

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
CENTRO DE APOIO A EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA  
PÓLO FORMIGA

**O PROCESSO ENSINO APRENDIZAGEM DA EQUIPE DE ENFERMAGEM  
SOBRE GESTÃO DE NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS NAS  
INSTITUIÇÕES DE SAÚDE NO BRASIL**

**JOSIANE DE CARVALHO PEREIRA**

Formiga - Minas Gerais  
2012

**JOSIANE DE CARVALHO PEREIRA**

**O PROCESSO ENSINO APRENDIZAGEM DA EQUIPE DE ENFERMAGEM  
SOBRE GESTÃO DE NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS NAS  
INSTITUIÇÕES DE SAÚDE NO BRASIL**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área da Saúde: Enfermagem – CEFPEPE, da Universidade Federal de Minas Gerais

Orientador: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Selme Silqueira de Matos

Formiga - Minas Gerais  
2012

JOSIANE DE CARVALHO PEREIRA

**O PROCESSO ENSINO APRENDIZAGEM DA EQUIPE DE ENFERMAGEM  
SOBRE GESTÃO DE NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS NAS  
INSTITUIÇÕES DE SAÚDE NO BRASIL**

Monografia apresentada ao Curso de  
Especialização em Formação Pedagógica em  
Educação Profissional na Área da Saúde:  
Enfermagem – CEFPEPE, da Universidade  
Federal de Minas Gerais. Pólo Formiga

BANCA EXAMINADORA:

---

Profª Drª Selme Silqueira de Matos (Orientador)

---

Profª Drª Flávia Falci Ercole

Data de aprovação: 09 / 03 / 2012

Dedico este trabalho a todos os pacientes que foram submetidos a procedimento que resultaram em eventos adversos nas instituições de Saúde em que desenvolvi meu estágio de graduação e pós graduação, símbolo de superação e amor à Vida. A fé e coragem de cada um, em muito, superaram a minha.

Vocês contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional.

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus, pela minha vida e por propiciar condições de fazer além da graduação, um curso de pós graduação na área de Formação Pedagógica em Enfermagem.

Aos meus Pais, Luiz Gonzaga Pereira e Genilda Maria Carvalho Pereira. Meu exemplo de pais, de seres humanos e de dignidade. Por tudo isto, agradeço a Deus o privilégio de ser mais uma de seus filhos.

À Escola de Enfermagem da UFMG, que por meio do CEFPEPE coordenado pela Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Zídia Rocha Magalhães e Dr<sup>a</sup> Salete Maria de Fátima Silqueira através de um trabalho conjunto com outras instituições de ensino, vêm transformando esta escola, numa referência nacional e internacional no ensino de pós graduação à distância.

Ao Conselho Diretor, Diretoria Técnica, Gerências e Coordenações de Enfermagem e Administrativas do Hospital Felício Rocho, pelo apoio institucional, incentivo, valorização e reconhecimento da importância da Enfermagem nos processos de qualidade em uma instituição de saúde.

A minha orientadora Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Selme Silqueira de Matos e tutora Ana Carolina de Oliveira, pelas orientações, cujo saberes e exemplos de seres humanos contribuíram para minha formação pedagógica em enfermagem e que, com suas experiências e questionamentos, me permitiram aprender algo de novo todos os dias.

A minha família pela alegria em ser membro e tê-la junto a mim.

A todos os meus amigos e enfermeiras que estão compartilhando dessa mesma jornada pelo incentivo e momentos

## RESUMO

Nas instituições de saúde, a busca pela qualidade e a excelência no cuidar é incessante por parte dos profissionais que nelas atuam. Prevenir eventos adversos é um dos principais desafios e uma das metas a serem cumpridas pelos cuidadores. O presente estudo é uma revisão integrativa que teve como objetivo identificar na literatura o conhecimento produzido sobre o processo ensino aprendizagem da equipe de enfermagem sobre gestão de notificação de eventos adversos nas instituições de Saúde no Brasil. Para seleção dos artigos utilizou-se duas bases de dados: LILACS e MEDLINE. A amostra desta revisão constituiu-se de trinta e nove artigos. Após análise dos artigos incluídos na revisão, os resultados do estudo apontaram que gerenciar riscos constitui em identificar, prevenir e controlar a ocorrência de falhas, que no caso dos serviços de saúde, afetam a integridade do paciente, da equipe multidisciplinar ou da comunidade onde o serviço está inserido.

