

Artigo

CONHECIMENTO E POSICIONAMENTO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM FRENTE À OCORRÊNCIA DE EVENTOS ADVERSOS

KNOWLEDGE AND POSITIONING OF NURSING PROFESSIONALS IN THE FACE OF ADVERSE EVENTS

Ivna Helena Machado Figueiredo¹
Maria Cláudia Tavares de Mattos²
Maria Pontes de Aguiar Campos³

RESUMO – objetivo: avaliar o conhecimento e atuação de profissionais de enfermagem frente a ocorrência de eventos adversos. **Método:** descritivo, com abordagem qualitativa. A coleta de dados foi realizada através de entrevista semiestruturada, entre os meses de janeiro a março de 2018 em um hospital público de grande porte do estado de Sergipe. A amostra foi composta por 25 profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) que atuam em diversos setores do hospital. Os dados foram submetidos a análise de conteúdo. **Resultados:** foi evidenciado que os profissionais entrevistados possuem conhecimento sobre o que é evento adverso, porém só comunicam a ocorrência quando estes geram um dano grave ao paciente. A comunicação, quando existe, é através da informação ao gestor imediato, não existindo protocolos ou instrumentos específicos para notificação. **Conclusão:** o estudo demonstrou que embora os profissionais demonstrem conhecimento sobre eventos adversos, a comunicação e notificação dos mesmos é falha devido à falta de orientações, treinamentos e protocolos específicos. Faz-se necessário o investimento em capacitação, educação permanente e criação de uma política institucional segura, que motive e incentive a notificação dos

¹ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe. Aracaju, SE, Brasil. E-mail: ivnahelena@hotmail.com

² Enfermeira. Professora titular do Departamento de Enfermagem e Nutrição da Universidade Federal de Sergipe. Aracaju, SE, Brasil. E-mail: mctm@ufs.br

³ Enfermeira. Professora titular do Departamento de Enfermagem e Nutrição da Universidade Federal de Sergipe. Aracaju, SE, Brasil. E-mail: mapacampos@gmail.com



Artigo

eventos adversos, e assim contribuam para melhoria na qualidade e segurança dos pacientes.

Palavras-chave: Evento Adverso. Segurança do Paciente. Enfermagem. Notificação.

ABSTRACT - Objective: To evaluate the knowledge and performance of nursing professionals before the occurrence of adverse events. **Method:** Descriptive, with qualitative approach. The data collection was conducted through a semi-structured interview, between the months of January and March in 2018 in a large scale public hospital in the state of Sergipe. The sample was composed by 25 nursing professionals (nurses, technicians and nursing assistants) who perform in diverse hospital sectors. Data were submitted to a content analysis. **Results:** It was highlighted that the interviewed professionals have knowledge about what adverse event is, however they only communicate the occurrence when patients have already been seriously damaged. The communication, when it exists, is made through information to the immediate supervisor, not existing protocols or specific instruments to notification. **Conclusion:** the study proved that although professionals show knowledge towards adverse events, their communication and notification are fail due to the lack of directions, training and specific protocols. It is necessary to invest in qualification, permanent education and the creation of a secure institutional policy, which motivates and incentivates the notification of adverse events, and this way, contribute to improvement in quality and patients' security.

Keywords: Adverse Event. Patient's Security. Nursery. Notification.

INTRODUÇÃO

As instituições de saúde têm como objetivo a prestação de assistência à população na prevenção de doenças, tratamento, recuperação e reabilitação dos indivíduos. Entretanto, mesmo nos melhores serviços, falhas e erros são passíveis de acontecer, levando a ocorrência de eventos adversos (GONZÁLEZ-SAMARTINO *et al.*, 2018)

No contexto da segurança do paciente, evento adverso pode ser definido como um incidente que resulta em dano desnecessário ao paciente, decorrente de um erro, associado



Artigo

à assistência prestada, e não com a evolução natural da doença do cliente (ZAMBON, 2014).

