



LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**EVENTOS ADVERSOS NOTIFICADOS NO RIO GRANDE DO NORTE AO
SISTEMA DE NOTIFICAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA, NO PERÍODO DE
2014 A 2017: Estudo Descritivo**

SILVA, SONIA MARIA DA¹
ARAÚJO, AÍLA MARÔPO²

RESUMO

As circunstâncias em que ocorrem erros ou falhas decorrentes da assistência à saúde são denominadas incidentes e podem ou não provocar danos no paciente. Quando estas resultam num dano, denominam-se eventos adversos. Objetivou-se com o estudo descrever os tipos de eventos adversos, o grau de danos causados e o sexo afetado por estes notificados ao Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária no período de março de 2014 a março de 2017 no Rio Grande do Norte. Trata-se de um estudo descritivo realizado a partir de uma pesquisa documental, através do relatório disponibilizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária sobre eventos adversos para o Estado do Rio Grande do Norte. No Estado ocorreram 481 notificações de eventos adversos, o que representa 0,44% do Brasil, e 54% não causaram danos. Em relação a população, apenas 39 % está coberta pelos núcleos de segurança do paciente. Os extremos de idade e o sexo feminino foram os mais afetados. Os tipos de eventos adversos mais notificados foram: falhas na assistência (37,6%); na identificação do paciente (13,3%); quedas do paciente (12,2%); lesão por pressão (12,2%), entre outros. Conclui-se que as notificações de incidentes são incipientes no Estado, mas necessárias para a realidade local e não podem representar apenas números, pois os danos, refletem nos aspectos econômicos, sociais e psicológicos dos familiares e da pessoa afetada. Os gestores devem compreender que pesquisas e melhorias dos processos de trabalho dos profissionais são medidas eficazes de prevenção e difusão de cuidado seguro nos estabelecimentos de saúde.

Palavras-chave: Segurança do Paciente. Iatrogenia. Gestão de Riscos.

¹Graduanda em Enfermagem – soninhasmsilva@gmail.com

² Orientadora. Prof.^a Msc. Aíla Marôpo Araújo – ailaaraujo88@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

Diante da importância mundial e nacional dos estudos sobre a segurança do paciente para a saúde pública, torna-se imprescindível a busca por práticas seguras nos cuidados prestados aos pacientes. Com isso ressalta-se a importância da identificação e notificação dos eventos adversos para a prevenção de danos a esses.

No intuito de melhorar a qualidade da assistência prestada nos serviços de saúde, o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), previsto desde 2009 pela Portaria n. 1.660, de 22 de julho de 2009, foi desenvolvido com o objetivo de receber as notificações de incidentes, Eventos Adversos (EA) e queixas técnicas relacionadas ao uso de produtos e de serviços que estão sob vigilância sanitária (ANVISA, 2009).

Algumas adequações foram feitas no Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária (NOTIVISA) e atualmente os incidentes/eventos adversos relacionados a assistência à saúde são notificados em formulário *online*, possui tópicos para registro de falhas administrativas (admissão, marcação de exame, transferência para outro serviço), no cuidado/proteção do paciente, na identificação do paciente, na administração de dietas, assistência radiológica, quedas, úlceras por pressão, problemas envolvendo o uso de medicamentos, hemocomponentes e produtos para a saúde entre outras situações que exponha-se vidas a riscos (ANVISA, 2017).

Partindo do exposto, as circunstâncias em que ocorrem erros ou falhas decorrentes da assistência à saúde são denominadas incidentes e podem ou não provocar danos no paciente. Quando estas resultam num dano, lesão temporária, permanente ou óbito do usuário denomina-se evento adverso. Ambos são classificados de acordo com a intervenção terapêutica, procedimento e local de ocorrência (ANVISA, 2013a).

