



ARTIGO ORIGINAL

Segurança na assistência de enfermagem: uma revisão integrativa¹Safety in nursing care: an integrative review¹

Emilly Monique de Lima², Teresinha Ana de Oliveira³, Cibele Leite Siqueira⁴, Angela Ferreira da Silva⁵

RESUMO

Estudo de revisão integrativa da literatura. Para a seleção dos artigos utilizou-se as bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO). Os critérios de inclusão foram: artigos em língua portuguesa do Brasil, com textos completos, dos últimos cinco anos, com foco na Enfermagem. **Resultados:** Foram encontrados 223 artigos dos quais 43 atenderam aos critérios de inclusão e constituíram a amostra. Os artigos foram agrupados por similaridade de temas e totalizaram-se quatro temas: Estratégias para a segurança do paciente, 22 artigos (51,1%), Eventos adversos 12 artigos (27,9%), Erro de medicação, seis (13,9%), Higienização das mãos três (6,9%). **Conclusão:** Os temas encontrados nesta revisão demonstraram alinhamento com as iniciativas dos governamentais, porém o tema higienização das mãos, queda de pacientes e úlcera por pressão ainda são pouco explorados considerando seu impacto na segurança do paciente e no custo da assistência.

Palavras-chaves: Cuidados de Enfermagem. Segurança. Segurança do Paciente. Assistência de Enfermagem.

ABSTRACT

Integrative review study of literature. To select the articles, we used the databases Latin American and Caribbean Health Sciences (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO). Inclusion criteria were: articles in Portuguese in Brazil, with complete texts, the past five years, focusing on nursing. **Results:** We found 223 articles of which 43 met the inclusion criteria and constituted the sample. The articles were grouped by similarity of themes and amounted to four themes: Strategies for patient safety 22 articles (51.1%), adverse events 12 articles (27.9%), medication error, six (13.9%) Clean hands three (6.9%). **Conclusion:** The themes found in this review demonstrated alignment with the initiatives of the government, but the issue handwashing, down patients and pressure ulcers are still little explored considering its impact on patient safety and cost of care.

Keywords: Nursing Care. Safety; Patient Safety ; Nursing Care .

¹Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais *campus* Poços de Caldas, Poços de Caldas, Brasil.

^{2,3}Enfermeira, graduada pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais *campus* Poços de Caldas, Poços de Caldas, Brasil.

⁴Enfermeira. Mestre e Doutoranda em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. Orientadora e Docente da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais *campus* Poços de Caldas, Poços de Caldas, Brasil.

⁵Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. Docente da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais *campus* Poços de Caldas, Poços de Caldas, Brasil.

INTRODUÇÃO

O assunto segurança do paciente vem ganhando força, dada sua repercussão na vida do paciente, impacto na família, sociedade e em especial na saúde. O termo segurança do paciente é definido como a redução a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de

A complexidade do cuidado em saúde não permite mais uma gestão em saúde que não seja profissionalizada, comprometida com a Instituições de saúde e seus colaboradores têm se empenhado nas iniciativas para se ter uma promoção da segurança do paciente e qualidade na assistência à saúde em todo o. Do mesmo modo, o tema qualidade em saúde tem sido amplamente discutido, com vistas a garantir e assegurar que o cuidado prestado proceda de forma eficiente, livre de erros e falhas e que estejam dentro dos padrões de qualidade.

Um em cada 10 pacientes podem ser prejudicados enquanto estiver hospitalizado: as estimativas mostram que em países desenvolvidos um em cada 10 pacientes é prejudicado ao receber cuidados hospitalares. O dano pode ser causado por uma variedade de erros ou eventos.

Aproximadamente 20 a 40% de todas as despesas de saúde são devido à má qualidade dos cuidados. Estudos de segurança mostram adicionais de hospitalização, custos de litígio pela falta de segurança além de benefícios econômicos quando ela está.

Várias iniciativas relacionadas à segurança do paciente têm sido implantadas, mas o marco do movimento mundial foi a publicação do relatório sobre erros relacionados com a assistência à saúde, *Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro, To err is human: building a safer health system*, em 1999².

Em 2004, a Organização Mundial de Saúde (OMS) preocupada com a situação

da saúde no mundo criou a *Word Alliance for Patient Safety* que posteriormente passou a chamar-se *Patient Safety Program* e cujos objetivos eram organizar os conceitos e definições sobre segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e mitigar os eventos.

Preocupando-se em prevenir e reduzir a incidência dos incidentes, o Ministério da Saúde (MS) criou a Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), cujo objetivo é minimizar os eventos adversos e melhorar a qualificação do cuidado em todos os estabelecimentos de saúde do Brasil¹.

Outra iniciativa do MS foi a criação da RDC Nº 36, de 25 de Julho de 2013 que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Esta resolução tem por objetivo instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de .

A enfermagem tem um papel relevante na segurança da assistência ao paciente, visto que executa inúmeros procedimentos com altos níveis de complexidade. Deste modo é uma das profissões que tem sido alvo da mídia de forma negativa, ignorando sua relevância na saúde. Esta imagem negativa é devida a erros cometidos por profissionais de enfermagem causados por diversos motivos, como falhas organizacionais, processos assistenciais equivocados, sobrecarga de tarefas, entre outros e deste modo acaba aparecendo na mídia envolvida em situações emblemáticas que a.

Considerando que “Segurança do paciente no cuidado de enfermagem” é uma das prioridades em pesquisa em enfermagem dentro dos sistemas e serviços de saúde na América considerando que a saúde ainda tem dificuldades de gerenciar os riscos inerentes à prestação da assistência e que isto tem colocado a segurança do paciente em risco e que o incremento de pesquisa em segurança do

paciente é um dos eixos norteadores do PNSP¹, torna-se relevante conhecer quais os temas têm sido estudados sobre o assunto de modo a buscar uma assistência mais segura além de contribuir com o conhecimento.

A questão norteadora para a elaboração da revisão integrativa foi: quais temas são abordados sobre segurança na assistência de enfermagem referidos na literatura nacional? Deste modo, foi traçado o seguinte objetivo: conhecer os temas veiculados na literatura nacional sobre segurança na assistência de enfermagem.

Para apreender o objeto de estudo desta revisão integrativa utilizou-se como referencial teórico, documentos publicados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP) e *World Health Organization* (WHO).

MATERIAIS E MÉTODOS

O método escolhido foi a revisão integrativa da literatura. Nele inclui análise e síntese de pesquisas de maneira sistematizada de modo a contribuir para o aprofundamento do tema investigado, auxiliar na tomada de decisão e consequentemente, na melhoria da prática clínica, com base em resultados de pesquisa. A revisão integrativa sintetiza pesquisas sobre determinada temática direcionando a prática, fundamentando-a no conhecimento.

Na construção desta revisão integrativa foram percorridas as seguintes etapas: definição do tema e elaboração da pergunta norteadora, amostragem ou busca na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão e interpretação dos resultados e apresentação da revisão..

Foi realizada uma busca dos artigos nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic

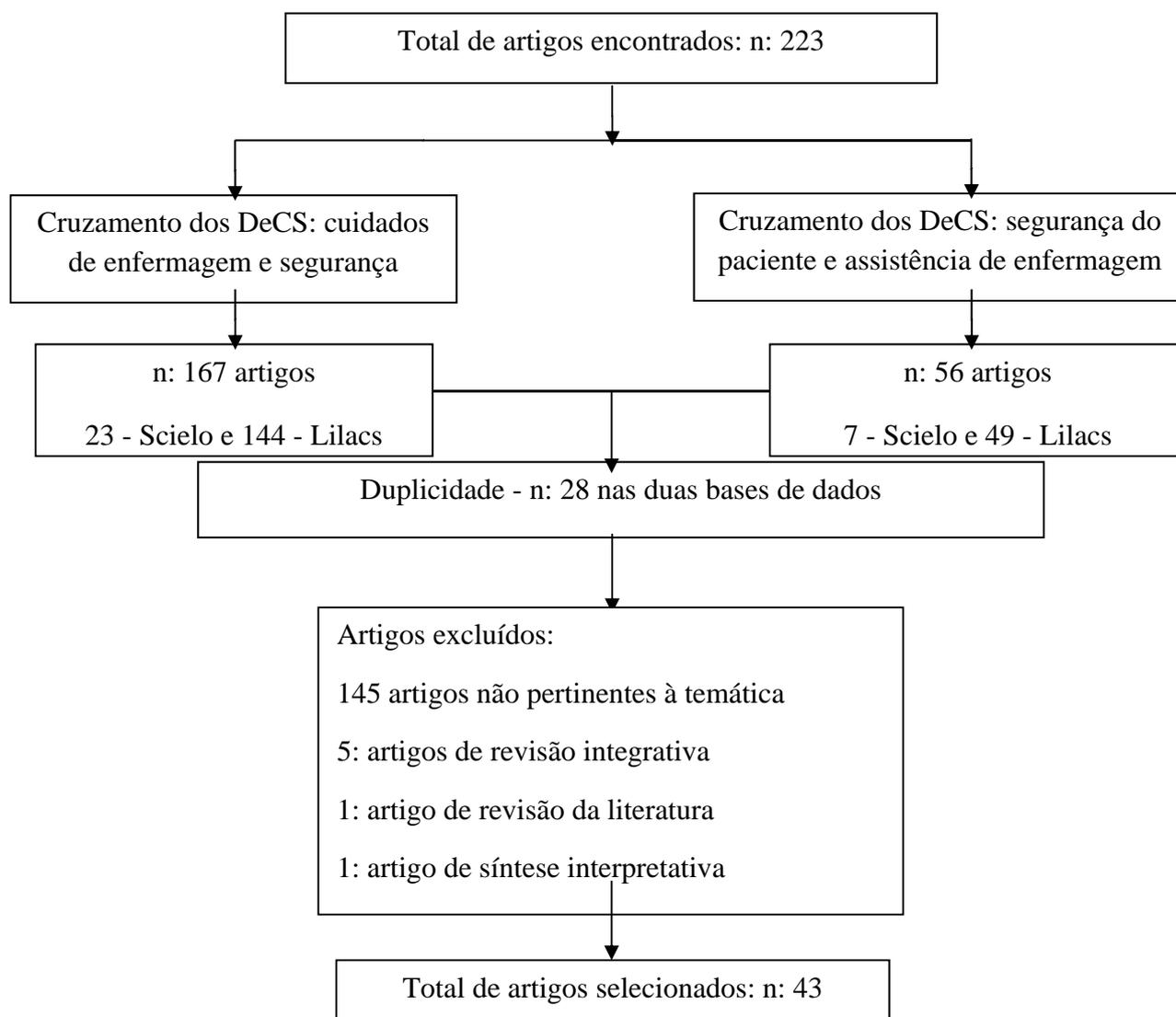
Library Online (SCIELO). Foram utilizados os seguintes Descritores em Ciência da Saúde (DECS): Cuidados de Enfermagem, Segurança, Segurança do paciente, Assistência de Enfermagem. Ressalta-se que foi utilizado o descritor sinônimo de “cuidados de enfermagem” por sua frequência nos artigos.

Utilizou-se como critérios de inclusão: artigos com texto completo, publicados em língua portuguesa, nos últimos cinco anos e com foco na enfermagem. Foram excluídos todos os artigos que não eram pertinentes ao tema da pesquisa e os de revisão integrativa. Os seguintes cruzamentos foram realizados: Cuidados de Enfermagem e Segurança e Segurança do paciente e Assistência de Enfermagem. Do primeiro cruzamento encontrou-se 167 artigos, sendo 23 na base de dados SCIELO e 144 na LILACS. No segundo cruzamento 56 artigos, sendo sete na base de dados SCIELO e 49 na LILACS.

Totalizou-se 223 artigos para análise e seleção final. Foi realizada como estratégia para seleção, a leitura do título e resumo. Quando a leitura do título e resumo não eram suficientes, procedeu-se a leitura na íntegra da publicação. Foram excluídos 145 artigos que não eram pertinentes ao tema da pesquisa ou não respondiam ao objetivo do estudo. Acrescido a estes, cinco artigos de revisão integrativa, um artigo de revisão de literatura e um artigo de síntese interpretativa também foram excluídos. Houve duplicidade de 28 artigos nas duas bases de dados consultadas. Deste modo a amostra foi composta por 43 artigos.

Para maior compreensão da estratégia de busca foi construído um fluxograma (FIGURA 1) ilustrando como se sucedeu a escolha dos artigos que compuseram a amostra desta revisão integrativa.

Figura 1: Fluxograma da busca dos artigos nas bases de dados, Poços de Caldas, 2015.



Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Para a análise dos artigos foi utilizado um instrumento validado. Foi feito o preenchimento do mesmo para cada artigo de modo a elucidar as informações contidas.

Para a visualização dos estudos que compuseram a amostra desta revisão integrativa foi elaborado um quadro (QUADRO 1).

Quadro 1: Produção científica acerca da segurança na assistência de enfermagem no período de 2010 a 2015, Poços de Caldas, 2015.