Segundo dados do II Anuário da Segurança Assistencial Hospitalar no Brasil de 2018, os eventos adversos em hospitais correspondem a segunda causa de morte mais comum no Brasil, ficando atrás apenas dos óbitos por doenças cardiovasculares.

A alta complexidade dos serviços de saúde, a incorporação de novas tecnologias, o dimensionamento inadequado dos profissionais de enfermagem, a sobrecarga de trabalho, carga horária excessiva, são alguns dos fatores apontados como causa dos eventos adversos na maioria das instituições de saúde do Brasil (OLIVEIRA *et al.*, 2014)

No mundo, ocorrem anualmente 421 milhões de internações hospitalares e 42,7 milhões de eventos adversos. Nos Estados Unidos, esses eventos somam 400 mil óbitos por ano e na América Latina, 10 a cada 100 pacientes sofrem algum evento adverso em serviços de saúde hospitalares (JHA *et al.*, 2013; ALVES, SANTOS, DANTAS, 2015).

A notificação de eventos adversos no Brasil tornou-se obrigatória no ano de 2013, com o lançamento do Programa Nacional de Segurança do Paciente, criado pelo Ministério da Saúde com o objetivo principal de contribuir para a qualificação do cuidado à saúde em todos os estabelecimentos do território nacional. Apesar disso, no período de 2006 a 2014 foram notificados no Brasil apenas 8.435 eventos relacionados à assistência à saúde, destes, 941 foram notificados na Região Nordeste (BRASIL, 2014; NOTIVISA, 2014).

Apesar de muitos esforços e avanços no âmbito da segurança do paciente, as notificações e taxas de ocorrência de eventos adversos podem estar subestimadas, de modo a não relatar a real dimensão do problema e os danos causados. Tal fato pode estar atrelado a falta de conhecimento dos profissionais de saúde na identificação dos eventos, medo de punições ao relatar os casos, vergonha, receio de processos judiciais, entre outros (LEITÃO *et al.*, 2013; FRANÇOLIN *et al.*, 2015).

Nesse sentido, é notória a necessidade de criação de uma cultura de segurança nas instituições hospitalares, substituindo as ações punitivas por ações educativas. Dessa forma, podem ser desenvolvidas estratégias de controle que antecipem e previnam a ocorrência de danos, contribuindo na melhoria da qualidade do atendimento (ARAÚJO *et al.*, 2016).

O interesse pelo tema surgiu pela vivência profissional em hospital público de grande porte, onde são presenciados eventos adversos que, por muitas vezes, são negligenciados e não notificados. O estudo é relevante dada a atual discussão mundial



Artigo

sobre segurança do paciente, sendo necessário identificar o conhecimento e ações da equipe de enfermagem sobre evento adverso e suas ações diante da sua ocorrência, sendo este o objetivo do estudo.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de natureza exploratória, com abordagem qualitativa e descritiva, realizado em um hospital público de emergência no estado de Sergipe, considerado a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) para os casos de alta complexidade.

A amostra foi composta por 25 profissionais de enfermagem, sendo seis auxiliares de enfermagem, nove técnicos e dez enfermeiros que exercem suas atividades no internamento clínico, cirúrgico e oncológico, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e pronto-socorro. O fechamento amostral se deu pela saturação de dados, uma vez que as informações fornecidas por novos participantes pouco acrescentariam ao material já obtido, não mais contribuindo significativamente na reflexão teórica fundamentada nos dados coletados.

Foram incluídos no estudo profissionais de enfermagem que prestavam assistência direta aos pacientes e que possuíam mais de seis meses de trabalho na instituição, tempo considerado suficiente para o conhecimento dos protocolos institucionais.