Dada a importância dos eventos adversos e os gastos que os envolvem, foram impulsionadas no mundo o desenvolvimento de medidas de melhoria para a segurança do paciente. Destacam-se as iniciativas globais: o primeiro desafio global: “Uma assistência limpa é uma assistência mais segura” com medidas voltadas a prevenção das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), o segundo desafio global “Cirurgias seguras salvam vidas”, que propõe a implementação de listas de verificação de segurança cirúrgica, antes, durante e após o procedimento cirúrgico (OMS, 2009).

Nesse sentido, Porto et al. (2010) mostrou que a ocorrência desses eventos implica em custo orçamentário dispendioso para as instituições no âmbito do Sistema Único de Saúde

(SUS), além do aumento no tempo de internação que pode acarretar em prejuízos psicossociais para o indivíduo e família.

O Brasil segue os propósitos da Organização Mundial de Saúde (OMS) ao disseminar e acelerar as melhorias relativas à segurança do paciente por meio da implantação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e tem contribuído na elaboração de medidas que reduzem os riscos e contenham os eventos adversos (ANVISA, 2013a).

A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n. 36, de 25 de julho de 2013, instituiu ações de melhoria da segurança do paciente nos serviços de saúde, como a implantação obrigatória de Núcleos de Segurança do Paciente (NPS), responsáveis pela notificação dos eventos adversos, disseminação dos protocolos básicos de segurança do paciente, a segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; a identificação dos pacientes; a prevenção de quedas e lesões por pressão e a cirurgia segura, entre outros (BRASIL, 2013).

A notificação dos eventos adversos também pode ser efetivada por cidadão e não necessita prazo ou cadastro prévio para notificar, ao contrário de quando realizada pelo NSP, essa deverá ocorrer até o 15º (décimo quinto) dia útil do mês subsequente ao mês de vigilância, em caso de óbito o limite é em até 72 horas (ANVISA, 2015b).

As metas desde a implantação do plano de segurança do Paciente, em 2016 no RN, foram destinadas aos Hospitais da rede pública Estadual que possuem leitos de unidade de terapia intensiva (UTI) ativos, adultos e/o pediátricos/neonatais. Essas compreendem a estruturação dos serviços com 80% destes hospitais com Núcleos de Segurança do Paciente e planos de segurança do paciente implantados nos 2 anos seguintes e 100% em 3 anos, nos quais as notificações de incidentes relacionadas à saúde sejam regulares, assim como as avaliações das práticas seguras e culturas de segurança (SESAP, 2016b).

Dessa maneira, a segurança do paciente passou a ser mais evidenciada, devido à notificação de eventos adversos pelas instituições. A cultura de notificação deve ser a primeira atitude, no sentido de promover a segurança do paciente, para que a partir das falhas ocorridas sejam compreendidas na perspectiva de elaboração de estratégias que minimizem a ocorrência (DUARTE et al., 2015a).

Nessa direção, os eventos adversos por causar danos diretos podem ser prontamente reconhecidos e quantificáveis, diferentemente dos incidentes sem danos que podem passar despercebidos por gestores e profissionais de saúde. Além disso, evidencia que medidas institucionais como elaboração de normas e rotinas, treinamento e capacitação dos profissionais elevam a qualidade da assistência prestada nas instituições (DUARTE et al., 2015b).

Estudos na área de segurança do paciente são importantes para a disseminar a cultura de segurança do paciente e a aprendizagem com os erros, essa cultura está associada a fatores comportamentais, organizacionais e estruturais nos estabelecimentos de saúde.

A subnotificação dos incidentes impede a avaliação e a discussão das causas que os ocasionaram e as consequências para os profissionais, pacientes e familiares, portanto dificulta a ação dos gestores para planejar e desenvolver estratégias de práticas mais seguras, minimizem eventos adversos que coloca em risco a segurança dos pacientes. Bons profissionais de saúde também são passíveis de erro, pois errar é humano, e o conhecimento sobre os eventos adversos impulsionam a criar barreiras para evitá-los de um modo coletivo (MILAGRES, 2015).

