

# EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS À ASSISTÊNCIA EM SERVIÇOS DE SAÚDE: UM DESAFIO PARA SEGURANÇA DO PACIENTE

Alzenir Maria de Jesus<sup>1</sup>

Caroline Reis Morais<sup>2</sup>

Hendyara Oliveira Carvalho Almeida<sup>3</sup>

Enfermagem



**cadernos de  
graduação**

ciências biológicas e da saúde

ISSN IMPRESSO 1980-1769

ISSN ELETRÔNICO 2316-3151

## RESUMO

Trata-se de um estudo que objetiva identificar publicações científicas que ajudem a compreender a ocorrência dos eventos adversos com ênfase na notificação e prevenção destes durante a assistência em serviços de saúde, destacando a segurança do paciente. Por meio de uma revisão integrativa realizada com uma busca eletrônica de artigos em bancos de dados como Biblioteca Virtual, SciELO, LILACS e MEDLINE, abrangendo o período de 2013 a 2018. Foi feito um levantamento de 468 publicações, com uma redução para 180 após os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. Em seguida realizou-se uma análise crítica totalizando 19 amostras. Por este estudo foi possível identificar os principais eventos adversos e suas causas, destacando-se a necessidade da sua notificação como principal método para minimizar a recorrência das falhas que ocorrem durante os procedimentos realizados pelos profissionais de saúde.

## PALAVRAS-CHAVE

Enfermagem. Segurança do Paciente. Cuidados de Enfermagem.

## ABSTRACT

This is a study that aims to identify scientific publications that help to understand the occurrence of adverse events with an emphasis on notification and prevention of these during assistance in health services, highlighting patient safety. Through an integrative review conducted with an electronic search for articles in databases such as Virtual Library, SciELO, LILACS and MEDLINE, covering the period from 2013 to 2018. A survey of 468 publications was made, with a reduction to 180 after the criteria inclusion and exclusion criteria. Then, a critical analysis was performed, totaling 19 samples. Through this study it was possible to identify the main adverse events and their causes, highlighting the need for their notification as the main method to minimize the recurrence of failures that occur during procedures performed by health professionals.

## KEYWORDS

Nursing. Patient Safety. Nursing Care.

## 1 INTRODUÇÃO

O serviço de saúde é o estabelecimento destinado a prestação de assistência à população na prevenção de doenças, no tratamento, na recuperação e na reabilitação do indivíduo. Entretanto, mesmo nas melhores instituições os pacientes são passíveis de Eventos Adversos (EA). Acredita-se que, nos Estados Unidos da América (EUA) um em cada três pacientes internados sofrem danos evitáveis durante a assistência, danos que podem variar desde objetos esquecidos no corpo durante cirurgias ao risco de morte por Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) (BRASIL, 2013).

De acordo com a Classificação Internacional para a Segurança do Paciente (ICPS), os eventos adversos podem ser definidos como lesão ou dano não intencional provocado pela equipe de saúde, que resultem em inaptidão ou disfunção, momentânea ou definitiva, podendo prolongar o tempo de internação ou até mesmo ocasionar a morte como consequência do cuidado prestado (SIMAN, 2016). Ou seja, os eventos adversos podem ocorrer em decorrência de erros no processo de prestação da assistência e representam dano ao paciente que está associado a uma falha ou condição que viola normas e padrões (AGUIAR, 2015).

Foi publicado, visando a segurança do paciente, o relatório do *Institute of Medicine* (IOM), *To err is Human: Building a Safer Health Care System*, na década de 1990. Este estudo foi realizado em várias instituições de saúde dos EUA e levantou várias discussões sobre a segurança dos cuidados entregues aos pacientes. Essa publicação demonstrou a alta incidência de eventos adversos nas instituições hospitalares, passando a ser inegável a necessidade que existe de repensar nos modelos assistenciais utilizados para garantir a segurança durante todo processo hospitalar (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

A partir desse relatório, a Organização Mundial da Saúde (OMS) também publicou, em 2004, durante a 57<sup>a</sup> Assembleia Mundial da Saúde a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, com o objetivo de coordenar programas voltados para a segurança do paciente, fomentando ações para promover uma cultura de segurança. O Brasil, por ser um Estado-membro da OMS, em 2013, criou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) para desenvolver ações que qualificam o cuidado em saúde e estimulam a cultura de segurança nas instituições de saúde (PAIXÃO, 2017).