**Descritores:** Gerenciamento de risco. Iatrogenia. Equipe de Enfermagem. Qualidade. Evento Adverso. Educação Permanente.

## ABSTRACT

In the health institutions, the search for the quality and the excellency in taking care of are incessant on the part of the professionals who in them act. To prevent adverse events is one of main challenges and one of the goals to be fulfilled for the cuidadores. The present study it is a integrativa revision that had as objective To identify in literature the knowledge produced on the process education learning of the nursing team on management of notification of adverse events in the institutions of Health in Brazil. For election of articles one used two databases: LILACS and MEDLINE. The sample of this revision consisted of thirty and nine articles. After analysis of enclosed articles in the revision, the results of the study had pointed that to manage risks it constitutes in identifying, preventing and to control the occurrence of imperfections, that in the case of the health services, affect the integrity of the patient, of the team to multidiscipline or the community where the service is inserted.

**Keywords:** Management of risk. Iatrogenia. Team of Nursing. Quality. Adverse Event. Permanent Education.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	8
<b>2 OBJETIVO</b> .....	11
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO</b> .....	12
<b>4 RESULTADOS</b> .....	14
<b>5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	19
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	23
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	24
<b>APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DOS ARTIGOS SELECIONADOS</b> .....	27



## 1 INTRODUÇÃO

O gerenciamento de riscos é um dos temas mais discutidos em âmbito hospitalar nos últimos anos, uma vez que, vinculado aos processos de melhoria contínua, vem contribuindo para qualidade dos serviços prestados. O enfermeiro tem papel importante neste cenário, visto que as atividades de gestão que envolvem o trabalho da enfermagem são de sua responsabilidade, assim como os processos de capacitação e educação permanente (SANTOS; PADILHA, 2005).

Relatos de eventos adversos são de suma importância para a melhoria dos cuidados prestados e para segurança do paciente. A notificação faz com que sejam implementadas ações, diante dos eventos ocorridos, além de servir como indicadores que estabelecem metas a serem cumpridas (SANTOS; PADILHA, 2005).

Ainda de acordo com Santos e Padilha (2005), incidentes, eventos adversos, iatrogenias ou erros assistenciais são ocorrências indesejáveis, prejudiciais e danosas que comprometem a segurança do paciente. Além de danos emocionais e físicos podem ocorrer aumento no tempo de internação, sofrimento por parte do cliente, incapacidade temporária ou permanente e até mesmo a morte. As conseqüências não se limitam apenas ao paciente podendo atingir seus familiares.

As falhas estão presentes em todas as unidades hospitalares sendo maximizadas em serviços que absorvem grande demanda de pacientes com níveis variados de complexidade, dentre os quais podem ser citadas as unidades de terapia intensiva, urgência e emergência (SANTOS; PADILHA, 2005).

O setor de unidade de transplante, por sua dinâmica de atendimento e realização de atividades com pacientes imunossuprimidos, agrega fatores como o stress, o que pode desencadear ocorrências indesejáveis, com conseqüências para pacientes e profissionais envolvidos. As causas dos erros identificados estão relacionadas à sobrecarga de trabalho, desvio de atenção, falta de conhecimento, entre outros. Os erros são considerados um problema multidisciplinar, que requerem sensibilização

dos profissionais para o planejamento de metas a serem implementadas a curto, médio e longo prazo para prevenção e redução dos potenciais erros existentes no setor (OLIVEIRA; CAMARGO; CASSIANI, 2005).

Tendo em vista que os processos iatrogênicos apresentam destaque no cenário de saúde atual, houve a necessidade que estes eventos fossem gerenciados, surgindo neste panorama à gestão de risco. Define-se então por gestão de risco, cultura, estruturas e processos voltados ao reconhecimento de oportunidades potenciais concomitantemente ao gerenciamento dos seus efeitos adversos (DNV, 2011).

O estudo de erros humanos é recente e os profissionais da saúde relacionam os mesmos com vergonha, medo e punições, além de associá-los a desatenção, desmotivação e treinamento insuficiente, portanto, quando estes ocorrem há tendência em escondê-los.

No cotidiano de nossas atividades na gestão de qualidade de um hospital Filantrópico de Belo Horizonte, temos presenciado a falta de notificação de eventos adversos pela equipe de enfermagem. Este fato é justificado pelos profissionais pela falta de tempo, pela complexidade da assistência aos pacientes e principalmente pela insegurança em notificá-las alegando desconhecimento das ferramentas de qualidade disponíveis no Sistema de Informática atual.