Com esse trabalho pretende-se compreender o diagnóstico situacional do Rio Grande do Norte através das notificações do NOTIVISA frente a ocorrência de incidentes e eventos adversos, assim como, contribuir para o desenvolvimento de pesquisas que visem a melhorias dos processos de trabalho com medidas eficazes de prevenção e difusão de cuidado seguro nos estabelecimentos de saúde.

Diante do exposto, esse trabalho objetiva descrever os tipos de eventos adversos notificados ao Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária (NOTIVISA) no período de março de 2014 a março de 2017 no Rio Grande do Norte.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 REFERENCIAL TEÓRICO

A OMS define segurança do paciente como redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde, sendo dano compreendido como o comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção física, social ou psicológica (WHO, 2009).

Uma das iniciativas da OMS para difundir o cuidado seguro em instituições de saúde foi a criação da Aliança Mundial para Segurança do paciente, posteriormente denominada Programa Segurança do Paciente, no ano de 2004, que reuniu países latino americanos para organizar conceitos, definições e propor medidas para reduzir os riscos e conter os eventos adversos e, ainda, disseminar e acelerar as melhorias relativas à segurança do paciente (ANVISA, 2013a).

No Brasil, em 2008, os profissionais de enfermagem inspirados em outros países, criaram a Rede Brasileira de Enfermagem pela Segurança do Paciente (REBRAENSP) e desenvolveram um manual com o objetivo de fortalecer e disseminar conhecimentos para uma assistência de enfermagem segura (REBRAENSP, 2013).

Desse modo o Primeiro Desafio Global focou as infecções relacionadas com a assistência à saúde, com estratégias para melhorar: a higienização das mãos; procedimentos clínicos e cirúrgicos seguros; segurança do sangue e de hemoderivados; administração segura de injetáveis e de imunobiológicos; segurança da água, saneamento básico e manejo de resíduos (OMS, 2009).

Já o segundo Desafio Global para a Segurança do paciente voltou-se para a procedimentos cirúrgicos para viabilizar: prevenção de infecções de sítio cirúrgico; anestesia sem danos; equipes cirúrgicas seguras; e desenvolvimento de indicadores da assistência cirúrgica (OMS, 2009).

O Terceiro Desafio Global da OMS pretende trabalhar a segurança de medicamentos com o objetivo de reduzir práticas inseguras de medicação e erros de medicação, em 50% nos próximos cinco anos (WHO, 2016).

Em 2011 a OMS lançou as seis metas internacionais para a segurança do paciente, com a finalidade de promover melhorias específicas em áreas problemáticas da saúde, descrevendo soluções baseadas em evidências com especialistas na área. São elas: 1. Identificar os pacientes corretamente; 2. Melhorar a efetividade da comunicação entre profissionais da assistência; 3. Melhorar a segurança de medicações de alta vigilância (high-alert medications); 4. Assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto; 5. Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde e 6. Reduzir o risco de lesões aos pacientes, decorrentes de quedas (JCI, 2013).

As instituições de pesquisa em saúde identificam que as causas de um evento não podem ser simplesmente ligadas às ações individualizadas dos profissionais, envolvidos diretamente com o doente, mas no modo holístico dos serviços de saúde, indicando maior atenção às exigências do próprio sistema social e de seus subsistemas e instituições (ANVISA, 2013b).

A partir do exposto, cabe tecermos alguns conceitos importantes inerentes aos incidentes e eventos adversos. Os incidentes são resultantes de dano desnecessário ao paciente e classificam – se em: *near miss* – incidente evento que não atingiu o paciente, o erro foi detectado antes; incidente sem danos é o evento que atingiu o paciente, mas não causou danos discernível; incidente com dano (evento adverso) – incidente que resulta em dano ao paciente) (WHO, 2009).

De acordo com Alves (2012) nos serviços de saúde o *near miss* é traduzido do inglês como quase falha e refere a contenção de incidentes por alguma barreira não resultando em danos ou consequência, mas que necessita ser investigado.

Conforme Pedrosa e Couto (2012) os incidentes também afetam a organização dos cuidados de saúde pois resultam em processos judiciais para os envolvidos (profissionais e instituições) com uma imagem negativa associada, além de elevar os custos, com tratamentos adicionais para o paciente que indiretamente atinge os familiares.