Nº	Título do artigo	Objetivo (s) do artigo	Delineamento do Estudo	Nível de evidência científica	Resultados
01	Investigação da técnica de preparo de medicamentos para administração por cateteres pela enfermagem na terapia intensiva ¹⁴ .	Identificar a forma farmacêutica dos medicamentos preparados para serem administrados por cateteres e o perfil de erros cometidos durante o preparo.	Estudo epidemiológico transversal, observacional	3b	Houve 40% de taxa de erros na administração de medicamentos Falta de utilização de conhecimentos sobre administração de medicamentos.
02	Fatores associados à infecção pelo uso do cateter central de inserção periférica em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal ¹⁵ .	Analisar os fatores associados à infecção pelo uso do PICC em RN internados em uma UTI.	Estudo epidemiológico, longitudinal e analítico	3b	Alguns EA estão relacionados a condições intrínsecas do RN ou a seu manejo. Os fatores previsores de infecção foram: RN com peso menor que 2500gr, tempo de uso em dias e realização de reparo do PICC A infecção é o evento que mais contribui para a retirada do PICC.
03	Eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva: percepção dos enfermeiros sobre a cultura não punitiva ¹⁶ .	Caracterizar os sistemas de notificação de EA Verificar a frequência dos EA e consequências para os profissionais Verificar o grau de segurança dos enfermeiros para notifica-los	Estudo de abordagem quantitativa, exploratória, descritiva	3b	70% dos enfermeiros referiram a existência de um sistema de notificação de EA. 51,4% dos enfermeiros citaram a ocorrência de EA algumas vezes e 28,6% várias vezes. 74,3% relataram punição às vezes e sempre. 49% das punições são de modo verbal. 74,3% referiu sentir-se seguro e totalmente seguro para notificar um EA. A cultura punitiva ainda prevalece nas UTIs.
04	Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem ¹⁷ .	Analisar a utilização do Boletim de Notificação de EA como meio de comunicação entre os profissionais de enfermagem e sua direção; Identificar a frequência, tipo, natureza e período dos eventos adversos e incidentes.	Estudo retrospectivo e descritivo Análise documental	3b	Adesão ao boletim de notificação de EA. Ocorrências assistenciais foram mais prevalentes. Os EA mais relatados foram: medicação, quedas, cateteres/drenos e integridade da pele. A praticidade do instrumento viabilizou sua utilização. A análise sistemática, o acompanhamento dos EA e a comunicação foram fundamentais.
05	Estratégia educacional como contribuinte ao gerenciamento de risco hospitalar: estudo quase-experimental ¹⁸ .	Associar a estratégia de sensibilização dos profissionais através de cartazes e folhetos contendo informações sobre os conceitos que estão associados à Rede Sentinela ao aumento do número de notificações.	Estudo quase-experimental	3b	Houve aumento significativo das notificações após a estratégia educacional. Estratégias educativas modificam a cultura de modo a prevenir EA e melhorar a notificação
06	Práticas assistenciais para segurança do paciente em unidade de terapia intensiva ¹⁹ .	Verificar as boas práticas assistenciais de enfermagem para segurança do paciente em UTI	Estudo longitudinal, prospectivo, correlacional	3b	Houve realização das boas práticas assistenciais, porém a mudança de decúbito, restrições de membros e identificação do circuito do ventilador mecânico aforam menos realizadas.
07	Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às praticas baseadas em evidências ³ .	Identificar e analisar estratégias para garantir a segurança do paciente na perspectiva de enfermeiros assistenciais.	Estudo com abordagem qualitativa, descritivo	3lb	Identificação dos riscos físicos, químicos, clínicos assistenciais e institucionais e barreiras. As estratégias identificadas foram: identificação dos riscos na assistência de enfermagem, incorporação de boas práticas na assistência e identificação das barreiras de segurança
08	Revelação da ocorrência de erro de medicação em unidade de cuidados intensivos pediátricos ²⁰ .	Descrever a ocorrência de comunicação do erro de medicação à equipe e família em uma unidade de cuidados intensivos pediátricos para atendimento de pacientes oncológicos.	Descritivo exploratório	3b	47,9% dos erros de medicação cometidos não são comunicados à equipe. 48,7% dos erros de medicação foram comunicados ao médico, 9% dos erros de medicação não foi informado ao paciente e família
9	Informatização da Sistematização da Assistência de Enfermagem: avanços na gestão do cuidado ²¹ .	Discutir os aspectos facilitadores e dificultadores da informatização da SAE para o gerenciamento do cuidado em enfermagem	Estudo de caso múltiplo	3b	A informatização contribui para o monitoramento das ações, tomada de decisões, otimização de registro e outros processos que impactam na segurança do paciente. Existem dificuldades no uso, manutenção e alimentação do sistema. A informatização proporcionou avanços para a gestão
10	Análise da comunicação de eventos adversos na perspectiva de enfermeiros assistenciais ²² .	Analisar o processo de comunicação de eventos adversos no contexto hospitalar, sob a perspectiva de enfermeiros assistências.	Estudo descritivo com abordagem qualitativa	3b	Existe uma subnotificação e análise inadequada dos casos. Não existe unanimidade no registro dos EA. Prevalece a cultura punitiva nas situações de EA. É necessário incentivar a comunicação de EA
Nº	Título do artigo	Objetivo (s) do artigo	Delineamento do Estudo	Nível de evidência científica	Resultados
11	Higienização das mãos e a segurança do paciente pediátrico ²³ .	Avaliar se a higienização das mãos realizada antes do preparo e da administração de medicamentos e fluidoterapia pelos profissionais de enfermagem segue o preconizado pela OMS e ANVISA.	Estudo de abordagem quantitativa, exploratório e descritivo.	3b	Baixa adesão à prática de higienização das mãos. Estrutura inadequada segundo OMS e ANVISA. Há a necessidade de capacitação e educação continuada.
12	Segurança no preparo e na Administração de medicamentos, à luz da pesquisa restaurativa em saúde ²⁴ .	Obter a visão dos profissionais da equipe de enfermagem de uma UTI do interior paulista, em relação aos aspectos existentes no processo de preparo e de administração de medicamento	Abordagem restaurativa em saúde Grupo focal	3b	O diagnóstico das dificuldades, problemas, medidas facilitadoras, conhecimento da cultura organizacional e a identificação de riscos favorecem a prevenção de erros de medicação.
13	Acessibilidade da estrutura física hospitalar para a prática da higienização das mãos ²⁵ .	Avaliar a estrutura física para a prática da higienização das mãos em um serviço de assistência à saúde hospitalar.	Estudo descritivo, observacional e transversal	3b	A infraestrutura influencia diretamente a prática da higienização das mãos
14	Segurança da criança hospitalizada na UTI: compreendendo os eventos adversos sob a ótica do acompanhante ²⁶ .	Descrever os eventos adversos identificados pelo familiar/cuidador em uma UTIP. Descrever as estratégias que podem representar a segurança/proteção da criança e família nesse cenário.	Abordagem qualitativa, exploratório, descritivo	3b	Falhas no processo de comunicação. Práticas não seguras com relação à atuação profissional. Grande parte dos EA foram relacionados à enfermagem pelo pouco conhecimento para a realização dos procedimentos. O familiar reconhece as estratégias que oferece segurança à criança.
15	Atuação das enfermeiras nos processos de educação e capacitação em informática no hospital sSriolibanês ²⁷ .	Demonstrar o quanto o suporte a informação garante a diminuição dos erros e a qualidade da assistência prestada aos pacientes.	Abordagem quanti-qualitativa Utilizou do Business Intelligence (BI)	3b	A atuação de enfermeiras na tecnologia da informação traz benefícios para as áreas assistenciais como para a área da informática.
16	O estresse de acadêmicas de enfermagem e a segurança do paciente ²⁸ .	Discutir como as implicações do cotidiano das acadêmicas de enfermagem podem interferir no cuidado seguro e na segurança do paciente.	Estudo de abordagem qualitativa, tipo estudo de caso	3b	O estresse decorrente do estágio aumenta o risco para o paciente.
17	Eventos adversos: instrumentos de avaliação do desempenho em centro cirúrgico de um hospital universitário ²⁹ .	Caracterizar os eventos adversos ocorridos em uma unidade de centro cirúrgico de um hospital universitário.	Estudo documental retrospectivo	3b	Os EA foram relacionados a organização do serviço e a assistência. Subnotificação, dificuldade de GR e falta de planejamento estratégico de prevenção de ocorrência de EA
18	Eventos adversos na clínica cirúrgica de um hospital universitário: instrumento de avaliação da qualidade ³⁰ .	Analisar os eventos adversos ocorridos na clínica cirúrgica de um hospital universitário pertencente à rede sentinela.	Estudo documental, retrospectivo	3b	Os EA mais prevalentes no noturno e foram: sondas, drenos, cateteres, tubos, quedas e evasão. Falhas na anotação da equipe de enfermagem. Há a necessidade de conscientização quanto à notificação e de práticas gerenciais não punitivas
19	Erros na administração de antibióticos em unidade de terapia intensiva de hospital de ensino ³¹ .	Verificar a ocorrência e caracterizar erros na administração de antibióticos em pacientes em terapia intensiva de um hospital de ensino.	Estudo de campo descritivo Análise documental e observação de campo	3b	87% dos erros estão no preparo. 6,2% erros de horário e 6,2% outros erros. É necessária uma visão sistêmica de prevenção e análise de ocorrências de erros de medicação.
20	Protocolo acolhimento e atenção para usuários submetidos à endoscopia digestiva alta e seus acompanhantes ³² .	Construir um protocolo de acolhimento e atendimento para usuários submetidos à Endoscopia Digestiva Alta e seus acompanhantes.	Estudo com abordagem quanti-qualitativa	4	A utilização do protocolo teve impacto positivo no processo de trabalho da equipe de enfermagem além de promover um pensamento crítico nos enfermeiros.
21	Identificação do paciente nas organizações de saúde: uma reflexão emergente ³³ .	Destacar os elementos constituintes do processo de identificação do paciente por meio de pulseira Refletir acerca da implementação	Estudo reflexivo	3b	A identificação do paciente por meio de pulseira é uma prática recomendada internacionalmente, porém faltam protocolos, execução dos mesmos e

RESULTADO E DISCUSSÃO

O período de coleta dos dados foi de agosto a outubro de 2015. Após a aplicação dos critérios de exclusão, 43 artigos foram selecionados, sendo 36 na base de dados LILACS e sete na SCIELO. A data de publicação dos artigos variou entre 2010 a 2015, sendo 2013 o ano de maior publicação com 12 artigos (27,9%).

Quanto aos níveis de evidência, houve dificuldade das pesquisadoras em identificar o tipo de estudo e seu delineamento, visto que vários descreveram de um modo genérico sem muitas informações que permitisse classificá-lo. Para a classificação do nível de evidência e o grau de recomendação foi utilizado o instrumento da Universidade de

Percebeu-se grande deficiência nos estudos quanto ao grau de evidência e recomendação. São estudos locais, com amostras intencionais, não calculadas estatisticamente, não randomizadas além de não conter nenhuma revisão sistemática ou ensaio clínico que poderiam conferir maior evidência aos estudos.

A enfermagem não dispõe de pesquisas com características necessárias para sustentar uma prática baseada em evidência. Há necessidade de maior esforço por parte dos pesquisadores, porém, a ausência de evidência de alta qualidade não impede a tomada de decisões com base.

O nível terciário abrigou 40 (93%) estudos. Os artigos cujo local de pesquisa foi referenciado, eram na maioria, hospitais de ensino 18 (41,8%), seguidos de hospitais públicos, seis (13,9%) e privados cinco (11,6%). Ressalta-se que três (6,9%) dos estudos foram realizados dentro de universidades com graduandos de enfermagem e medicina e um (2,3%) em evento científico de cuidados intensivos. Foi identificado apenas um estudo na atenção primária à saúde.

O fato de estudos terem acontecido dentro de universidades reforça as diretrizes preconizadas pelo MS que prevê a inclusão de conceitos e estratégias de segurança do paciente em todas as redes de ensino técnico, graduação e pós-graduação e também nas educações continuadas de modo a impulsionar a qualidade do cuidado tornando-o mais seguro¹.

Os periódicos de maior publicação foram as Revistas da Escola de Enfermagem da USP e Revista Ana Nery seis (13,9%) artigos cada uma, seguido da Revista Acta Paulista e Revista de Enfermagem da UERJ em número de quatro (9,3%) cada uma. Quarenta estudos (93%) foram realizados em campo, com predominância da abordagem quantitativa, seguido de estudos documentais três (7%) em prontuários, livros de anotações e fichas de notificação. Os artigos incluídos no estudo eram na maioria de autoria de enfermeiros, seguidos de enfermeiros e docentes, graduandos de enfermagem e medicina. Os demais foram de autoria de médicos e farmacêuticos, sendo apenas um cada.

Enfermeiros da prática estiveram envolvidos nos estudos, em especial os de Unidade de Terapia Intensiva (UTI). É iminente a necessidade de estudos que emergem da prática visto que estes contribuem para a identificação das principais causas de erros que envolvem a assistência.

Nos países desenvolvidos, os erros relacionados à assistência hospitalar ocorrem entre cinco a 15% das admissões hospitalares. As principais causas destes erros estão relacionadas a defeitos no sistema, ausência de barreiras de segurança eficazes e de processos padronizados, sobrecarga de trabalho e repetição de..

