivas para prevenir e reduzir riscos nesses serviços, por meio do seguimento de protocolos específicos, melhores práticas associadas às barreiras de segurança nos sistemas e à educação permanente (SIMAM; BRITO, 2016).

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), estabelecido pela Portaria nº 529/13, institui ações para a segurança do paciente nos serviços de saúde. Apesar de todos os avanços no âmbito da segurança do paciente, o erro humano é um dos fatores que se destaca. A falta de compreensão sobre o erro pode acarretar para o profissional envolvido, sentimentos de vergonha, culpa e medo, dada a forte cultura punitiva ainda existente em algumas instituições, contribuindo para a omissão dos episódios (DUARTE *et al.*, 2015).

A partir dos registros de notificação, verificou-se que, em 244 (65,9%) dos eventos, foram classificados como leve; em 100 (27,0%), nenhum dano ao paciente; 15 (4,1%), dano moderado; em seis (1,6%), dano grave; 5 (1,4%), os pacientes foram a óbito.

A Classificação Internacional de Segurança do Paciente define um incidente como um evento ou circunstância que poderia ter resultado ou resultou em dano desnecessário ao paciente, advindos de atos não intencionais ou intencionais. O incidente, quando atinge o paciente, pode ou não causar dano. Quando não causa

dano, é chamado de incidente sem dano e, quando causa, é chamado de evento adverso. Para evitar os danos leves, é necessário que o enfermeiro possa acompanhar sempre a equipe desempenhando as funções de cada um e diminuir principalmente as horas de serviço, para não ter um efeito dos eventos adversos, o cansaço (BRASIL, 2017).

4 CONCLUSÃO

A ocorrência dos incidentes pode ser minimizada com mudanças nas atitudes gerenciais e profissionais, fortalecimento da liderança e do conhecimento, melhoria no acesso, na qualidade e no uso de produtos médico-hospitalares e manutenção competente e produtiva de profissionais.

A incorporação da questão da qualidade do cuidado e da segurança dos pacientes na agenda governamental e acadêmica é fundamental, assim como a capacitação e atualização de profissionais quanto à importância do registro fidedigno e completo nos sistemas de informação em saúde. O registro deve ser estimulado junto aos profissionais, já que possibilita a implantação de medidas preventivas e, conseqüentemente, a redução de eventos adversos evitáveis.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Boletim segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde – incidentes relacionados à assistência à saúde - 2015** [internet]. Brasília (DF); 2016. 30 p. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/category/boletins-estatisticos>. Acesso em: 26 out. 2018.

ARAÚJO, Jamilly Santos *et al.* Conhecimento dos enfermeiros sobre evento adverso e os desafios para a sua notificação. **Cogitare Enfermagem**, Lagarto (PR), v. 21, n. 4, p. 01-08, 2016.

ARAÚJO, Jamilly Santos *et al.* Anvisa, Ministério da Saúde, Fiocruz. **Nota técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 01/2015**. Orientações gerais para a notificação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde. Brasília, DF. 2015. 28p

BRAGA, Luciene Muniz *et al.* Flebite e infiltração: traumas associados ao cateter venoso periférico. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, [S.l.], v. 26, n. 1, p.1-8, 17 maio 2018.

BRAGA, Luciene Muniz *et al.* Tradução e adaptação da Phlebitis Scale para a população portuguesa. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. 4, n. 11, p. 101-109, dez. 2016.

BRASIL. **Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. 2. ed. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2017. 168 p.

DUARTE, Sabrina da Costa Machado *et al.* Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.l.], v. 68, n. 1, p.144-154, fev. 2015.

FASSARELLA, Cintia Silva Fassarella; BUENO, Andressa Aline Bernardo; SOUZA, Evandro Cosme Castro de. Segurança do paciente no ambiente hospitalar: os avanços na prevenção de eventos adversos no sistema de medicação. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 1-8, 2013.

FIGUEIREDO, Mirela Lopes de; D'INNOCENZO, Maria. Eventos adversos relacionados às práticas assistenciais: uma revisão integrativa. **Enfermería Global**, Murcia, v. 16, n. 47, p. 605-650, 2017.

INFUSION NURSES SOCIETY. Infusion nursing standards of practice. **Journal of Infusion Nurses**, [S.l.],v. 29, n. 1, p. 59-60, 2006.

KRELING, Angélica; DE MAGALHÃES, Ana Maria Müller. Administração de medicamentos – carga de trabalho da equipe de enfermagem em unidade de internação clínica. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 23, n. 1, p. 1-9, 2018.

MILUTINOVIC, Dragana; SIMIN, Dragana; ZEC, Davor. Risk factor for phlebitis: a questionnaire study of nurses' perception. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, [S.l.], v. 23, n. 4, p. 677-684, 2015.

NOBRE, Alexandra Sofia Pires; MARTINS, Matilde Delmina da Silva. Prevalência de flebite da venopunção periférica: fatores associados. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. 4, n. 16, p. 127-138, 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Pesquisa de segurança do paciente**: introdutória curso - Sessão 1. O que é a segurança do paciente? [lugar desconhecido]: QUEM; 2012. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/research/online_course/en/.

PARANAGUÁ, Thatianny Tanferri de Brito *et al.* Prevalência de incidentes sem dano e eventos adversos em uma clínica cirúrgica. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 3, p.256-262, 2013.

PEREIRA, Sandra Regina Maciqueira *et al.* Causas da retirada não planejada da sonda de alimentação em terapia intensiva. **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 338-344, 2013.

SILVA, Amanda Cristina Martins Reis *et al.* A importância do núcleo de segurança do paciente: um guia para implantação em hospitais. **Revista Educação, Meio Ambiente e Saúde**, [S.l.], v. 7, n. 1, p. 87-109, mar. 2017.

SIMAN, Andréia Guerra; BRITO, Maria José Menezes. Mudanças na prática de enfermagem para melhorar a segurança do paciente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Minas Gerais, v. 37, n. 1, p.1-9, 2016.

TOFFOLETTO, Maria Cecília *et al.* Fatores relacionados à ocorrência de eventos adversos em pacientes idosos críticos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.l.], v. 69, n. 6, p.1039-1045, dez. 2016.

URBANETTO, Janete Souza *et al.* Morse Fall Scale: tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa. **Revista escola de enfermagem USP**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 569-575, 2013.