As consequências diretas para o paciente referem-se a gravidade e duração do dano conforme abaixo:

Nenhum- A consequência no doente é assintomática ou sem sintomas detectados e não necessita tratamento.

Leve - A consequência no doente é sintomática, com sintomas ligeiros, perda de funções ou danos mínimos ou intermédios de curta duração, sem intervenção ou com uma intervenção mínima requerida (por exemplo: observação extra, inquérito, análise ou pequeno tratamento).

Moderado - A consequência no doente é sintomática, requerendo intervenção (por exemplo: procedimento suplementar, terapêutica adicional) um aumento na estadia, ou causou danos permanentes ou a longo prazo, ou perda de funções.

Grave - A consequência no doente é sintomática, requerendo intervenção para salvar a vida ou grande intervenção médico/cirúrgica, encurta a esperança de vida ou causa grandes danos permanentes ou a longo prazo, ou perda de funções.

Morte - No balanço das probabilidades, a morte foi causada ou antecipada a curto prazo, pelo incidente (ANVISA, 2016).

O evento adverso conceituado por Reason (2000) refere-se a uma lesão que surgiu durante o tratamento não relacionada as condições clínicas de base do paciente, o EA difere de erro, negligência ou baixa qualidade. Significa, no entanto, um resultado assistencial indesejado relacionado à terapêutica ou diagnóstico. Um evento adverso atribuível a um erro é um evento adverso evitável.

Comparando os sistemas de saúde com os buracos de um queijo suíço, observando anteriormente por Reason, Reis et al. (2013) explica a ocorrência dos EA como se diversos “buracos” como por exemplo as deficiências estruturais, a má prática ou descuido dos profissionais de saúde, comportamentos inseguros ou de risco por parte dos pacientes se alinhassem para uma consequência danosa.

Nessa direção, dados do Instituto de Estudo de Saúde Suplementar, trazem que 10,5% dos eventos adversos relacionados à assistência hospitalar, em países latino americanos, cerca de 60 % são evitáveis, 28% provocaram algum dano e 6% incorrem em óbitos (CAMARGO; PEDROSA; ROSA, 2016).

Os autores Paiva, Paiva e Berti (2010) identificaram em um estudo retrospectivo no Brasil, que a ocorrência dos EA está relacionada a problemas institucionais (falha na infraestrutura física, falta de pessoal, falta de material, entre outros) e, à conduta dos profissionais (como falhas no seguimento de rotinas estabelecidas na instituição, conflitos e falhas na comunicação).

Em termos de mortalidade e gastos para a saúde pública, os eventos adversos hospitalares assistenciais no Brasil, podem representar a “5ª causa de morte atrás de doenças do aparelho circulatório, neoplasias, doenças do aparelho respiratório e causas externas, e os gastos seriam em torno de R\$ 5,19 bilhões a R\$ 15,57 bilhões de reais. Há um mínimo de 104.187 a 434.112 possíveis óbitos associados a eventos adversos hospitalares/ano registrados nos hospitais públicos e privados do país (CAMARGO; PEDROSA; ROSA, 2016).

Assim é de suma importância a implantação de protocolos e diretrizes clínicas, desenvolvidos em conjunto com profissionais da assistência direta entre eles: médicos, farmacêuticos, nutricionistas, e profissionais de enfermagem para contribuírem na promoção da cultura de segurança, na perspectiva de mudanças de comportamento dos profissionais de saúde em relação a omissão de erros (ANVISA, 2013a).

Alves e Guirardello (2016) destacam que a atuação e satisfação dos profissionais de enfermagem no ambiente de trabalho são importantes para promover um cuidado seguro.

Ferreira et al. (2014) complementa que a Sistematização da Assistência de Enfermagem constituída de cinco etapas: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação, avaliação, é importante para a tomada de decisão e minimiza a exposição a cuidados desnecessários.