Como estratégia para melhoria da qualidade do cuidado a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, tencionando a diminuição de risco e eventos adversos criou seis Metas Internacionais de Segurança do Paciente (MISP), que são: Identificar os pacientes corretamente; Melhorar comunicação entre as equipes de profissionais; Aperfeiçoar a segurança de medicamentos de alta vigilância; Assegurar cirurgias com local de intervenção, procedimento e paciente corretos; Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde e Reduzir o risco de lesões ao paciente decorrentes de quedas (AGUIAR, 2017).

Diante deste contexto, essa revisão levantou a seguinte questão norteadora: "Quais são as estratégias desenvolvidas para prevenção de eventos adversos e a importância de sua notificação como indicador para a segurança do paciente?".

O presente estudo justifica-se pela necessidade de realizar pesquisas que possam desvelar aspectos acerca dos eventos adversos, pois o risco de morte por erro durante a assistência ou o risco de EA ainda é alto e o objetivo do presente estudo é identificar publicações científicas que ajudem a compreender a ocorrência dos eventos adversos com ênfase na notificação e prevenção destes durante a assistência em serviços de saúde, destacando a importância da segurança do paciente. E como objetivos específicos: Apontar quais os eventos adversos mais comuns durante a assistência de saúde; reconhecer as principais causas desses eventos na assistência; compreender o posicionamento dos profissionais de enfermagem frente ao evento adverso; Ressaltar a importância da notificação de eventos adversos.

## 2 METODOLOGIA

Optou-se pela realização de uma revisão integrativa de literatura, tendo em vista que esse método de pesquisa tem a finalidade de sintetizar múltiplos estudos publicados, indicar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas por meio de novas pesquisas e possibilitar conclusões gerais a respeito de uma área de estudo em peculiar, gerando novos conhecimentos pautados nos resultados apresentados pelas pesquisas anteriores (SOARES, 2014).

Conforme Soares e colaboradores (2014) para a construção da revisão integrativa é preciso percorrer seis etapas distintas, sendo elas: definição do tema e a formulação da hipótese ou questão norteadora; busca nas bases de dados estabelecendo os critérios de inclusão e exclusão; definição das informações extraídas dos estudos; avaliação crítica dos estudos; interpretação e síntese dos resultados na pesquisa; apresentação da revisão.

A busca eletrônica aconteceu nos bancos de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Adotou-se como critérios de inclusão do estudo: Artigos originais nos idiomas português, inglês e espanhol, publicados no período de 2013 a 2018. Os critérios de exclusão foram: Artigos que não possuam versão completa disponível e que estivesse disponível apenas para assinantes, cartilhas e teses.

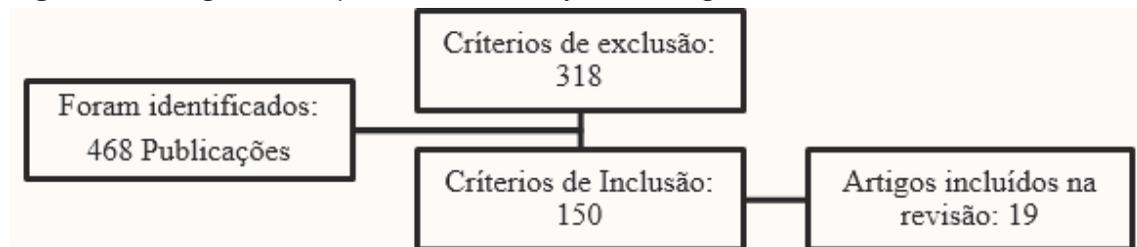
Os descritores utilizados da Biblioteca Virtual em Saúde (Decs) foram: Enfermagem (Nursing), Segurança do paciente (Patient Safety), Cuidados de Enfermagem (Nursing Care). O marcador booleano utilizado em cada cruzamento foi o AND.