Ao considerar que o gerenciamento de riscos e a notificação de eventos adversos são peças-chaves para o atendimento e a segurança do cliente, torna-se relevante, rever as metodologias do ensino aprendido, o nível de conhecimento da equipe e as atitudes que assumem diante dos eventos adversos e do sistema de notificação implementado. Este trabalho contribui ainda com a divulgação de informações sobre gerenciamento de risco, eventos adversos para profissionais e gestores de serviços de saúde.

O gerenciamento de eventos adversos é o tema mais discutido em âmbito hospitalar nos últimos anos e, vinculado aos processos de acreditação vem ganhando espaço dentro das unidades assistenciais de saúde contribuindo para qualidade do serviço

prestado. O enfermeiro tem papel importante neste cenário, visto que as atividades de gestão que envolvem a equipe de enfermagem são de sua responsabilidade, tais como os processos de capacitação e educação permanente.

## **2 OBJETIVO**

Identificar na literatura o conhecimento produzido sobre o processo ensino aprendizagem da equipe de enfermagem sobre gestão de notificação de eventos adversos nas instituições de Saúde no Brasil.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

Este estudo de revisão de literatura, na modalidade de revisão integrativa, foi identificado o conhecimento produzido sobre o processo ensino aprendizagem da equipe de enfermagem sobre gestão de notificação de eventos adversos nas instituições de Saúde no Brasil.

Para Mendes, Silveira e Galvão (2008) a revisão integrativa possibilita sintetizar o conhecimento referente a determinado assunto, e também aponta lacunas no conhecimento que mereçam nova investigação científica. Esta síntese é realizada mediante análise de múltiplos estudos publicados, propiciando conclusões gerais a respeito do objeto de estudo.

Para a elaboração do presente estudo as seguintes etapas foram seguidas: estabelecimento dos objetivos da revisão integrativa; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de artigos (seleção da amostra); definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados; análise dos resultados; discussão, apresentação dos resultados e da revisão (URSI; GALVÃO, 2006).

Para esta revisão integrativa, foi elaborada a seguinte questão norteadora: “Como ocorre o processo ensino aprendizagem da equipe de enfermagem sobre gestão de notificação de eventos adversos nas instituições de saúde no Brasil?”

Para a seleção dos artigos foram utilizadas duas bases de dados, a saber: LILACS e MEDILINE. Dessa forma, procurou-se ampliar o âmbito da pesquisa, minimizando possíveis vieses nessa etapa do processo de elaboração da revisão integrativa.

Os critérios de inclusão dos artigos definidos, inicialmente, para a presente revisão integrativa foram: artigos publicados em português e inglês, com os resumos disponíveis nas bases de dados selecionadas, no período compreendido entre 2001 a 2011.

Os descritores utilizados foram: Gerenciamento de risco, Iatrogenia, Equipe de Enfermagem, Qualidade, Evento Adverso, Educação Permanente.

Para a coleta de dados dos artigos que foram incluídos na revisão integrativa, foi elaborado um instrumento que contempla os seguintes itens: identificação do artigo original, características metodológicas do estudo, avaliação do rigor metodológico, das intervenções mensuradas e dos resultados encontrados.

Para a análise e posterior síntese dos artigos que atenderam aos critérios de inclusão foi utilizado um quadro sinóptico especialmente construído para esse fim, que contemplará aspectos, considerados pertinentes: nome da pesquisa; nome dos autores; intervenção estudada; resultados e recomendações/conclusões.

A apresentação dos resultados e discussão dos dados obtidos foi realizada de forma descritiva, possibilitando ao leitor a avaliação da aplicabilidade da revisão integrativa elaborada, de forma a atingir o objetivo desse método, ou seja, impactar positivamente na qualidade da prática de enfermagem, fornecendo subsídios ao enfermeiro na sua tomada de decisão cotidiana.

## 4 RESULTADOS

A apresentação dos resultados e discussão dos dados obtidos foi realizada de forma descritiva, possibilitando ao leitor a avaliação da aplicabilidade da revisão integrativa elaborada, de forma a atingir o objetivo desse método, ou seja, impactar positivamente na qualidade da prática de enfermagem, fornecendo subsídios ao enfermeiro na sua tomada de decisão cotidiana.