2.2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um estudo descritivo realizado a partir de uma pesquisa documental.

Estudos descritivos descrevem a realidade. Não se destinam a explicá-la ou nela intervir. Com esse método é possível caracteriza demandas e revelar a abrangência de patologia, ou seja, problemas no setor saúde, em determinada região ou população, dada a importância destes dados para os profissionais da assistência e gestores de saúde. Por ser considerado um estudo restrito, não se poderia fazer nenhum tipo de inferência, mas estes estudos podem ser uma ferramenta de gestão muito importante em sistemas de saúde (ARAGÃO, 2011).

Conforme Gil (2010) a característica da pesquisa documental é que a fonte de coleta de dados está restrita a documentos internos a organizações, sendo permitido o uso de documentos de empresas públicas ou outras organizações, e ainda, pessoais, jurídicos, iconográficos e registros estatísticos.

Para Marcone e Lakatos (2015) a pesquisa documental contemporânea baseia-se em escritos primários (quando os inscritos são integrados pelos autores) e secundários, ao serem transcritos de fontes primárias contemporâneas como, entre outros exemplos, pesquisa estatística baseada em dados. Afirmam ainda que com abordagem descritiva não é possível analisar causas de um evento, apenas descrever ou registrar características singulares.

Este estudo tem por base o relatório de eventos adversos ocorridos no Estado do Rio Grande do Norte no período de março de 2014 a março de 2017 divulgado pela agência nacional de vigilância sanitária (ANVISA) no ano corrente.

O relatório é resultante das notificações de eventos adversos relacionados à assistência à saúde contemplados no NOTIVISA, onde é possível captar as informações relacionadas ao processo de cuidar e controlar o uso tecnologias em saúde sob os cuidados e supervisão da vigilância sanitária. A captação das informações relacionadas ao processo de cuidar, foram elaboradas conforme a Classificação Internacional para a Segurança do Paciente, da Aliança Mundial para a Segurança do paciente/OMS, e hierarquicamente, as informações são monitorizadas pelo distrito federal, estados, municípios e ANVISA (BRASIL, 2015a).

As variáveis utilizadas para este estudo foram: número de núcleos de segurança do paciente cadastrados, número de NPS com ao menos uma notificação mensal no período estudado, tipo de serviço de saúde, tipo de evento adverso notificado, número de incidentes/eventos adversos por sexo e faixa etária e número de incidente/evento adverso por grau de dano.

A classificação internacional de segurança do paciente, trata-se de uma padronização, ainda ascendente, de conceitos sobre segurança do paciente com metas a auxiliar na comparação, monitorização, análise e interpretação de informações a nível mundial. A mesma divide-se em 10 classes: tipos de eventos, consequências para o paciente, características do evento, fatores contribuintes, consequências organizacionais, detecção, fatores atenuantes do dano, ações de melhoria e ações para reduzir o risco (OMS, 2011).

As classes, tipo de eventos e consequências para o doente, agrupam os incidentes de segurança com significado clínico, enquanto a análise contextual do evento é obtida pelas classes: características do doente, características do incidente, fatores/perigos contribuintes e consequências organizacionais (OMS, 2011).

Os tipos de incidentes/eventos adversos categorizados por acarretarem em danos nos estabelecimentos de saúde envolvem: administração clínica; procedimento/ processo clínico; documentação; infecção hospitalar; medicações/fluidos endovenosos; hemoderivados; nutrição; gases/oxigênio; equipamento médico; comportamento (profissionais/paciente); acidentes com o paciente; estrutura; gerenciamento e recursos humanos (OMS, 2011).

Os dados foram colhidos no período de maio de 2017, e organizados em planilhas do Excel, construídas tabelas e analisados mediante a estatística descritiva.

O estudo não foi submetido à apreciação do comitê de ética em pesquisa, pois os dados utilizados são de domínio público.