Com base nos dados obtidos foi possível elaborar as categorias: Eventos adversos durante assistência em serviços de saúde e o posicionamento dos profissionais; e principais causas dos eventos adversos na assistência e a interface com a sua notificação.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Nesta revisão integrativa foram levantados quatrocentas e sessenta e oito (468) publicações, sendo reduzida para cento e cinquenta (150) após os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos durante a seleção. Em seguida foi realizada uma análise crítica totalizando um final de dezenove (19) amostras que foram organizadas em um diagrama.

**Figura 1** – Diagrama do processo de seleção de artigos



Fonte: Elaborado pelas autoras (2018).

A síntese dos dados extraídos é apresentada por meio de um quadro sinóptico, reunindo-se ao conhecimento produzido sobre o tema investigado no presente estudo. Logo, os resultados e as análises das publicações como, autor, título, ano e ideia central são expostos no Quadro 1.

Quadro 1 – Distribuição da produção científica caracterizada como, estratégias para prevenção de eventos adversos e sua interface com a segurança do paciente, segundo caracterização da publicação, com ano, título, autor e ideia central

| ANO  | TÍTULO  | AUTOR                    | IDEIA CENTRAL   |
|------|---|--------------------------|---|
| 2013 | A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde um olhar sobre a literatura  | REIS, <i>et al.</i>      | Verifica-se que a investigação sobre a segurança do paciente ainda não possui o benefício de ter suas abordagens bem estabelecidas e que múltiplas barreiras e desafios precisam ser enfrentados.   |
| 2014 | Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI | NOVARETTI, <i>et al.</i> | A ocorrência de eventos adversos foram atribuídas à sobrecarga de trabalho, aumento do número de dias de internação e risco de óbito dos pacientes estudados. É fundamental que se atue na gestão de pessoas, evitando a sobrecarga de trabalho e aumentando a segurança do paciente. |
| 2013 | Improving patient safety: how and why incidences occur in nursing care                              | TOFOLOTTO, <i>et al.</i> | Na análise, constatou-se que os pontos vulneráveis do sistema são em sua maioria responsáveis pela ocorrência de incidentes. A análise da causa raiz permite identificar pontos vulneráveis e previne falhas do sistema.  |
| 2014 | Causes for the underreporting of adverse drug events by health professionals: a systematic review   | VARALLO, <i>et al.</i>   | As principais causas relacionadas à subnotificação observadas foram: a ignorância, a insegurança e a indiferença.   |
| 2014 | Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem                                   | SOARES, <i>et al.</i>    | A Revisão Integrativa é compreendida como um tipo de revisão de natureza complexa, que demanda métodos normatizados e sistemáticos para garantir o necessário rigor requerido na pesquisa científica e a legitimidade das evidências estabelecidas.                                   |
| 2014 | Patient safety management from the perspective of nurses.   | FRANÇOLIN, <i>et al.</i> | O medo dos funcionários da punição por suas falhas, e a subnotificação de eventos foram os aspectos da maior fraqueza encontrada no estudo. Por isso, as instituições devem concentrar-se nas políticas organizacionais estimulando a notificação e a uma cultura não punitiva.       |