Neste estudo de revisão integrativa, foram analisados dos 40 artigos, nove, que atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos previamente conforme cenário apresentado a seguir.

Dos artigos incluídos neste estudo, seis são de autoria de enfermeiros, um de médicos e dois não foram identificados a categoria profissional de seus autores.

Entre os artigos avaliados quatro foram desenvolvidos em instituições hospitalares únicas e cinco de forma multicêntrica.

Sobre o tipo de delineamento dos artigos avaliados evidenciou-se na amostra, conforme quadro 1, a seguir.

**QUADRO 1**  
**Apresentação da síntese de artigos incluídos na revisão integrativa**  
 (continua)

<b>Nome do artigo</b>	<b>Autores</b>	<b>Intervenção realizada</b>	<b>Resultados</b>	<b>Recomendações</b>
Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem	Paiva et al	Implementação do instrumento de notificação de eventos adversos, Boletim de Notificação	Adesão à utilização do instrumento.	Análise sistematizada e acompanhamento dos eventos adversos associados aos recursos de comunicação
Avaliação dos eventos adversos relacionados à medicação no contexto hospitalar	Roque KE	Avaliou a ocorrência de eventos e classificou segundo gravidade do dano e caráter de evitabilidade.	A detecção de eventos adversos possibilita conhecer as falhas que ocorrem no sistema de medicação e implementar estratégias para reduzi-las	Detectar os eventos adversos ocorridos, analisá-los e propor oportunidades de melhoria.
O erro nos cuidados de enfermagem a indivíduos internados numa unidade de cuidados intensivos	Mansoa A.	Compreender o erro em enfermagem numa Unidade de Cuidados Intensivos.	Os enfermeiros dão principal relevância aos erros de execução, comunicação e violação de procedimentos.	Identificação dos erros e reflexão sobre os seus determinantes e consequências por parte dos implicados.
Prevenção e detecção de erros de medicação. Ciência, cuidado e saúde	Coimbra JAH	Conhecer as tendências da produção científica nacional publicada em bases de dados eletrônicas sobre ocorrências iatrogênicas com medicamentos	Os erros de medicação estão entre os eventos adversos que mais ocorrem durante a internação hospitalar,	Instrumentalizar os profissionais de saúde para um comportamento preventivo frente aos erros



**QUADRO 1**  
**Apresentação da síntese de artigos incluídos na revisão integrativa**  
 (continua)

<b>Nome do artigo</b>	<b>Autores</b>	<b>Intervenção realizada</b>	<b>Resultados</b>	<b>Recomendações</b>
Indicadores de resultados da assistência: análise dos eventos adversos durante a internação hospitalar	Nascimento <i>et al.</i>	Caracterizar eventos adversos (EA) nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), Semi-Intensiva (USI) e de internação (UI) quanto à natureza, tipo, dia da semana e relação funcionário/paciente no momento da ocorrência; identificar as intervenções dos enfermeiros após o evento e as taxas de EAs.	A análise por unidade, mostra particularidades. Observa-se que, na UTI e USI predominaram os EAs com sondas nasogástricas, erros de medicação e eventos com cateteres venosos centrais. Já na UI, a queda de pacientes prevaleceu seguida pelos eventos com sondas nasogástricas e erros de medicação.	A monitorização dos eventos insere-se em um contexto não punitivo, com orientação e incentivo dos profissionais para o registro voluntário de falhas, tendo como meta maior a segurança dos pacientes hospitalizados.
Gerenciamento de Risco no Processo de Assistência em Saúde	Feldman LB	Analisar a aplicação dos processos de Gerenciamento de riscos, a partir dos processos de acreditação.	Necessidade de uma mudança de cultura envolvendo os profissionais da área de saúde (clínicos e não clínicos), os pacientes e, principalmente os gestores e líderes.	Melhorar a gestão de incidentes e reduzir perdas e custos com riscos;