A segurança do paciente atualmente é um movimento mundial que exige uma linguagem internacionalmente aceita de modo a promover uma comunicação efetiva em saúde. Para que esta comunicação se efetivasse em 2009 o

Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente (PROQUALIS) traduziu 48 conceitos chave em saúde de forma a padronizar a terminologia. Tal classificação foi publicada no *International Classification for Patient Safety* e é amplamente utilizada na área de segurança do. Nesta revisão serão utilizados conceitos publicados no PROQUALIS de modo a facilitar o entendimento da temática segurança na assistência ao paciente.

Os temas encontrados nas publicações foram agrupados por similaridade de modo a facilitar a discussão. A saber: Estratégias para a segurança do paciente, 22 artigos (51,1%), Eventos adversos 12 artigos (27,9%), Erro de medicação, seis (13,9%), Higienização das mãos três (6,9%).

A cultura de segurança é conceituada pela Portaria MS/GM nº529/2013 como sendo a cultura em que todos os trabalhadores assumem a responsabilidade pela sua própria segurança, de seus colegas, pacientes e familiares. Está acima de metas financeiras e operacionais, que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução de problemas relacionados à segurança, que incentiva o aprendizado organizacional e proporciona recursos e estrutura para a efetivação da segurança¹. Segurança do Paciente é definida como um conjunto de ações voltadas à proteção do paciente contra riscos, eventos adversos e danos desnecessários durante a atenção prestada nos serviços de saúde⁴.

Cultura da segurança pode ainda ser definida como um conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde⁷.

As boas práticas de funcionamento dos serviços de saúde foi proposta pela RDC 36/2013 que visa instituir ações para

a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde⁷. Concomitantemente à publicação da RD36/2013 algumas estratégias foram propostas para a PNSP: elaboração e apoio à implementação de protocolos, guias e manuais de segurança do paciente, implementação de sistemática de vigilância e monitoramento de incidentes na assistência à saúde, com garantia de retorno às unidades notificantes, promoção da cultura de segurança com ênfase no aprendizado e aprimoramento organizacional, engajamento dos profissionais e dos pacientes na prevenção de incidentes, com ênfase em sistemas seguros, evitando-se os processos de responsabilização individual¹.

O primeiro tema abordado nesta revisão integrativa sumariza as estratégias utilizadas por profissionais de saúde para conferir segurança na prestação da assistência ao paciente.

Tema Estratégias para a segurança do paciente

Vinte e dois artigos versavam sobre estratégias para o alcance da segurança do paciente. As estratégias mais abordadas nos estudos foram: sensibilização dos profissionais, boas práticas assistenciais, identificação dos riscos, barreiras e oportunidades, informatização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), sensibilização de graduandos de enfermagem quanto à segurança do paciente, utilização de protocolos assistenciais, identificação do paciente, uso de checklist para cirurgia segura, fatores de risco para flebite, treinamento e capacitação para Cateter Venoso de Inserção Periférica (PICC), educação permanente, avaliação sistemática da qualidade da assistência, dimensionamento de pessoal e sua relação com a qualidade da assistência.

Percebeu-se um alinhamento das estratégias estudadas nos artigos desta revisão com as doze estratégias

recomendadas pela REBRAENSP: higienização das mãos, identificação do paciente, comunicação efetiva, prevenção de queda, prevenção de úlcera por pressão (UPP), administração segura de medicamentos, uso seguro de dispositivos intravenosos, procedimentos cirúrgicos seguros, administração segura de sangue e hemocomponentes, utilização segura de equipamentos, pacientes parceiros na sua segurança e formação de profissionais da saúde para a segurança do.

Assim como a REBRAENSP a RDC 63/2011 visando à garantia da segurança do paciente propôs algumas estratégias e ações: identificação do paciente, higienização das mãos, prevenção e controle de EA relacionados à assistência à saúde, mecanismos para garantir segurança cirúrgica, administração segura de medicamentos, sangue e hemocomponentes, prevenção de quedas dos pacientes e UPP, além de orientações para estimular a participação do paciente na assistência prestada⁴.

Destas estratégias a prevenção de queda, prevenção de UPP, administração segura de sangue e hemoderivados, utilização segura de equipamentos e o envolvimento do paciente na sua própria segurança não foram objetos dos estudos selecionados nesta revisão integrativa.

A flebite foi objeto de dois estudos sendo um com PICC e outro com Cateter Venoso Periférico (CVP). A flebite geralmente decorre das falhas na técnica de punção, da inadequação do cateter ao vaso ou da fixação incorreta, que permite a movimentação do cateter. Para evitar esses tipos de ocorrências a REBRAENSP propôs um manual de estratégias para segurança do paciente com instruções para a realização da técnica e as recomendações necessárias⁶⁰.

Entre as recomendações da REBRAENSP para prevenção de infecções associadas a cateteres venosos estão: realizar a técnica asséptica na inserção e manuseio de dispositivos intravenosos; avaliar o local de inserção do dispositivo

intravenoso; sempre registrar a avaliação no prontuário; Retirar o dispositivo quando houver presença de sinais de flebite ou mau funcionamento; escolher adequadamente o dispositivo intravenoso. É de extrema importância à educação permanente para instrumentalizar a equipe de saúde, incentivar a adesão aos protocolos e a medidas seguras para a inserção, a manutenção e o uso de dispositivos intravenosos⁶⁰.

A informatização da SAE e o engajamento do enfermeiro na informatização das informações recebeu atenção de dois estudos. Para que se tenha segurança e melhoria na qualidade dos serviços prestados, as instituições de saúde precisam promover estratégias para sistematizar a busca de informações que possam ser utilizadas como base na gestão de risco. A informatização da SAE traz grandes benefícios à segurança do paciente, subsidia a tomada de decisões, otimiza o registro e outros processos gerenciais, porém a manutenção e alimentação do sistema ainda parecem se interpor ao gerenciamento do cuidado²¹.

A identificação do paciente por meio de pulseira é uma prática recomendada internacionalmente, essencial para garantir a segurança e a qualidade da assistência nas instituições de saúde. A pulseira para identificação é uma prática atualmente utilizada em alguns serviços de saúde, porém, fatores culturais, organizacionais, materiais e humanos concorrem para sua não conformidade, induzindo a erros ou acarretando eventos adversos³³. Houve apenas um estudo específico sobre identificação do paciente com pulseira, porém houveram outros estudos cujos resultados apontaram para a relevância da utilização de pulseiras de identificação. A identificação do paciente é uma prática para assegurar a qualidade e segurança nos serviços de saúde. A complexidade no atendimento às necessidades de saúde exige cada dia mais que os profissionais e serviços estabeleçam práticas seguras de identificação aliadas a

identificação, é recomendada a identificação de riscos como alergias e queda por meio de pulseiras coloridas, preferencialmente com dois identificadores, de modo a alertar pacientes e trabalhadores⁶⁰.

A educação permanente ou educação continuada tem demonstrado ser um grande aliado na diminuição de EA agregando qualidade à assistência. Nos resultados dos artigos selecionados para esta revisão integrativa, observou-se que tal prática diminui os índices de EA, a ocorrência de infecções, melhora a adesão a protocolos e encoraja a notificação além de melhorar os registros em prontuários. Cabe aos profissionais de saúde que prestam atendimento a responsabilidade pelo registro em prontuário⁴.

Capacitação dos profissionais antes do início das atividades e de forma permanente em conformidade com as atividades desenvolvidas, são atribuições dos serviços de saúde. Devem ser abordados temas como conhecimento e a identificação de novos riscos potenciais à saúde, medidas de controle que minimizem a exposição aos agentes, normas e procedimentos de higiene, utilização de equipamentos de proteção coletiva, individual e vestimentas de trabalho, medidas para a prevenção de acidentes e incidentes, medidas a serem adotadas pelos trabalhadores no caso de ocorrência de acidentes e incidentes e temas específicos de acordo com a atividade desenvolvida pelo profissional⁴.

O serviço de saúde deve dispor de normas, procedimentos e rotinas técnicas escritas e atualizadas, de todos os seus processos de trabalho em local de fácil acesso a toda a equipe⁴. A WHO no documento intitulado “*10 facts on patient safety*” recomenda melhorias nos registros de segurança em cuidados de saúde. Indústrias com um risco mais elevado como a aviação e indústrias nucleares têm um histórico de segurança muito melhor do que os cuidados de saúde. Há um na possibilidade de 1.000. 000 de um viajante

ser prejudicado enquanto utiliza uma aeronave. Em comparação, há uma chance de um em 300 de um paciente ser prejudicado durante cuidados de saúde⁵.

A avaliação da qualidade da assistência por meio de indicadores, identificação de riscos potenciais e barreiras foi objeto de estudo de alguns artigos desta revisão. Percebeu-se a preocupação com a identificação dos riscos inerentes à assistência. Riscos são situações, condições ou procedimentos em que caso aconteçam podem resultar em um dano para o.. Tais riscos devem ser gerenciados pelo serviço de saúde. Gestão de risco é a aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional⁷.