A coleta de dados aconteceu entre os meses de janeiro a março de 2018 através de uma entrevista semiestruturada composta pelas perguntas: 1ª Qual o seu conhecimento sobre evento adverso? 2ª Na sua prática, você sendo autor ou tendo presenciado a ocorrência de um evento adverso, qual a sua ação ou encaminhamento? 3ª Em sua opinião, quais aspectos levariam o profissional a não comunicar a ocorrência de um evento adverso? 4ª Quais as dificuldades encontradas para a notificação de eventos adversos?

A análise qualitativa dos dados se deu através da análise de conteúdo de Bardin, seguindo três momentos distintos: foi realizada uma leitura de contato dos dados coletados após transcrição das falas, em seguida foram realizadas várias leituras do mesmo material, visando maior aprofundamento das informações e, posteriormente, foram selecionadas e classificadas duas unidades de significados: conhecimento sobre



Artigo

eventos adversos e posicionamento dos profissionais de enfermagem diante da ocorrência de eventos adversos.

Os relatos dos entrevistados foram transcritos em documento do Microsoft Word para formar o corpus de análise, sendo identificados pela letra E (de enfermeiro), A (de auxiliar de enfermagem) e T (de técnico de enfermagem), seguido de um número cardinal, conforme a sequência das entrevistas.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe (protocolo CAE 79079717.1.00005546).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussões foram agrupados em três categorias: caracterização dos entrevistados, conhecimento sobre eventos adversos e posicionamento dos profissionais de enfermagem diante da ocorrência de eventos adversos.

Caracterização dos entrevistados

O estudo foi realizado com 25 (100%) profissionais de enfermagem, sendo 10 (40%) enfermeiros, 9 (36%) técnicos de enfermagem e 6 (24%) auxiliares de enfermagem. O predomínio dos enfermeiros se deu em razão deste ter sido o profissional que mais se disponibilizou a participar da pesquisa.

Em relação a faixa etária, a análise revelou predomínio dos participantes na faixa etária dos 30-40 anos (55%), estando os demais (45%) acima dos 40 anos. O predomínio de participantes com idade inferior a 40 anos está alinhado com dados do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) que, em pesquisa sobre o perfil da enfermagem no Brasil, apontou que, no estado de Sergipe, a equipe de enfermagem é composta por 61,7% de profissionais com idade até 40 anos (COFEN, 2018).

Em relação ao sexo, houve predomínio do feminino (93%), o que também é compatível com os dados nacionais, que demonstram que 85,1% da equipe de enfermagem no Brasil é formada por mulheres (COFEN, 2018). O predomínio de mulheres nesta categoria profissional pode ser justificado pela trajetória histórica do surgimento do ofício e pelo modelo de enfermagem implantado no Brasil, no século XX, restringindo o ingresso à profissão as mulheres, embora seja perceptível um movimento



Artigo

em relação a inserção de homens na profissão nos últimos anos (MACHADO, VIEIRA, OLIVEIRA, 2012).

Quanto ao tempo de serviço na instituição, 69% dos profissionais trabalham no local entre cinco a dez anos, 12% entre 10 a 15 anos e o restante (19%) a mais de 15 anos. A concentração de profissionais com menos de dez anos na instituição pode estar relacionada a realização do último concurso público, ocorrido no ano de 2012, que absorveu uma grande quantidade de profissionais para cobrir as deficiências ocasionados por aposentadorias, pedidos de exoneração, licenças, entre outros.

Sobre a distribuição dos profissionais por unidades produtivas, 60% exercem suas atividades nos internamentos clínico, cirúrgico e oncológico, 25% na UTI e 15% no pronto-socorro.

Quanto ao turno de trabalho, 38% são do turno da manhã, 35% trabalham no turno da tarde e 27% no turno da noite, distribuídos em três plantões distintos.

Conhecimento sobre eventos adversos

Nesta categoria foi identificado o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre evento adverso onde, no contexto da segurança do paciente, eles podem ser definidos como resultados negativos em saúde, incidentes ou circunstâncias que podem ocasionar danos aos pacientes, sendo estes compreendidos como comprometimento da estrutura ou função do corpo ou qualquer efeito dele oriundo (FEREZIN *et al.*, 2017).