**QUADRO 1**  
**Apresentação da síntese de artigos incluídos na revisão integrativa**  
 (continua)

<b>Nome do artigo</b>	<b>Autores</b>	<b>Intervenção realizada</b>	<b>Resultados</b>	<b>Recomendações</b>
Erro médico em pacientes hospitalizados	Carvalho M, Vieira AA	Discutir a questão do erro médico em pacientes hospitalizados, enfocando sua conceituação, incidência, fatores predisponentes e mecanismos de prevenção. Aborda, em especial, erros e eventos adversos com drogas envolvendo recém-nascidos e pacientes pediátricos.	Estima-se que quinze por cento das internações em unidades de terapia intensiva neonatal sejam acompanhadas de erro médico. A maioria destes erros acontece durante o período noturno, e envolve administração incorreta de droga (35%) e erro na interpretação da prescrição (26%). Fatores ambientais (barulho, calor), psicológicos (tédio, ansiedade, estresse) e fisiológicos (fadiga, sono) contribuem para a ocorrência de erros.	Erros devem ser aceitos como evidência de falha no sistema, e encarados como oportunidade de revisão do processo e aprimoramento da assistência prestada ao paciente
É possível um cuidado seguro para os pacientes	Fundação Oswaldo Cruz	Conhecer possíveis falhas que prejudiquem a segurança do paciente nas instituições de saúde.	Falhas não intencionais ocorrem devido à natureza complexa do cuidado ao paciente, que envolve um grande número de intervenções e cujos aspectos nenhum profissional de saúde pode controlar.	Esse contexto de risco requer que potenciais falhas sejam antecipadas e que procedimentos preventivos de riscos aos pacientes sejam implantados

**QUADRO 1**  
**Apresentação da síntese de artigos incluídos na revisão integrativa**  
(conclusão)

<b>Nome do artigo</b>	<b>Autores</b>	<b>Intervenção realizada</b>	<b>Resultados</b>	<b>Recomendações</b>
Segurança dos pacientes, profissionais e organizações: um novo padrão de assistência à saúde	Quinto Neto A.	Apresentar algumas medidas de segurança já disponíveis e dá ênfase à aplicação do protocolo universal que previne, no caso das cirurgias/procedimentos invasivos, local errado, cirurgia/procedimento errado e paciente errado. Menciona a acreditação de organizações de saúde como uma estratégia global de redução de risco para os clientes/pacientes.	Os dados cumulativos estão a indicar o seguinte: a) que as falhas e acidentes devem ser examinados com base em sistemas e não em pessoas; b) que somente uma cultura institucional da segurança estimulará a identificação de falhas e acidentes; c) que as falhas e acidentes são comuns na assistência à saúde e prejudicam milhares de pessoas por ano; d) que o setor saúde pode aprender com as organizações de alta confiabilidade; e) que as lideranças precisam estar comprometidas com a segurança do paciente.	Substituir a cultura da culpa e castigo pela cultura da aprendizagem a partir da identificação e análise das falhas e acidentes

Fonte: Elaborado pela autora, 2011.

## 5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A assistência à saúde envolve a articulação de conhecimentos e ações que se relacionam com serviços diferentes e tipos diversos de profissionais. A existência destes vários níveis de especialização e sua interdependência colocam as instituições de saúde como ambientes de alto risco para eventos adversos e incidentes (PAIVA, S.A.R.; PAIVA, C.M.S.; BERTI, 2010).

Erros relacionados a processos que envolvem o cuidado comprometem a segurança do cliente, proporcionando a este, risco de vida, afetando diretamente a qualidade da assistência. Este tipo de conduta promove o distanciamento entre o cuidado esperado e o cuidado realizado. O cuidado deve proceder com qualidade, livre de riscos e falhas, comprometido com a segurança do cliente, promovendo a saúde sem gerar danos (ROQUE, 2009).

O erro é entendido como um termo genérico que abrange todas as ocasiões em que uma sequência planejada de atividades físicas ou mentais não consegue atingir o seu fim pretendido, e quando estas falhas não podem ser atribuídas ao acaso (MANSO, 2010).

A primeira forma de se prevenir o erro é admitir que este possa acontecer, entendendo e procurando solução para o mesmo. Deve-se lembrar que o erro é característico do ser humano e ocorre independente da vontade pessoal, capacidade profissional e atenção dispensada para o procedimento, tendo em vista que outros fatores tais como o ambiente, o psicológico e o fisiológico contribuem para sua ocorrência (COIMBRA, 2006).

Nascimento *et al.* (2008) afirma que os eventos adversos são ocorrências indesejáveis, porém previsíveis, de natureza danosa ou prejudicial que comprometem a segurança do paciente que se encontra sob os cuidados dos profissionais de saúde.