A gestão de risco compreende princípios e diretrizes relacionadas à criação de cultura de segurança, execução sistemática e estruturada dos processos de gerenciamento de risco, integração com todos os processos de cuidado e articulação com os processos organizacionais dos serviços de saúde, as melhores evidências disponíveis, a inclusão, a responsabilização e a sensibilização e capacidade de reagir a mudanças¹.

Dois estudos desta revisão tiveram como objeto o protocolo sendo um para acolhimento e outro de identificação. Os protocolos são importantes aliados na segurança do paciente, pois padronizam a assistência enquanto servem como instrumento de comunicação e fonte de pesquisa. O de identificação se referia a uma das estratégias para cirurgia segura. O PNSP no seu Eixo 1 propõe o estímulo à prática assistencial segura com a utilização de protocolos básicos, definidos pela OMS. Tais protocolos exigem dos profissionais e prestadores de serviços de saúde baixo investimento com um alto impacto nos

erros e eventos adversos decorrentes da falta deles¹.

O MS, por meio do PNSP criou seis protocolos básicos para a segurança do paciente: identificar corretamente o paciente, melhorar a comunicação entre profissionais da saúde, melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos, assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimentos e pacientes corretos, higienizar as mãos para evitar infecções e reduzir o risco de quedas e UPP¹.

Apenas um estudo teve como foco a cirurgia segura²², em que foi verificada a opinião dos profissionais sobre um checklist para cirurgia segura. A entrega de cirurgia segura requer uma abordagem de trabalho em equipe. Erros de cuidados cirúrgicos contribuem para uma carga significativa da doença, apesar do fato de que 50% de complicações associadas com cuidados cirúrgicos são evitáveis⁵.

A carga de trabalho da enfermagem recebeu a atenção de três estudos e os resultados demonstraram a estreita relação entre o dimensionamento adequado de pessoal de enfermagem e a segurança do paciente. Sobrecarga de trabalho tem impacto direto no aumento dos EA. O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de.. Do mesmo modo várias resoluções amparam o enfermeiro na garantia do dimensionamento correto em especial em serviços de alta complexidade. Cabe ao enfermeiro aplicar estas legislações de forma a garantir uma assistência segura.

Apenas um estudo teve como objeto a notificação e sua relação com a sensibilização dos profissionais. As notificações são importantes mecanismos para o gerenciamento do risco na assistência à saúde. O PNSP propõe sistemas de notificação de incidentes de forma não punitiva e confidencial e um sistema de notificação de EA¹.

A notificação é uma ferramenta reativa para a gestão de risco e deve ser utilizada pelos serviços de saúde e pela gestão do Sistema Único de Saúde, devendo ser monitorizada e vigiada. Para tal, estes serviços devem desenvolver estratégias para sistematizar a busca de informações que servirão como base para a gestão do risco, melhoria da qualidade e segurança nos serviços de saúde. Qualquer trabalhador pode fazer a..

Tema Eventos adversos

O tema eventos adversos foi abordado em 12 artigos, a saber, EA associados ao PICC, EA em uma UTI, sistemas de notificação dos EA, adesão do boletim de notificação de EA, processo de comunicação de EA, EA identificados pelo familiar/cuidador em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), EA ocorridos no Centro Cirúrgico (CC), EA em pacientes cirúrgicos, prevalência de incidentes sem dado e EA em uma clínica cirúrgica, EA de medicamentos no âmbito hospitalar, EA identificados no relatório de enfermagem e alocação da equipe de enfermagem.

Evento adverso (EA) em saúde é todo incidente que resulta em dano à saúde, sendo que incidente é todo evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à saúde, já o dano é conceituado como o comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico⁷.

Com o objetivo de reduzir os riscos e mitigar os EAs, a OMS propôs dois desafios globais: reduzir a infecção associada ao cuidado em saúde por meio da higienização das mãos e promover a cirurgia segura pela adoção de uma lista de verificação antes, durante e após o ato cirúrgico⁵⁹.

Outras iniciativas da OMS têm sido incentivadas para reduzir riscos e minimizar EAs: evitar erros com medicamentos que tenham nomes e embalagens semelhantes, evitar troca de pacientes, garantir uma correta comunicação, retirar e criar mecanismos de controle de soluções eletrolíticas concentradas das áreas de internação entre outras iniciativas^{2,59}. Dentre essas iniciativas fizeram parte desta revisão os temas relacionados a erros de medicamentos, processo de comunicação dos EA entre outras iniciativas.

O maior desafio para a redução dos EA é a aceitação que a causa é multifatorial e que a equipe de enfermagem está susceptível a cometê-lo quando estão diante de processos técnicos complexos e mal planejados e, pelo fato de serem seres humanos, estão sujeitos a risco e danos aos . Em contrapartida, a detecção de EA possibilita conhecer os erros e implantar estratégias para reduzi-los⁴⁰.

Os instrumentos de notificação dos EA são de grande valia, pois avaliam a frequência, tipo, natureza e período dos eventos adversos¹⁷. No seminário estadual de Fortaleza sobre segurança do paciente, foi relatado que o sistema de notificação deve ter as seguintes etapas: tipo de incidente, consequências para o paciente, características do paciente, características do EA, fatores contribuintes, consequências organizacionais, detecção, fatores atenuantes do dano, ações de melhorias e ações para reduzir o.. Em um estudo realizado nesta mesma cidade, ficou evidente que a comunicação dos EA existe, porém ocorrem muitas subnotificações e, que ainda prevalece a cultura punitiva nas situações de EA²².

Para o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) as notificações dos EAs podem e devem ser realizadas por todos os profissionais da saúde⁶³. Um estudo recente constatou que é necessário que os profissionais da saúde sejam esclarecidos quanto à notificação, entendam que ela é uma obrigação de todos e não só realizada

pelo enfermeiro, para que haja mais participação e comprometimento de .

Em um estudo realizado em Campos do Jordão-SP, os autores relataram que as subnotificações são uma realidade, que pode ser justificada por sobrecarga de trabalho, esquecimento, não valorização, medo e vergonha¹⁶. As notificações são realizadas pelos enfermeiros, o que proporciona à equipe de enfermagem uma comunicação prática e eficaz, com exploração das situações e construção de um banco de dados sobre os riscos, que permite execução das modificações necessárias no processo de assistência, o que contribui para a gerência prevenção de futuros EA¹⁷. O enfermeiro também é responsável por detectar os interesses dos pacientes, conhecer os riscos inerentes aos processos de cirurgia a fim de alertar a equipe sobre possíveis complicações que possam ocorrer³⁸.

Os EA estão relacionados ao acesso vascular, sondas, cateteres, drenos, tubos e medicamentos^{30,48}. Em um estudo em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) do estado de São Paulo, demonstrou que os fatores de risco para a ocorrência do EAs, se dão pela carga de trabalho de enfermagem e gravidade do paciente, que vem ao encontro de outro estudo realizado na UTI de um hospital universitário, que relatou que quanto maior a diferença entre as horas disponíveis e requeridas de cuidados nas alocações de enfermagem, menor a frequência de EA⁵⁴.

Tema Erro de medicação

Sobre o tema erro de medicação, encontrou-se seis artigos (13,9%), que investigaram sobre a técnica de preparo de medicamentos para administração por cateter, pela enfermagem de terapia intensiva, revelação do erro de medicação em UTIP, segurança no preparo e administração de medicamentos, erros na administração de antibióticos em UTI, análise do sistema de medicação

(prescrição, dispensação, preparo e administração) e segurança do paciente e erros de medicação.

Erro é definido como “uma falha em executar um plano de ação como pretendido ou aplicação de um plano incorreto”. Pode ocorrer por fazer a coisa errada (erro de ação) ou por falhar em fazer a coisa certa (erro de omissão) na fase de planejamento ou na fase de execução”⁵⁹. Erro pode ainda ser definido como um evento evitável, que pode ocorrer em qualquer momento da terapia medicamentosa, causando ou não danos ao paciente⁹.

O enfermeiro é o responsável por garantir a segurança do paciente, no tocante a detecção precoce de erros, educação permanente na sua equipe, conhecimento e aprimoramento na administração de medicamentos de forma segura e ações éticas e compreensivas diante dos erros, tanto com os pacientes como com o profissional.

Nos últimos anos com a implantação de medidas para administração segura de medicamentos, houve uma diminuição de injeções inseguras de 88% (2000 a 2010). Indicadores como taxas de reutilização de dispositivos para injeção (5,5% em 2010), enquanto ganhos modestos foram feitos através da redução do número de injeções por pessoa por ano (2,88% em 2010)⁵.