Embora estudos de Araújo *et al.* (2016) e Franzon (2016) evidenciem que muitos profissionais de enfermagem possuem conhecimento insatisfatório ou insuficiente sobre o que é um evento adverso, fato que colabora para uma percepção desfavorável à cultura de segurança, o estudo em questão encontrou que os profissionais entrevistados possuem o conhecimento do conceito de evento adverso. *Entendo que evento adverso é um erro cometido pela equipe que causou algo no paciente. Algo que digo, entenda, uma sequela (E8). É um dano gerado ao paciente durante a assistência (E6). Tudo aquilo que não pode acontecer com o paciente durante a assistência (T6). Algo que pode gerar um mal ao paciente (T7). Acho que é erro né? Alguma coisa que fizemos errado no paciente (A6).*

Estes resultados corroboram com estudo realizado por Paiva *et al.* (2014), que elucidou que os profissionais reconhecem o termo evento adverso de forma correta, como algo que gera consequências indesejáveis para os pacientes durante o processo de internação hospitalar.



Artigo

Como pode-se observar, os participantes fazem afirmações pertinentes em relação ao assunto, demonstrando entendimento do tema referente ao conceito de evento adverso, como colocado nas falas a seguir. *Uma complicação decorrente da assistência ao paciente, que pode estar relacionada à enfermagem ou a outros profissionais (E2); É quando acontece algo que não estava previsto para acontecer com o paciente (A1); É um dano que aconteceu com o paciente e poderia ter sido evitado pela equipe (E10).*

Alguns profissionais, principalmente os auxiliares de enfermagem, não apresentaram em suas falas o conceito de evento adverso, porém deram exemplos que demonstram o conhecimento. *Evento adverso é uma flebite, queda que venha a ocorrer com o paciente (A14). É queda do paciente no hospital, alguma medicação que foi dada errada ao paciente (A5). Flebite, queda, quando o paciente arranca a sonda, medicação errada...essas coisas que não eram para acontecer e acabam acontecendo (A8).*

Como exemplificados pelos profissionais, Duarte *et al.* (2015) demonstrou que eventos adversos relacionados ao preparo e administração de medicamentos, quedas, flebites, infecções, entre outros, são os mais prevalentes em hospitais, sendo o erro de medicação o de maior frequência e possivelmente o de maior subnotificação (PEDROSA, COUTO, 2014).

Percebe-se, portanto, nos discursos, o conhecimento dos profissionais sobre os eventos adversos e suas consequências, fato que contribui como importante, uma vez que a identificação dos eventos pode ser considerada o primeiro passo para a sua comunicação efetiva (LEITÃO *et al.*, 2013).

Nesse sentido, mesmo com o conhecimento sobre o assunto, é importante e necessário o investimento contínuo em qualificação profissional, para que os danos já conhecidos possam ser prevenidos e para que a assistência de enfermagem contribua na segurança do paciente (FRANÇOLIN *et al.*, 2015).

Posicionamento dos profissionais diante da ocorrência de eventos adversos

O posicionamento dos profissionais frente à ocorrência de eventos adversos pode variar de acordo com a cultura da organização, ou seja, como a instituição trabalha a ocorrência de danos e quais as suas estratégias para estimular as notificações (DUARTE *et al.*, 2015).

Por muito tempo, várias instituições trabalhavam a cultura da punição, onde o funcionário que cometia um erro era suspenso, demitido, humilhado, entre outras sanções,



Artigo

o que fazia com que esses erros fossem encobertos, subnotificados ou negligenciado pelos profissionais, que sentem dificuldade em externar seus erros temendo um castigo ou incompreensão social, contribuindo para a omissão dos episódios (DUARTE *et al.*, 2015; MAIA *et al.*, 2018).