Dentre os eventos ocorridos observa-se maior incidência relacionada à inexperiência, a falta de conhecimento técnico científico, além de número insuficiente de profissionais na assistência. Nota-se que, da mesma forma que o corpo de funcionários, os recursos matriciais como planta física, materiais e equipamentos da instituição podem acarretar iatrogenias. Desta forma, o profissional de enfermagem que se encontra diretamente envolvido no cuidado, pode perceber e evitar que aconteçam erros advindos de outros profissionais (FELDMAN, 2009).

O erro pode ser enxergado através de uma visão individualizada ou sistêmica. A primeira tem como foco apresentar o indivíduo envolvido como principal “culpado” pelo erro, levando este a aguardar por uma ação punitiva, o que muitas vezes causará a inibição de futuras notificações, além de encerrar a elaboração de mecanismos de prevenção. Já a visão sistêmica tem como objetivo promover o pensamento sobre o todo, não evidenciando culpado direto pelo erro, caracterizando este evento adverso como uma falha no sistema, o que torna esta visão necessária para a criação de uma conduta de vigilância no sentido de se descobrir qual é a real origem do problema. A partir de então são criados treinamentos e orientações, ou seja, maneiras de cercar o erro fazendo com que este não volte a ocorrer (CARVALHO; VIEIRA, 2002; COIMBRA, 2006).

Durante a assistência ao paciente os erros e eventos adversos são pouco explorados e estudados. Todo evento que implica em dano ou mesmo aquele que represente dano potencial ao cliente, deve ser comunicado e relatado por meio de instrumento adequado, uma vez que em situações onde há erro e não há dano correspondente, eventos adversos não são notificados. Este fato faz crer que os eventos adversos são identificados pelos profissionais de saúde como algo não usual, banalizando assim, a sua ocorrência. Quando o erro é banalizado ou não reconhecido, a consequência direta é a subnotificação. Conseqüentemente, casos que se tornam de conhecimento público correspondem apenas à ponta de um imenso iceberg (ROQUE, 2009).

Vários estudos sobre a segurança dos pacientes têm como foco as falhas no sistema de cuidado, ou seja, falhas atribuídas à organização hospitalar. Falhas não

intencionais ocorrem devido à natureza complexa do cuidado ao paciente, que envolve um grande número de intervenções e cujos aspectos nenhum profissional de saúde pode controlar. Esse contexto de risco requer que potenciais falhas sejam antecipadas e que procedimentos preventivos de riscos aos pacientes sejam implantados (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2009).

Segundo Runciman (2002), a segurança do paciente é princípio fundamental do cuidado e componente crítico do gerenciamento da qualidade. A perspectiva de que o paciente é colocado em risco quando se encontra nos serviços de saúde não advém de dados recentes, mas de estudos realizados há cerca de 30 anos nos países desenvolvidos (QUINTO NETO, 2006).

Estudos realizados nos Estados Unidos da América (EUA) estimam que cerca de 100 mil pessoas morram nas instituições hospitalares ao ano em decorrência dos eventos adversos. Este fato evidencia uma taxa de mortalidade maior do que a atribuída aos clientes com síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), câncer de mama ou atropelamentos (KOHN *et al.*, 1999).

No Brasil, não é possível mensurar efetivamente a ocorrência dos eventos adversos devido à ausência de um banco de dados único que nos mostre o número e a análise dos fatos ocorridos, embora, existam algumas iniciativas como a Rede Sentinela da ANVISA que em parceria com os serviços de saúde brasileiros, visam construir uma sistematização preparada para notificação de eventos adversos em três categorias: tecnovigilância, hemovigilância e farmacovigilância (BRASIL, 2002).

Nesta perspectiva, pode-se citar pesquisa realizada no estado do Rio de Janeiro onde foram analisados três hospitais, evidenciando que 8 (oito) em cada 100 (cem) pacientes internados sofrem um ou mais eventos adversos, frequência semelhante àquela observada nos países desenvolvidos. Mas o mais grave é que 67% destes eventos poderiam ser evitados através de ações gerenciais. Esse estudo mostrou que o número de dias adicionais de permanência no hospital em decorrência dos eventos adversos triplicou (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2009).

Em 2004 a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou o projeto “Aliança Mundial para Segurança do paciente” que visa à prevenção de danos, sendo que um de seus elementos centrais é a ação chamada “Desafio Global”, que a cada dois anos lança um tema prioritário a ser adotado (ZAMBON, 2009).