No estudo realizado no Rio de Janeiro, em uma UTI, a taxa de erro na administração de medicamentos foi de 40%, de erros que ocorreram pela falta de conhecimento sobre administração de medicamentos¹⁴. Em um estudo realizado em Goiânia, os EA mais prevalentes foram relacionados ao acesso vascular (40,8%), seguido de sondas, cateteres, drenos e tubos (27,2%) e por último relacionado a medicamentos (15,5%)⁴⁸.

Em um trabalho de revisão integrativa, que investigou a ocorrência de erros na administração de medicamentos pela equipe de enfermagem, evidenciou a

importância do conhecimento técnico-científico do enfermeiro, para garantir a segurança do paciente, identificar os erros rapidamente, conhecer e aprimorar a administração de medicamentos de forma segura e, lidar eticamente frente aos erros ocasionados⁷⁰.

A segurança na administração de medicamentos é uma das estratégias da REBRAENSP que preconiza que todos os medicamentos devem ser organizados e preparados em ambiente limpo e seguro e sua manipulação deve ser precedida de higiene correta das mãos. O conhecimento da interação medicamentosa e dos nove certos (paciente certo, droga certa, caminho certo, dose certa, hora certa, documentação certa, ação certa, forma certa e resposta certa) para a medicação deve ser de conhecimento do profissional que administra a medicação assim como o envolvimento do paciente e família⁶⁰.

No estudo realizado em um hospital do Rio de Janeiro, foram observados alguns problemas relacionados ao ambiente durante a prescrição, dispensação, preparo e administração dos medicamentos, falha na checagem dos medicamentos ou mesmo na ausência e problemas de segurança relacionados ao preparo e administração dos medicamentos⁴¹. As práticas educativas tem se tornado estratégia importante na redução de erros de medicamentos^{31,45}.

Os erros de medicação são decorrentes da falta de preparo e conhecimento dos profissionais, sobrecarga e estresse devido ao ambiente de trabalho, bem como a falta de comunicação da equipe. A tecnologia nas prescrições e dispensações tem se mostrado necessárias para a redução do número de erros⁷². Um dos fatores que contribuem para o erro de medicação é a sobre carga de trabalho e a falta de atenção⁴⁵.

Grande parte dos erros de medicação não são comunicados à equipe e família²⁰, e todo erro de medicação deve ser feito através de notificação e utilizado o

Formulário de Notificação de Eventos Adversos a Medicamentos no Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária.

Higienização das mãos

Um tema de extrema importância para a segurança do paciente, que é a higienização das mãos, foi encontrado em apenas três artigos (6,9%), onde foram abordados a higienização das mãos e a segurança do paciente, acessibilidade da estrutura física hospitalar para a prática da higienização das mãos e infraestrutura e adesão à higienização das mãos.

A higienização das mãos é uma das práticas de maior relevância no cuidado à saúde e a falha nesta prática, tem estreita relação com as infecções adquiridas no ambiente hospitalar⁶⁰. O serviço de saúde deve manter as instalações físicas dos ambientes externos e internos em boas condições de conservação, segurança, organização, conforto e limpeza. O serviço de saúde deve executar ações de gerenciamento dos riscos de acidentes inerentes às atividades desenvolvidas⁴.

As infecções hospitalares afetam em média 14 a cada 100 pacientes admitidos: de cada 100 pacientes hospitalizados em um determinado momento, sete em países desenvolvidos e 10 nos países em desenvolvimento vão adquirir infecções associadas a cuidados de saúde (IACS). Centenas de milhões de pacientes são afetadas em todo o mundo a cada ano. Medidas de prevenção e controle de infecção simples e de baixo custo tais como a higiene das mãos apropriada, podem reduzir a frequência de IACS por mais de 50%⁵.

O serviço de saúde deve prover infraestrutura física, recursos humanos, equipamentos, insumos e materiais necessários à operacionalização do serviço de acordo com a demanda, modalidade de assistência prestada e a legislação vigente⁴.

A ANVISA adota as recomendações da OMS para a higienização das mãos e propõe que seja

realizada em cinco momentos: antes de contato com o paciente, antes da realização de procedimento asséptico, após risco de exposição a fluidos, após contato com o paciente e após o contato com áreas próximas ao.

Dois estudos demonstram conhecimentos sobre higienização das mãos, porém falhas associadas à prática. Os profissionais de saúde têm conhecimentos sobre a importância da higienização das mãos, porém há baixa adesão para o procedimento, e, quando é realizado, muitas vezes a técnica está incorreta, ou seja, não está de acordo com o que é preconizado pelo. Devido à falta de adesão à higienização, ações educativas como educação permanente com os profissionais da saúde, são necessárias e emergentes tanto para a segurança do paciente quanto para o próprio profissional^{23,75}.

Para se realizar uma higienização adequada é importante que a infraestrutura física e material também esteja de acordo com as normas da ANVISA. Com isso, será mais fácil o treinamento e posteriormente a fiscalização dos profissionais^{23,25,35}. O documento segurança do paciente na higienização das mãos deste órgão, traz todas as informações sobre higienização das mãos desde o contexto histórico até a prática da técnica, como deve ser a estrutura física das unidades de saúde, o material necessário para a realização da técnica e todos os passos da sua.

Lavar as mãos é um ato simples que exige água e sabonete líquido, deve ter a duração de 40 a 60 segundos e seguir os passos recomendados rigorosamente. Deve ser realizada em vários momentos do trabalho: ao iniciar e terminar o turno, quando as mãos estiverem sujas ou contaminadas, antes e após o uso do banheiro, antes e após as refeições, antes do preparo de alimentos, antes do preparo de medicamentos, antes e após o contato com o paciente, após várias aplicações de

produto alcoólico e após a remoção de luvas⁷⁶.

O envolvimento do paciente na sua própria segurança não foi objeto de nenhum estudo desta revisão integrativa embora seja comprovada sua eficácia. Para a melhoria da segurança da assistência ao paciente é imperativa a capacitação e engajamento do paciente e a comunidade. Experiência e perspectivas das pessoas são recursos valiosos para a identificação de necessidades, mensuração do progresso e avaliação dos resultados⁵.

A prevenção de quedas e a prevenção de úlceras por pressão (UPP) não foram encontradas nos artigos desta revisão. A REBRAENSP recomenda tais práticas de modo a melhorar as práticas assistenciais⁶⁰.

Sugere-se parcerias entre instituições de saúde de modo a compartilhar experiências. As parcerias entre hospitais têm sido grandes aliadas na segurança e qualidade da assistência ao paciente. O intercâmbio técnico entre os profissionais de saúde proporciona um canal para a aprendizagem de segurança do paciente bi-direcional e o co-desenvolvimento de soluções em evolução rápida dos sistemas de saúde global⁵. Desenvolver estratégias para a segurança do paciente no Brasil depende do conhecimento e do cumprimento de normas e regulamentos que regem o funcionamento dos estabelecimentos de saúde com garantia de qualidade, por monitoramento por indicadores e uma política de estímulo a utilização de protocolos e diretrizes clínicas⁶³.

Para que a segurança do paciente se efetive nos serviços de saúde torna-se imperativo o reconhecimento de que qualquer profissional de saúde, por melhor que seja, em algum momento pode errar, porque errar é humano, é um bom começo para organizar os serviços de saúde de modo a criar mecanismos para que o erro não aconteça⁶³.

Aliado a este reconhecimento seis grandes mudanças são necessárias para que

seja criada uma cultura de segurança nos ambientes organizacionais: mudar a busca de erros como falhas individuais para a compreensão de falhas no sistema, mudar um ambiente punitivo para uma cultura justa, o sigilo pela transparência, o cuidado centrado no médico para o centrado no paciente, mudar os modelos de cuidados baseados na excelência do desempenho individual e independente para um modelo de cuidado por equipe profissional interdependente, colaborativo e inter profissional e por último a mudança de prestação de contas universal e recíproca e não do topo para a base⁶³.

Ao responder a questão de estudo, as autoras identificaram que a literatura trata de segurança do paciente e não especificamente de segurança na assistência de enfermagem. Existem vários estudos cujo objeto é a segurança na assistência de enfermagem, porém as discussões usaram como referencial segurança do paciente. Tal fato pode ser atribuído a transdisciplinaridade do cuidado, a terminologia dos documentos oficiais, aliado ao modelo de sistemas e processos em que a enfermagem continuamente se articula com os demais membros da equipe sendo o erro ou o EA parte deste sistema ou processo e não um ponto da cadeia.

CONCLUSÃO

Os temas encontrados nesta revisão integrativa demonstraram alinhamento com as iniciativas governamentais nacionais e internacionais sobre segurança na assistência ao paciente e em especial na enfermagem. Embora não tenha sido identificado um descritor em ciências da saúde “segurança em enfermagem” nos cruzamentos foi possível identificar estudos em enfermagem sobre segurança do paciente.