Segundo Paiva *et al* (2014), a punição de profissionais considerados culpados pela ocorrência de eventos adversos não tem contribuído para diminuir a frequência de sua ocorrência e nem para elaboração de planos de ação preventivos e eficazes. Ao contrário, induzem a subnotificação e dificultam a implementação de ações que levem à prevenção de danos.

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído pela portaria 529/13, tornou obrigatória a notificação de eventos adversos em todas as instituições de saúde no Brasil, porém ainda encontramos muita subnotificação, como explicado por Maia *et al* (2018), pelo fato de muitas instituições hospitalares ainda trabalharem com a cultura punitiva e pela vigilância dos eventos adversos no Brasil ser recente. Dessa forma, principalmente nas regiões que estão fora do eixo sul-sudeste brasileiro, os resultados divulgados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) apontam para a baixa quantidade ou mesmo para a inexistência de registros, mesmo após cinco anos da obrigatoriedade das notificações (NOTIVISA, 2014).

Estudo de revisão sistemática, realizado por Duarte *et al.* (2015), demonstrou que a maioria dos profissionais de enfermagem comunicam os eventos adversos, independente das consequências. Porém, nesse estudo, quando perguntados sobre o seu posicionamento diante da ocorrência de eventos adversos, os auxiliares e técnicos entrevistados nesta pesquisa, informaram que comunicam o fato ao enfermeiro somente quando o erro gera uma consequência ao paciente. *Quando a coisa é séria, procuro a enfermeira para passar o caso e ela toma as providências (A5). Primeiro eu tento resolver, se não conseguir, comunico a enfermeira (T3). Se for alguma coisa grave, chamo a enfermeira e passo para ela (T7). Se for alguma coisa muito grave, eu falo pro enfermeiro. Se não, resolvo e pronto, não precisa fazer alarde (T1).*

Isso demonstra que os eventos adversos mais simples, que não geraram alguma sequela para o paciente, são subnotificados e a comunicação é negligenciada por parte dos profissionais, demonstrando a despreocupação com a segurança dos pacientes.

Leitão *et al.* (2013) encontrou resultado semelhante, ao explicar que pelo fato de alguns eventos adversos não comprometerem a vida dos pacientes, muitas vezes os profissionais só registram os casos mais graves. Tal fato também foi evidenciado em



Artigo

outros estudos que relatam que a comunicação dos eventos adversos varia em função do seu grau de severidade (GONZÁLEZ-SAMARTINO *et al.*, 2018).

Em relação aos enfermeiros entrevistados, grande parte informou que busca a resolução do problema e passa o acontecido para a coordenação ou gerência de enfermagem. *Eu tento resolver o problema imediatamente e comunico à coordenação (E6). Primeiro vejo o que aconteceu com o paciente pra tentar resolver e depois passo para a gerência para tomar as medidas necessárias (E7). Comunico ao meu gerente (E9).*

Tal posicionamento acontece pois os enfermeiros transferem a responsabilidade dos registros dos eventos adversos para a coordenação ou gerência de enfermagem pois acreditam que são deles esta responsabilidade para uma resolução mais rápida e eficaz das causas e consequências (LEITÃO *et al.*, 2013).

Leitão *et al* (2013) ressalva ainda que a identificação e comunicação dos eventos adversos devem ser transversais, devendo todos os membros da equipe ser sensibilizados para notificar e traçar estratégias para redução dos danos. Dessa forma, é necessário um trabalho de conscientização e maior envolvimento da equipe de saúde, traçando planos de ação para a prevenção de outros episódios.

A comunicação dos eventos adversos é essencial na melhoria da qualidade dos serviços de saúde e o profissional tem total responsabilidade na comunicação e registro das suas ações, como preconizado pelo Código de Ética Profissional de Enfermagem. Os casos devem ser registrados em prontuário e notificados em sistemas de notificação robustos e eficazes, garantindo a prevenção de novas ocorrências e fortalecendo a cultura da qualidade, no sentido de evitar erros, implementar medidas de segurança e contribuir com informações adicionais sobre os eventos e o seu impacto na segurança do paciente (FASSINI, HAHN, 2012).