De acordo com Quinto Neto (2006), o gerenciamento de riscos é importante, pois reduz a incidência de doenças e danos, encurta o tempo de tratamento e/ou hospitalização, melhora ou mantém o status funcional do paciente, além de aumentar sua sensação de bem-estar. Através do gerenciamento de risco, os recursos financeiros empregados no controle dos riscos são aplicados de forma racional, visto que as etapas deste gerenciamento possibilitam a seleção do que é necessário e prioritário na execução dos procedimentos de controle de risco (RALSTON; LARSON, 2005).

A prevenção dos eventos adversos constitui uma das principais metas a serem cumpridas pela equipe multiprofissional, além de ser um grande desafio atualmente enfrentado pelas instituições de saúde, tendo o profissional de enfermagem participação ativa e de destaque neste processo (FELDMAN, 2009). O gerenciamento de risco é um importante meio de prevenção de incidentes, na medida em que os riscos são mantidos dentro de níveis aceitáveis. Todavia, isto só é possível através do comprometimento de todos no cumprimento dos requisitos estabelecidos, com o rigor necessário ao êxito na garantia da segurança (RALSTON; LARSON, 2005).

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As instituições de saúde têm como princípio básico oferecer ao cliente uma assistência qualificada e segura. Ficou evidente neste estudo que o gerenciamento de risco deve fazer parte do cotidiano nas instituições de saúde.

Para que o serviço apresente melhoria contínua e efetivos resultados na prevenção da ocorrência dos eventos adversos, torna-se necessária a prática de ações educativas juntamente com a equipe multidisciplinar envolvida diretamente no cuidado. A educação permanente é necessária para construção de novas práticas em saúde e organização do serviço, tendo em vista os desafios do cenário atual.

Espera-se que esta pesquisa possa contribuir para o fortalecimento de uma cultura organizacional voltada para segurança dos pacientes, além de colaborar para criação de novas pesquisas referentes ao tema estudado.



## REFERÊNCIAS

ACADEMY – Det Norske Veritas (DNV) – Managing Risk. Apostila Gestão de Riscos na Área da Saúde. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Epidemiológica. 2002 Disponível em: URL: <http://www.anvisa.gov.br/farmacovigilancia/index>. Acesso em: 28 mai. 2011.

CARVALHO, M.; VIEIRA, A.A. Erro médico em pacientes hospitalizados. **J Pediatra do Rio Janeiro**. [online] 2002; 78 (4): 264-268. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v78n4/v78n4a04.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2011.

COIMBRA, J.A.H. Prevenção e detecção de erros de medicação. **Ciência, cuidado e saúde**, Maringá, supl. 5:142-148, 2006.

FELDMAN, L.B. Gerenciamento de Risco no Processo de Assistência em Saúde. **Revista Nursing**. ed.133 [online] 2009; Disponível em: URL: <http://www.nursing.com.br/article.php?a=601> Acesso em: 28 mai. 2011.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. É possível um cuidado seguro para os pacientes. Rio de Janeiro. 2009. Disponível em: URL: <http://www.fiocruz.br/bibsmc/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infolid=121&sid=46>. Acesso em: 21 abr. 2011.

KOHN, L.T.; CORRIGAN, J.M.; DONALDSON, M.S.; MCKAY, T.; PIKE, K.C. To err is human. **DC: National Academy Press Washington**. [online] 1999; Disponível em: URL: <http://www.iom.edu/~media/Files/Report%20Files/1999/To-Err-isHuman/To%20Err%20is%20Human%201999%20%20report%20brief.pdf>. Acesso em: 26 mai. 2011.

MANSO, A. **O erro nos cuidados de enfermagem a indivíduos internados numa unidade de cuidados intensivos** [Tese Mestrado online]. Portugal: Universidade de Nova Lisboa; 2010. Disponível em: URL: <http://www.google.com.br/url?as=t&rct=j&q=intensiva%20ana%20mansoa%20mansoa&source=web&cd=1&ved=0CCAQFjAA&url=http%3A>. Acesso em: 28 abr. 2011.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.; GALVÃO, C.M. Revisão Integrativa: método de

pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, Out-Dez; 17(4): 758-64, 2008. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf). Acesso em: 04 out. 2011.

NASCIMENTO, C.C.P.; TOFFOLETTO, M.C.; GONÇALVES, L.A.; FREITAS, W.G.; PADILHA, K.G. Indicadores de resultados da assistência: análise dos eventos adversos durante a internação hospitalar. **Rev Latino-AM. Enferm.** [online] 2008; 16(4):746-751. Disponível em: URL: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n4/pt\\_15.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n4/pt_15.pdf). Acesso em: 28 mai. 2011.