Observou-se um *gap* na literatura com relação à higienização das mãos, prevenção de quedas e úlcera por pressão. Considerando a relevância e o impacto da

lavagem de mãos na segurança na assistência de enfermagem, conclui-se que mais estudos devam ser realizados neste tema, de modo a desvelar a não adesão a esta prática, bem como os fatores que interferem na execução da mesma. Do mesmo modo estudos sobre queda e úlcera por pressão são necessários, visto a magnitude destes eventos na vida do paciente e no custo da assistência.

Outra lacuna encontrada na literatura foi estudos na atenção primária à saúde. Embora neste nível de atenção sejam realizados procedimentos de complexidade menor, o risco ao paciente e consequentemente sua segurança ficam vulneráveis.

Sugere-se aos enfermeiros, graduandos e docentes em enfermagem o foco nas prioridades de pesquisa em enfermagem, em especial na segurança da assistência ao paciente, alinhados às metas da OMS e MS, de modo a ofertar um cuidado seguro, isento de danos e com custo-efetividade satisfatórios, além de contribuir com o avanço da ciência.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Legislação. Segurança do Paciente. Diário Oficial da União. 02 abr. 2013. [acesso em 19 nov. 2015]. Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/portaria-529>.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Boletim Informativo Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. Brasília, jan-jul, 2011, 1(1). [acesso em 16 nov. 2015]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/f72c20804863a1d88cc88d2bd5b3ccf0/B>

OLETIM+I.PDF?MOD=AJPERES [Acesso em 16 de nov de 2015]

3 - Oliveira RM, Leitão IMTA, Silva LMS, Figueiredo SV, Sampaio RL, Gondim MM. Estratégia para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. Esc Anna Nery. 2014;18(1):122-9.

4 - Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 63, de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. Diário Oficial da União, 25 nov.. 2011; Seção 1.

5 - World Health Organization. Geneva University Hospitals 10 facts on patient safety. June 2014. Genova: WHO, 2015. [acesso em 17 Nov. 2015]. Disponível em: http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/patient_safety_facts/en/. [Acesso em 17 de nov de 2015]

6 - World Health Organization. World alliance for patient safety: forward programme. Genebra: WHO, 2005.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 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, 2013. [acesso em 21 nov. 2016]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.pdf.

8 - Conselho Regional de Enfermagem (São Paulo) Câmara de Apoio Técnico. Soluções para a segurança do paciente. São Paulo, SP: COREn-SP, 2010. [acesso em 17 nov. 2015]. Disponível em: inter.coren.sp.gov.br/.../solucoes_para_a_seguranca_do_paciente.pdf.

9 - Cassiani SHB, Garcia AB, Reveiz L. Acesso universal à saúde e cobertura universal de saúde: identificação de

prioridades de pesquisa em enfermagem na América Latina. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Forthcoming, 2015;:1-14.

10 - Galvão CM, Sawada NO, Trevizan MA. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. Rev Latino-Am Enfermagem. 2004; 12(3):549-56.

11 - Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Rev. Einstein, 2010;8(1 Pt1):102-6.

12 - Mendes, KDS, Silveira, RCCP, Galvão, CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm, out./dez. 2008;17(4):758-64.

13 - Ursi ES. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. (Dissertação de Mestrado). Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 2005.

14 - Lisboa CD, Silva LD, Matos GC. Investigação da técnica de preparo de medicamentos para administração por cateteres pela enfermagem na terapia intensiva. Rev Esc Enferm USP. 2013;47(1):53-60.

15 - Duarte ED, Pimenta AM, Silva BCN, Paula CM. Fatores associados à infecção pelo uso do cateter central de inserção periférica em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Rev Esc Enferm USP. 2013; 47(3):547-54.

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

17 - Paiva MCMS, Paiva SARP, Berti HW. Eventos adversos: análise de um

instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2010; 44(2):287-94

18 - Silva RFA, Filho RDB, Santos M, Nascimento MAL. Estratégia educacional como contribuinte ao gerenciamento de risco hospitalar: estudo quase-experimental. Online Braz J Nurs. 2011; 10(1):1-8.

19 - Barbosa TP, Oliveira GAA, Lopes MNA, Poletti NAA, Beccaria LM. Práticas assistenciais para a segurança do paciente em unidade de terapia intensiva. Acta Paul Enferm. 2014; 27(3):243-8.

20 - Belela ASC, Peterlini MAS, Pedreira MLG. Revelação da ocorrência de erro de medicação em unidade de cuidados intensivos pediátricos. Rev Bras Ter Intensiva. 2010; 22(3):257-63.

21 - Ribeiro JC, Ruoff AB, Baptista CLBM. Informatização da sistematização da assistência de enfermagem: avanços na gestão do cuidado. J. Health Inform. 2014; 6(3):75-80.

22 - Leitão IMTA, Oliveira RM, Leite SS, Sobral MC, Figueiredo SV, Cadete MC. Análise da comunicação de eventos adversos na perspectiva de enfermeiros assistências. Rev Rene. 2013;14(6):1073-83.

23 - Silva FM, Porto TP, Rocha PK, Lessmann JC, Cabral PFA, Schneider KKK. Higienização das mãos e a segurança do paciente pediátrico. Cien Enferm 2013; (2):99-109.

24 - Gimenes FRE, Cassiani SHB. Segurança no preparo e na administração de medicamentos, à luz da pesquisa restaurativa em saúde. Rev Min Enferm. 2013; 17(4):966-74.

25 - Prado MF, Hartmann TPS, Filho LAT. Acessibilidade da estrutura física

- hospitalar para a prática da higienização das mãos. *Esc Anna Nery*. 2013;17(2):220-226.
- 26 - Silva T, Pedro ENR. Segurança da criança hospitalizada na UTI: compreendendo os eventos adversos sob a ótica do acompanhante. *Rev Eletr Enferm*. 2012; 14(2):337-44.
- 27 - Oliveira GE, Gonçalves PB, Amaral PG, Gonçalves PB. Atuação das enfermeiras nos processos de educação e capacitação em informática no hospital Sírio-Libanês. *J. Health Inform*. 2012; 4(Especial Parte II):189-94.
- 28 - Santos VEP, Radunz V. O estresse de acadêmicas de enfermagem e a segurança do paciente. *Rev Enferm UERJ*. 2011; 19(4):616-20.
- 29 - Souza LP, Bezerra ALQ, Silva AEBC, Carneiro FS, Paranaguá TTB, Lemos LF. Eventos adversos: instrumentos de avaliação do desempenho em centro cirúrgico de um hospital universitário. *Rev Enferm UERJ*. 2011;19(1):127-33.
- 30 - Carneiro FS, Bezerra ALQ, Silva AEBC, Souza LP, Paranaguá TTB, Branquinho NCSS. Eventos adversos na clínica cirúrgica de um hospital universitário: instrumento de avaliação da qualidade. *Rev Enferm UERJ*. 2011;19(2):204-11.
- 31 - Rodrigues MCS, Oliveira LC. Erros na administração de antibióticos em unidade de terapia intensiva de hospital de ensino. *Rev Eletr Enf*. 2010;12(3):511-19.
- 32 - Selhrost ISB, Bub MBC, Girondi. Protocolo de atenção para usuário submetidos a endoscopia digestiva e seus acompanhantes. *Rev Bras Enferm*. 2014;67(4):575-80.
- 33 - Tase TH, Lourenção DCA, Bianchini SM, Tronchin MR. Identificação do paciente nas organizações de saúde: uma reflexão emergente. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013; 34(2):196-200.
- 34 - Pancine AP, Santos BP, Ávila MAG, Braga EM. Checklist de cirurgia segura: análise da segurança e comunicação das equipes de um hospital escola. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013; 34(1):71-8.
- 35 - Bathke J, Cunico PA, Maziero ECS, Cauduro FLF, Sarquis LMM, Cruz EDA. Infraestrutura e a adesão à higienização das mãos: desafio à segurança do paciente *Rev Gaúcha Enferm*. 2013;34(2):78-85.
- 36 - Jacinto AKL, Avelar AFM, Wilson AMMM, Pedreira MLJ. Flebite associada a cateteres intravenosos periféricos em criança: estudo de fatores predisponentes. *Esc Anna Nery*. 2014;18(2):220-26.
- 37 - Yoshikawa JM, Souza BEC, Peterline MAS, Kusahara DM, Pedreira MLG, Avelar AFM. Compreensão de alunos de cursos em enfermagem e medicina sobre segurança do paciente. *Acta Paul Enferm*. 2013;26(1):21-9.
- 38 - Bohomol E, Tartali JA. Eventos adversos em pacientes cirúrgicos: conhecimento dos profissionais de enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2013;26(4):376-81.
- 39 - Paranaguá TTB, Bezerra ALQ, Silva AEBC, Filho FMA. Prevalência de incidentes sem dano e eventos adversos em uma clínica cirúrgica. *Acta Paul Enferm*. 2013; 26(3):256-62.
- 40 - Roque KE, Melo ECP. Avaliação dos eventos adversos e medicamentos no contexto hospitalar. *Esc Anna Nery*. 2012;16(1):121-7.
- 41 - Oliveira RB, Melo ECP. O sistema de medicação em hospital especializado no município do rio de janeiro. *Esc Anna Nery*. 2011;15(3):480-9.