| ANO  | TÍTULO   | AUTOR                  | IDEIA CENTRAL   |
|------|--|------------------------|---|
| 2015 | Notificações espontâneas de eventos adversos a medicamentos hospitalares: Estudo piloto                    | AGUIAR, <i>et al.</i>  | Os resultados das notificações contribuíram para a proposição de rastreadores de monitoramento da segurança dos medicamentos e na qualificação de fornecedores para a instituição.  |
| 2015 | Erros e Eventos adversos: a interface com a cultura de segurança dos profissionais de saúde                | SOUZA, <i>et al.</i>   | A maioria dos participantes demonstrou percepção de cultura de segurança e apontou para cultura punitiva ainda presente na instituição, justificando a quantidade reduzida de notificação de falhas.  |
| 2015 | Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem  | DUARTE, <i>et al.</i>  | Demonstrou a importância de discutir estratégias para prevenção de eventos adversos realmente eficazes, que assegurem a segurança do paciente nas instituições.   |
| 2016 | Incidência de eventos adversos cirúrgicos em Hospital Dia  | COSTA, <i>et al.</i>   | Esses dados ratificam a importância de um sistema de seguimento dos pacientes após alta, para evitar a subnotificação e sub-registros dos dados e identificar eventos adversos.   |
| 2016 | Carga de trabalho de enfermagem e ocorrência de eventos adversos na terapia intensiva: revisão sistemática | OLIVEIRA <i>et al.</i> | A carga de trabalho de enfermagem necessária por pacientes na UTI influenciam a ocorrência de evento adversos, e os enfermeiros devem monitorar o dimensionamento adequado do pessoal para segurança no cuidado.  |
| 2016 | Eventos adversos em uma unidade de internação cirúrgica: Estudo descritivo                                 | SELL, <i>et al.</i>    | Estudo que evidencia a necessidade de ações que estimulem a notificação de eventos adversos e a promoção da segurança do paciente.  |
| 2016 | Technologies in intensive care: causes of adverse events and implications to nursing                       | RIBEIRO <i>et al.</i>  | A prevenção de eventos adversos com equipamentos é uma das responsabilidades da enfermagem e, nesse sentido, é relevante a criação de barreiras defensivas para evitá-los.  |
| 2017 | Competências gerenciais relacionadas à segurança do paciente: uma revisão integrativa                      | PAIXÃO, <i>et al.</i>  | Foram identificadas 11 competências relacionadas à segurança do paciente. A identificação das competências possibilitou defini-las no contexto da gestão, quando aplicáveis na área cirúrgica, além de verificar as estratégias para o seu desenvolvimento. |

| ANO  | TÍTULO  | AUTOR                            | IDEIA CENTRAL   |
|------|---|----------------------------------|---|
| 2016 | Cambios en la práctica de enfermería para mejorar la seguridad del paciente                       | SIMAN, <i>et al.</i>             | O estudo evidenciou mudanças na prática da enfermagem como: identificação de riscos assistenciais e físicos; Notificação de eventos adversos; Identificação do paciente; Adoção de protocolos; Comunicação eficaz com educação permanente e reuniões de forma multiprofissional.                |
| 2017 | Enfermagem e metas internacionais de segurança: avaliação em hemodiálise                          | AGUIAR, <i>et al.</i>            | Constatou-se a necessidade de implementação de protocolos no serviço para a segurança do paciente e da equipe.  |
| 2017 | Análise da notificação de eventos adversos em hospitais acreditados                               | FEREZIN, <i>et al.</i>           | Ao analisar a notificação de eventos adversos em hospitais acreditados do interior de São Paulo, sob a perspectiva da equipe de enfermagem notou-se que a instituição deve priorizar o aprendizado e a cultura de segurança, focando na melhoria da qualidade do atendimento.                   |
| 2017 | Severity and workload related to adverse events in the ICU  | SERAFIM, <i>et al.</i>           | Ao todo, foram evidenciados 166 EAs, que acometeram 50,7% dos pacientes. O aumento da gravidade do paciente apresentou relação direta com a chance de ocorrência de Eventos Adversos.   |
| 2018 | Precisión y exhaustividad del registro de eventos adversos mediante una terminología de interfase | GONZALEZ-SAMARTINO <i>et al.</i> | Determinou quais informações são registradas pelas enfermeiras nos registros eletrônicos por meio da terminologia ATIC, sobre os eventos adversos: úlceras de pressão, infecção de sítio cirúrgico e aspiração com resultado de pneumonia, em termos de precisão diagnóstica e de exaustividade |

Fonte: Elaborado pelos autores (2018).