OLIVEIRA, C.R.; CAMARGO, A.E.B.; CASSIANI, S.H. Estratégias para prevenção de erros na medicação no setor de emergência. **Rev Bras Enferm.** [online] 2005; 58(4): 399-404. Disponível em: URL:[http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672005000400004](http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000400004) Acesso em: 28 mai. 2011.

PAIVA, S.A.R.; PAIVA, C.M.S.; BERTI, H.W. Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP.** [online] 2010; 44(2): 287-294. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/07.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2011.

QUINTO NETO, A. Segurança dos pacientes, profissionais e organizações: um novo padrão de assistência à saúde. **Rev Adm Saúde.** [online] 2006; 8 (33):153-158. Disponível em:URL:[http://www.cqh.org.br/files/RAS33\\_seguranca.pdf](http://www.cqh.org.br/files/RAS33_seguranca.pdf). Acesso em: 21 abr. 2011.

RALSTON, J.D.; LARSON, E.B. Crossing to safety: transforming healthcare organizations for patient safety. **J Postgrad Med.** 2005.

ROQUE, K.E. **Avaliação dos eventos adversos relacionados à medicação no contexto hospitalar** [Tese Mestrado online]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2009. Disponível em: URL: <http://www.unirio.br/propg/posgrad/strictopaginas/site%20Enfermagem/SiteENFv3/dissertacoes/dissertacoes%202009/avaliacao%20dos%20eventos%20adversos%20relacionados%20a%20medicacao%20no%20contexto%20hospitalar.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2011.

RUNCIMAN, W.B. Lessons from the Australian Patient Safety Foundation: setting up a national patient safety surveillance system--is this the right model? **Qual Saf Health Care.** 2002; 11: 246-251.

SANTOS, A.E.; PADILHA, K.G. Eventos adversos com medicação em Serviços de Emergência: condutas profissionais e sentimentos vivenciados por enfermeiros. **Rev Bras Enferm.** [online] 2005; 58(4): 429-433. Disponível em: URL:

<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n4/a09v58n4.pdf> Acesso em: 28 mai. 2011.

URSI, E.S.; GALVÃO, C.M. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 124-31. Jan. / fev. 2006.

ZAMBON, L.S. Primum Non Nocere. **Rev Medicina Net**. [online] 2009;Disponível em:URL:[http://www.medicinanet.com.br/conteudos/gerenciamento/901/introdução\\_\\_primum\\_non\\_nocere](http://www.medicinanet.com.br/conteudos/gerenciamento/901/introdução__primum_non_nocere). Acesso em: 20 abr. 2011.

**APÊNDICE A**  
**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DOS ARTIGOS SELECIONADOS**

Número do artigo:.....

Título do artigo:.....

Autores.....

.....

.....

Profissão dos autores:.....

.....

Qualificação dos autores:.....

.....

Área de atuação:.....

Local de

publicação:.....

Ano de publicação:.....

Idiomas:  Inglês  Português  Espanhol

Fonte/Base de dados:  MEDLINE  BDENF

LILACS  Base de dados teses e dissertações USP/UFMG  Scielo

PUBMED

Tipo de publicação:  artigo  tese  dissertação  monografia  livros

Tipo de delineamento:.....

Cálculo amostral:  realizado  não realizado  não citado  não se aplica

Tamanho da amostra:.....

Objetivos do estudo:.....

.....

.....

.....

Resultados:.....

.....

.....

.....

.....

Conclusões:.....

.....

.....

.....

.....

Limitações do estudo:.....

.....

.....

.....

.....

Recomendações:.....

.....

.....

Referências do artigo:.....

.....

.....

.....

.....

P436p Pereira, Josiane de Carvalho.  
O processo ensino aprendizagem da equipe de enfermagem sobre gestão de notificação de eventos adversos nas instituições de saúde do Brasil [manuscrito]. / Josiane de Carvalho Pereira. – Formiga: 2012. 27f. : il.

Orientadora: Selme Silqueira de Matos.

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem (CEFPEPE) da Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do título de Especialista.

1. Educação em Saúde. 1. Enfermagem. 2. Educação Permanente. 4. Dissertações Acadêmicas. I. Matos, Selme Silqueira. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título

NLM: WA 590