A falta de comunicação e a falta de registros do posicionamento da equipe de enfermagem diante dos eventos adversos que acontecem no seu processo e cotidiano de trabalho significa ausência de raciocínio crítico e dificulta a discussão e melhoria das práticas de enfermagem, aumentando os riscos para os pacientes (OLIVEIRA *et al.*, 2014).

Entretanto, a falta de protocolos institucionais específicos, a falta de treinamentos e orientações, são fatores que dificultam a comunicação e notificação, como demonstrado nas falas dos profissionais deste estudo quando perguntados sobre as dificuldades encontradas na notificação de eventos adversos. *Eu não sei como notificar, a não ser anotar no prontuário (T2). Não notifico porque não vejo nenhuma facilidade, ninguém*



Artigo

toma providência de nada (T4). Vejo muita dificuldade pois estou aqui a 14 anos e nunca recebi nenhuma orientação. Cada um age como acha que deve fazer e acabou (T9). Faltam protocolos, não existe nenhuma orientação específica sobre isso (E3). Falta de orientação, de protocolos, nunca vi ninguém ser treinado sobre isso aqui (E6).

Diante desses relatos é necessário a implementação de protocolos institucionais que facilitem o processo de notificação de eventos adversos, contribuindo para uma melhor investigação e gerenciamento destes casos. Além disso, um registro adequado de eventos adversos torna-se fonte de dados para a sua análise e um indicador de qualidade importante para segurança do paciente (LEITÃO *et al.*, 2013; DUARTE *et al.*, 2015).

Segundo Leitão *et al.* (2013), a notificação de eventos torna-se uma medida preventiva de erros na medida em que os identificam e investigam, contribuindo para que as falhas não voltem a acontecer. Dessa forma, é imprescindível o investimento em ações de educação permanente que permitam uma maior reflexão sobre o assunto e a valorização da notificação como peça fundamental na qualidade dos serviços e segurança do paciente. Assim, a notificação voluntária, realizada por profissionais de saúde, tem sido a estratégia mais utilizada mundialmente para a coleta de informações sobre o tema, contribuindo para a melhoria na qualidade dos processos assistenciais (CASSIANI, 2000).

CONCLUSÃO

Conclui-se que, embora os profissionais de enfermagem conheçam o que é um evento adverso, ainda existem falhas em relação as ações diante da ocorrência dos mesmos, principalmente no que se refere ao processo de notificação.

Os achados revelam que os Técnicos e Auxiliares de Enfermagem somente comunicam aos Enfermeiros os eventos adversos que geram algum dano grave ao paciente, no entanto, em relação à categoria Enfermeiro essa busca a resolução do problema, para em seguida comunicar o ocorrido à coordenação de enfermagem, embora, a comunicação dos eventos seja realizada, de maneira informal.

Evidenciou-se ainda que a não existência de treinamentos específicos ou protocolos institucionais dificultam o processo e não permitam que todos os profissionais se tornem responsáveis pela notificação e participação na condução dos casos.



Artigo

Conclui-se que é urgente a implantação de medidas educativas e criação de um sistema de notificação, embasado em protocolos institucionais, que respalde e estimule os profissionais a notificar a ocorrência de todo e qualquer evento adverso, para que medidas de prevenção sejam adotadas, evitando novos danos aos pacientes.

Como limitação do estudo, tem-se o fato da amostra ter sido composta por profissionais de apenas um serviço hospitalar. Contudo, permite que seja comparado com a percepção de profissionais de outros serviços de saúde sobre o assunto.

REFERÊNCIAS

ALVES, Kisna Yasmin Andrade; SANTOS, Viviane Euzébia Pereira; DANTAS, Cilene Nunes. A análise do conceito segurança do paciente: a visão evolucionária de Rodgers. **Aquichan**, Colombia, v. 15, n. 4, p.521-8, 1 nov. 2015.