### 3.1 EVENTOS ADVERSOS DURANTE ASSISTÊNCIA EM SERVIÇOS DE SAÚDE E O POSICIONAMENTO DOS PROFISSIONAIS

É necessário muito afincado para assegurar uma assistência de qualidade e de segurança, porém, o erro humano é um dos fatores que vem se destacando quando a questão envolve essa temática. Por meio dos artigos confrontados foi possível identificar quais são os principais erros ocasionados durante a assistência à saúde, dentre

eles encontram-se os erros de medicações, falhas de comunicação, erros em procedimentos cirúrgicos, as Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), erros de identificação de pacientes, quedas dos pacientes e uso incorreto de dispositivos para a saúde (DUARTE *et al.*, 2015; COSTA *et al.*, 2017).

No entanto, a detecção desses eventos pode servir como base para a tomada de decisões e para o planejamento da segurança do paciente a partir da análise, do monitoramento, da minimização e da prevenção de incidentes que possam causar danos. Todos esses passos podem favorecer a adoção de medidas preventivas para possíveis correções, visando minimizar ou eliminar a ocorrência de eventos adversos e ainda acompanhar o desenvolvimento das ações implementadas (FRANÇOLIN *et al.*, 2015).

A minimização de riscos na prestação de assistência aos pacientes constitui-se um dos mais sérios compromissos da equipe de enfermagem, por serem considerados uma das principais fontes de cuidado e apoio aos pacientes e familiares nos momentos mais vulneráveis de suas vidas. Em consequência disso, esses profissionais devem estar adequadamente capacitados, para proporcionar cuidados qualificados, articulados com demais membros da equipe multiprofissional, visando a resolutividade das ações, na promoção, recuperação e reabilitação da saúde (GONZÁLEZ-SAMARTINO *et al.*, 2018).

Todavia, a cultura punitiva até agora se mantém intrínseca às instituições de saúde e aos profissionais, ocasionando uma redução significativa no número de notificações destes eventos. Conforme o *Institute of Medicine* (IOM) a abordagem tradicional dando ênfase na culpabilidade do profissional contribui para desencorajar os mesmos a relatarem os erros, uma vez que podem sofrer uma série de consequências que vão desde advertências verbais, suspensão e até a demissão (NOVARETTI *et al.*, 2014).

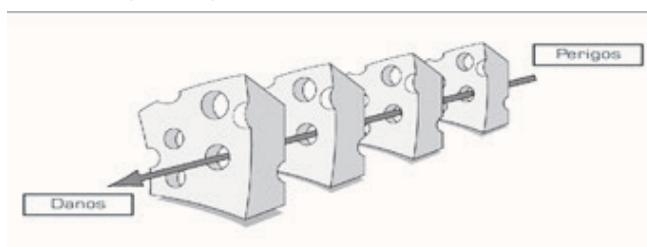
São as vulnerabilidades nos sistemas operacionais que favorecem a prática do erro pelos indivíduos envolvidos com o cuidado. Ressalta-se que frequentemente o profissional de enfermagem acumula mais de um emprego, tem alta rotatividade diante da baixa remuneração comumente aplicada às condições de trabalho na instituição e elevado nível de estresse. Trazendo à tona a importância de se promover um dimensionamento adequado de profissionais, com condições de trabalho e de remuneração adequados que permitam um menor risco de danos aos pacientes (NOVARETTI *et al.*, 2014).

Contudo, conforme Varallo (2014), a falta de conhecimento no preenchimento das fichas de notificação, a indiferença, o medo, a vergonha e a falta de tempo para relatar também são uma das principais causas de subnotificação dos trabalhadores da saúde. A incidência de EAs deve ser trabalhada como uma prática de segurança não punitiva, anônima e eficiente, e a educação continuada é um método eficaz na mudança de atitudes e comportamentos em relação aos eventos adversos, as notificações dos profissionais podem ser encorajadas por meio da promoção de intervenções educativas que visem esclarecer a importância da prática.