- 42 - Silva TC, Mazzo A, Santos RCR, Jorge BM, Junior VDS, Mendes IAC. Consequências do uso de fraldas descartáveis em pacientes adultos: implicações par assistência de enfermagem. *Aquichan*. 2015;15(1):21-30.
- 43 - Barbosa MTSR, Alves VH, Rodrigues ADP, Branco MBLR, Souza RMP, Marques VCA. Indicadores de qualidade na assistência de terapia intravenosa em um hospital universitário: uma contribuição da enfermagem. *Rev Pesq Cuidado é fundamental Online*. 2015;7(2):2277-86.
- 44 - Silva MM, Curty BIC, Duarte SCM, Zepeda KGM. Gestão de segurança em enfermaria de onco- hematologia pediátrica. *Rev Rene*. 2014;15(6):915-24.
- 45 - Dias J, Mekaro KS, Tibes CMS, Mascarenhas SHZ. Compreensão de enfermeiros sobre segurança do pacientes e erros de medicação. *Rev Min Enfem*. 2014;18(4):886-73.
- 46 - Xavier T, Silva MF, Frias TFP. A visita pós-operatória como estratégia da qualidade da assistência de enfermagem no transoperatório. *Rev Pesq Cuidado é fundamental Online*. 2014;6(30):1139-51.
- 47 - Souza RFF, Silva LD. Estudo exploratório das iniciativas acerca da segurança do paciente em hospital do rio de janeiro. *Rev Enferm UERJ*. 2014;22(1):22-8.
- 48 - Rocha JP, Silva AEBC, Bezerra ALQ, Souza MRG, Moreira IA. Eventos adversos: identificação nos relatórios de enfermagem em uma clínica pediátrica. *Ciênm Enferm* 2014;(2):53-63.
- 49 - Padilha EF, Matsuda LM. Qualidade dos cuidados de enfermagem em terapia intensiva por meio de auditoria operacional. *Rev Bras Enferm*. 2011;64(4):684-91.
- 50 - Luzia MF, Almeida MA, Lucena Af. Mapeamento de cuidados de enfermagem para incidentes com risco de quedas na nursing interventions classification. *Rev Esc Enferm*. 2014;48(4):632-9.
- 51 - Tomazoni A, Rocha PK, Kusahara DM, Souza AIJ, Macedo TR. Avaliação da cultura do paciente em terapia intensiva neonatal. *Texto Contexto Enfem*. 2015;24:(1)161-9.
- 52 - Magalhães AMM, Dall’Agnol CM, Marck PB. Carga de trabalho da equipe de enfermagem e segurança do paciente estudo com método misto na abordagem ecológica e restaurativa. *Rev Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto*, 2013;21:(Spec).
- 53 - Novaretti MCZ, Santos EV, Quitério LM, Gallotti RMD. Sobrecarga de trabalho da enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internos em UTI. *Rev Bras Enferm*. 2014;67(5):692-9.
- 54 - Gonçalves, LA, Andolhe R, Oliveira EM, Barbosa RL, Faro ACM, Galotti RMD, Padilha KG. Alocação da equipe de enfermagem e ocorrência de eventos adversos/incidentes em unidade de terapia intensiva. *Rev Esc. Enferm USP*. 2012; 46(Esp):71-7.
- 55 - Quadrado ERS, Tronchin DMR. Avaliação do protocolo de identificação do neonato de um hospital privado. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2014; 20(4)
- 56 - Phillips B, Ball C, Sackett D et al. Oxford centre for evidence-based medicine levels of evidence grades of recommendation (April 2001). Disponível em <http://ceb.m.jr2.ox.ac.uk/docs/levels4.html> Acesso em: 26 nov 2015.

57 - Cruz DALM, Pimenta CAM. Prática baseada em evidências, aplicada ao raciocínio diagnóstico. Rev. Latino-Am Enfermagem. 2005;13(3): 415-22. [acesso em 27 nov 2015]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n3/v13n3a17.pdf>.

58 - Torelly SEM, Santos HB. Eventos adversos: por que temos que notificar? Porto Alegre: Hospital das Clínicas [online]; jun 2014;(2). [acesso em 17 nov 2015]. Disponível em <http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/BOLETIM%20QUALIS%20n%C2%BA2%20junho%20de%202014.pdf> >.

Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente Taxonomia: Classificação Internacional para a Segurança do Paciente (ICPS) . Rio de Janeiro, RJ: PROQUALIS, 2010. [acesso em 17 nov 2015]. Disponível em <http://proqualis.net/aula/taxonomia-classifica%C3%A7%C3%A3o-internacional-para-seguran%C3%A7a-do-pacienteicps>

60 - Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. Estratégias para a segurança do paciente: manual para profissionais de saúde. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013. 132p. [acesso em 16 nov 2015]. Disponível em: http://www.rebraensp.com.br/pdf/manual_seguranca_paciente.pdf.

61 - Silva T, Pedro ENR. Segurança da criança hospitalizada na UTI: compreendendo os eventos adversos sob a ótica do acompanhante. Rev Eletrônica de Enferm. 2012;14(2):337-44.

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 293 de 21 de setembro de 2004. Fixa e Estabelece Parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas Unidades Assistenciais das Instituições de Saúde e Assemelhadas. Brasília: COFEN, 2015.

[acesso em 21 nov. 2015]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-2932004_4329.html.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: MS, 2014. [acesso em 16 nov. 2015]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf.42p.

64 - World Health Organization. World alliance for patient safety: first global patient safety challenge: clean care is safer care. Genebra: WHO, 2006.

65 - World Health Organization. World alliance for patient safety: the second global patient safety challenge: safe surgery saves lives. Genebra: WHO, 2008.

66 - World Health Organization. Global patient safety challenge: world alliance for patient safety. Genebra: WHO, 2005. [acesso em 18 Nov. 2015]. Disponível em http://www.who.int/patientsafety/events/05/GPSC_Launch_ENGLISH_FINAL.pdf

67 - Silva AEBC. Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em Enfermagem. Rev Eletr Enf. [online] 2010;12(3):422. [acesso em 13 nov 15]. Disponível em <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.11885>

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. A regulamentação como instrumento para a segurança do paciente. Brasília: ANVISA, 2014. [acesso em 18 nov. 2015]. Disponível em: <http://www.saude.ce.gov.br/index.php/downloads/category/100-seguranca-do-trabalho>

69 - Paiva MCMS, Popim RC, Melleiro MM, Tronchim DMR, Lima SAM, Juliani CMM. Motivos da equipe de enfermagem para a notificação de eventos adversos. Rev Latino-Am Enfer. [online]

2014 set- out; 22(5):747-54. [acesso em 15 maio 2015]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n5/pt_0104-1169-rlae-22-05-00747.pdf

70 - Nascimento VF, Rosa TFL, Lemes AG. Ocorrência de erros na administração de medicamentos pelas equipes de enfermagem. *Rev Eletr Gestão & Saúde*. 2015;6(1):116-51.

71 - Rocha FSR, Lima CA, Torres MR, Gonçalves RPF. Tipos e causas de erros no processo de medicação na prática assistencial da equipe de enfermagem. *RevUnimontes Científica*. Montes Claros. jan./jun. 2015;17(1):76-86.

72 - Franco da Silva E, de Faveri F, Lorenzini L. Erro de medicação no exercício da enfermagem: uma revisão integrativa. *Rev Enfermaria Global*. 2014;13(34):338-45.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota técnica conjunta GGMON/GGTES nº 02/2015. Brasília: ANVISA, 2015. [acesso em 23 nov. 2015]. Disponível em <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/alertas/item/nota-tecnica-conjunta-n-02-2015>.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Os 5 momentos para a higienização das mãos. Brasília: ANVISA, 2015. [acesso em 17 nov. 2015]. Disponível em <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/higienize-suasmaos/produtos/5momentosA3.pdf>.

75 - Primo MGB, Ribeiro LCM, Figueiredo LFS, Sírigo SCA, Souza MA. Adesão à prática de higienização das mãos por profissionais da saúde de um Hospital Universitário. *Rev. Eletr Enf [online]* 2010; 12(2): 266-71. [acesso em 19 nov 2015].

Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/vrnza06.htm>.doi:10.5216/ee.v1242.7656.

76 -Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do paciente: higienização das mãos. Brasília: ANVISA, 2009. [acesso em 17 nov 2015]. Disponível em http://www.anvisa.gov.br/servicosade/manuais/paciente_hig_maos.pdf. Acesso em:

Recebido em: 30/11/2015

Aceito em: 02/05/2016

Correspondência

Cibele Leite Siqueira

Docente da Pontifícia Universidade

Católica de Minas Gerais *campus* Poços de Caldas, Poços de Caldas, Brasil.