ARAUJO, Jamilly Santos *et al.* Conhecimento dos enfermeiros sobre evento adverso e os desafios para a sua notificação. **Cogitare Enfermagem**, [s.l.], v. 21, n. 4, p.1-8, 30 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Fundação Oswaldo Cruz. Brasília, 2014 **Documento referência para o programa nacional de segurança do paciente**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf>. Acesso em 02 de junho de 2018.

CASSIANI, Silvia Helena de Bortoli. Erros na medicação: estratégias de prevenção. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 53, n. 3, p.424-30, set. 2000.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - COFEN. **Pesquisa Perfil da enfermagem no Brasil**. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/>>. Acesso em: 20 out. 2018.



Artigo

DUARTE, Sabrina da Costa Machado *et al.* Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 68, n. 1, p.144-54, fev. 2015.

FASSINI, Patricia; HAHN, Giselda Veronice. Riscos à segurança do paciente em unidade de internação hospitalar: concepções da equipe de enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [s.l.], v. 2, n. 2, p.290-9, 14 ago. 2012.

FEREZIN, Tatiana Paula Miguelaci *et al.* Análise da notificação de eventos adversos em hospitais acreditados. **Cogitare Enfermagem**, [s.l.], v. 22, n. 2, p.e49644, 31 maio 2017.

FRANÇOLIN, Lucilena *et al.* Gerenciamento da segurança do paciente sob a ótica dos enfermeiros. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [s.l.], v. 49, n. 2, p.277-83, abr. 2015.

FRANZON, Joseila Cristina. **Notificação de incidentes e/ou eventos adversos em pediatria**: estratégia para segurança do paciente. 2016. 149 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Programa de Pós-graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

JHA, Ashish K *et al.* The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. **BMJ Quality & Safety**, [s.l.], v. 22, n. 10, p.809-15, 18 set. 2013.

LEITÃO, Ilse Maria Tigre de Arruda *et al.* Análise da comunicação de eventos adversos na perspectiva de enfermeiros assistenciais. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, [s.l.], v. 14, n. 6, p.1073-83, nov. 2013.

MACHADO, Maria Helena; VIEIRA, Ana Luiza Stiebler; OLIVEIRA, Eliane. Construindo o perfil da enfermagem. **Enfermagem em Foco**, v. 3, n. 3, p.119-22, 2012.



Artigo

MAIA, Christiane Santiago *et al.* Notificações de eventos adversos relacionados com a assistência à saúde que levaram a óbitos no Brasil, 2014-2016. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s.l.], v. 27, n. 2, p.e2017320, maio 2018.

NOTIVISA. **Relatório de notificações de eventos adversos, intoxicações e queixas técnicas por UF. Agência Nacional de Vigilância Sanitária**, 2014. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/notivisa/uf_notificacao.html> Acesso em 2 de março de 2018.

OLIVEIRA, Roberta Meneses *et al.* Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, [s.l.], v. 18, n. 1, p.122-9, 2014.

PAIVA, Miriam Cristina Marques da Silva de *et al.* Motivos da equipe de enfermagem para a notificação de eventos adversos. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 22, n. 5, p.747-54, out. 2014.

PEDROSA, Tania Moreira Grillo; COUTO, Renato Camargos. Erros e eventos adversos na assistência médico-hospitalar. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 24, n. 2, p.216-22, 2014.

GONZÁLEZ-SAMARTINO, Maribel *et al.* Precisión y exhaustividad del registro de eventos adversos mediante una terminología de interfase. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [s.l.], v. 52, p.e03306, 16 abr. 2018.

ZAMBON, Lucas Santos. **Segurança do paciente em terapia intensiva: caracterização de eventos adversos em pacientes críticos, avaliação de sua relação com mortalidade e identificação de fatores de risco para sua ocorrência**. 2014. 237 f. Tese (Doutorado) – Ciências Médicas, Faculdade de Medicina, São Paulo, 2014.