### 3.2 PRINCIPAIS CAUSAS DOS EVENTOS ADVERSOS NA ASSISTÊNCIA E A INTERFACE COM A SUA NOTIFICAÇÃO

As causas de um evento adverso não podem ser somente vinculadas as ações individualizadas dos profissionais, mas a uma totalidade orgânica do serviço de saúde. Em 1990, James T. Reason propôs o modelo do queijo suíço (FIGURA 2). Que consiste em mostrar que um erro é o resultado da falha do sistema e não deve ser tratado apenas de forma individualizada. Diante dessa realidade, a abordagem de segurança do paciente reconhece que os profissionais de saúde são falíveis e é necessária a criação de sistemas que antecipem os erros, os previnam ou os capturem antes que eles causem danos (WACHTER, 2013; REIS *et al.*, 2013).

**Figura 2** – Modelo do Queijo Suíço de Reason



Fonte: WACHTER, 2013

A superlotação dos hospitais, sobrecarga de trabalho, problemas de relacionamento entre a equipe multiprofissional, déficit de pessoal, a dispensação coletiva dos medicamentos, falta de materiais e equipamentos, as normas e protocolos de funcionamento imprecisos ou inexistentes, quando acrescidos ao estresse e a pressão das condições de trabalho dos profissionais, são alguns dos fatores inerentes ao gerenciamento do serviço e da assistência de saúde que podem amplificar as chances de dano ao paciente mais citados nas publicações analisadas (ANVISA, 2013; WACHTER, 2013; AGUIAR, 2015).

A notificação de Eventos Adversos pelos serviços de saúde tornou-se obrigatório a partir de 2013, no Brasil, por meio da criação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) para monitorar os riscos, qualificar o cuidado e estimular o desenvolvimento de uma cultura de segurança nas instituições de saúde (SERAFIM *et al.*, 2017).

Portanto, um dos grandes desafios encontrados para o estudo dos eventos adversos sobrevém do comportamento de omitir ou esconder quando os erros acontecem. A omissão do erro e a consequente subnotificação dos eventos adversos impedem os serviços de saúde de ampliar o conhecimento a respeito da segurança do paciente, tornando difícil a implementação de melhorias e a prevenção da ocorrência destes eventos. Além disso, encobrir danos ao paciente compromete a confiabilidade dos bancos de dados em virtude da ausência de notificações, configurando cenários que não retratam a realidade dos serviços de saúde (SOUZA, 2015; RIBEIRO *et al.*, 2016).

## 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo auxiliou a compreensão da ocorrência dos eventos adversos com destaque na notificação e prevenção destes durante a assistência em serviços de saúde, enfatizando a importância da segurança do paciente, foi possível identificar os principais eventos adversos e suas causas, destacando a necessidade da notificação como principal método para minimizar a recorrência das falhas que ocorrem durante os procedimentos realizados pelos profissionais de saúde.

Porém, notou-se nos artigos que a política de punição ainda é predominante, provocando no profissional um sentimento de medo e vergonha em relação a notificação de eventos adversos, o que deve ser considerado um ponto de atenção e melhoria. A existência de um ambiente não punitivo e apoiador é fundamental para que se ocorra a notificação das situações de riscos e erro. Para se alcançar hoje um cenário de segurança é necessário que os serviços adotem um comportamento de aprendizagem contínua, onde a notificação dos eventos e a análise de suas causas atuem como elementos de melhoria no processo assistencial, evitando a recorrência das situações indesejadas e de danos aos pacientes.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, Leticia Lima *et al.* Enfermagem e metas internacionais de segurança: avaliação em hemodiálise. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 3, p. 1-9, 2017.

AGUIAR, Taís Orlandin Dias de *et al.* Notificações espontâneas de eventos adversos a medicamentos hospitalares: estudo piloto. **Revista Ciência em Extensão**, v. 11, n. 1, p. 46-61, 2015.

BRASIL, ANVISA. **Assistência segura**: uma reflexão teórica aplicada à prática. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. 2013.

COSTA, Eliana Auxiliadora Magalhães; MOREIRA, Lícia Lígia; GUSMÃO, Maria Enoy Neves. Incidência de eventos adversos cirúrgicos em hospital dia. **Vigilância Sanitária em Debate**: Sociedade, Ciência & Tecnologia, v. 5, n. 2, p. 77-82, 2017.

DUARTE, Sabrina da Costa Machado *et al.* Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 68, n. 1, p. 144-154, 2015.

FEREZIN, Tatiana Paula Miguelaci *et al.* Análise da notificação de eventos adversos em hospitais acreditados. **Cogitare Enferm.**, v. 22, n. 2, p. 496-44, 2017.

FRANÇOLIN, Lucilena *et al.* Patient safety management from the perspective of nurses. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 2, p. 0277-0283, 2015.

GONZALEZ-SAMARTINO, Maribel *et al.* Precisión y exhaustividad del registro de eventos adversos mediante una terminología de interfase. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 52, p. 1-8, 2018.

NOVARETTI, Marcia Cristina Zago *et al.* Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 5, p. 692-699, 2014.

OLIVEIRA, Andrea Carvalho de; GARCIA, Paulo Carlos; NOGUEIRA, Lilia de Souza. Nursing workload and occurrence of adverse events in intensive care: a systematic review. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 4, p. 683-694, 2016.

PAIXÃO, Tais Couto Rego da *et al.* Competências gerenciais relacionadas à segurança do paciente: uma revisão integrativa. **Revista SOBECC**, v. 22, n. 4, p. 245-253, 2017.

REIS, Cláudia Tartaglia; MARTINS, Mônica; LAGUARDIA, Josué. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. **Ciência & saúde coletiva**, v. 18, p. 2029-2036, 2013.

RIBEIRO, Gabriella da Silva Rangel; SILVA, Rafael Celestino da; FERREIRA, Márcia de Assunção. Tecnologias na terapia intensiva: causas dos eventos adversos e implicações para a Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 5, p. 972-980, 2016.

SELL, Bruna Telemberg *et al.* Eventos adversos em uma unidade de iteração cirúrgica: estudo descritivo. **Revista SOBECC**, v. 21, n. 3, p. 146-153, 2016.

SERAFIM, Clarita Terra Rodrigues *et al.* Severity and workload related to adverse events in the ICU. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 70, n. 5, p. 942-948, 2017.

SIMAN, Andréia Guerra; BRITO, Maria José Menezes. Mudanças na prática de enfermagem para melhorar a segurança do paciente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. 4, p. 1-9, 2016.

SOARES, Cassia Baldini *et al.* Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 2, p. 335-345, 2014.

SOUZA, Verusca Soares de *et al.* Erros e eventos adversos: a interface com a cultura de segurança dos profissionais de saúde. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 475-482, 2015.

TOFFOLETTO, Maria Cecilia; RUIZ, Ximena Ramirez. Improving patient safety: how and why incidences occur in nursing care. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 5, p. 1098-1105, 2013.

VARALLO, Fabiana Rossi *et al.* Causes for the underreporting of adverse drug events by health professionals: a systematic review. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 4, p. 739-747, 2014.

---

**Data do recebimento:** 20 de maio de 2020

**Data da avaliação:** 26 de junho 2020

**Data de aceite:** 30 de Junho de 2020

---

---

1 Acadêmica do curso de Enfermagem, da Universidade Tiradentes – UNIT. E-mail: alzenirunit@yahoo.com

2 Acadêmica do curso de Enfermagem, da Universidade Tiradentes – UNIT.

E-mail: carolinereis1608@gmail.com

3 Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Tiradentes – UNIT-

E-mail: hendyaracarvalho@hotmail.com