2.3 RESULTADOS

Em âmbito nacional os eventos adversos notificados somaram para o período de março de 2014 a março de 2017, 109.082, sendo possível inferir a média de 36.360 eventos adversos ao ano, o equivalente à uma média de 3.030 incidentes por mês no Brasil. Em relação a região nordeste o RN representa 3% dos EA notificados. No Rio Grande do Norte houve em torno de 481 notificações de eventos adversos, sendo cerca de 160 eventos adversos por ano, e representa 0,44% do Brasil. Destes EA em média 13 ocorreram por mês.

No Brasil, os estabelecimentos de saúde que mais notificaram eventos adversos foram os serviços hospitalares com 94,20%, e no Rio Grande do Norte a média foi de 137 casos por ano.

Na tabela 1 verifica-se que no Brasil há 2.392 núcleos de segurança do paciente e desse total 37% notificaram algum tipo de EA relacionado a saúde no NOTIVISA. No Nordeste 35,6% e no RN 30% notificaram.

Tabela 1 – Número de núcleos de segurança do paciente cadastrados e notificantes no período de março de 2014 a março de 2017, no Brasil, região Nordeste e Estado do Rio Grande do Norte. Brasil, 2017.

Território	Número de NSP	Notificantes
Brasil	2.392	882
Região Nordeste	356	127
Rio Grande do Norte	30	9

Fonte: Anvisa, 2017.

No estado do RN existem 30 núcleos de segurança do paciente distribuídos nas cidades de Assú, Caicó, Mossoró, Santa Cruz, Santo Antônio e Natal. A capital do Estado possui 63% dos núcleos. E apenas 39 % da população do RN está coberta pelos núcleos de segurança do paciente, conforme a tabela 2.

Tabela 2 - Relação entre os núcleos de segurança do paciente cadastrados no Rio Grande do Norte no período de março de 2014 a março de 2017 pela população residente. Brasil, 2017.

Município	NSP	%	População	%
Assú	1	3%	57.743	2%
Caicó	1	3%	67.747	2%
Mossoró	6	20%	291.937	8%
Natal	19	63%	877.662	25%
Santa Cruz	2	7%	39.300	1%
Santo Antônio	1	3%	24.045	1%
Total	30		3.474.998*	39%

Fonte: Anvisa, 2017.

*Nota: Esta população refere-se a do RN

De acordo com a tabela abaixo (tabela 3) os extremos de idade e o sexo feminino foram os mais afetados por incidentes/eventos adversos nos estabelecimentos de saúde. No Rio Grande do Norte 21,62% dos incidentes/ eventos adversos notificados foram direcionados a faixa etária entre 66 e 75 anos.

Tabela 3 - Caracterização dos incidentes/eventos adversos notificados no Brasil e Rio Grande do Norte no período de março de 2014 a março de 2017. Brasil, 2017.

Sexo	N		N	
	Brasil	%	RN	%
Feminino	58.031	53,20%	211	43,90%
Masculino	51.050	46.8%	270	56,10%
Faixa Etária				
<28 dias	3.791	3,48%	5	1,04%
29d a 1 ano	5.228	4,79%	7	1,46%
2 a 4	1.740	1,60%	0	0,00%
5 a 11	1.847	1,69%	5	1,04%
12 a 17	2.007	1,84%	2	0,42%
18 a 25	5.289	4,85%	21	4,37%

26 a 35	9.000	8,25%	33	0,00%
36 a 45	9.799	8,98%	32	6,65%
46 a 55	12.192	11,18%	47	9,77%
56 a 65	16.996	15,58%	103	21,41%
66 a 75	17.673	16,20%	105	21,62%
76 a 85	15.493	14,20%	75	15,59%
>85 anos	8.027	7,36%	47	9,77%
Total	109.082		481	

Fonte: Anvisa, 2017

Entre os tipos de eventos adversos notificados no Rio Grande do Norte os de maior destaque foram: falhas na assistência cerca de 37,6%, 17% refere-se ao campo assinalado como “outros”, 13,3% falhas na identificação do paciente, 12,2% quedas do paciente e lesão por pressão 12,2% (Tabela 4).

Tabela 4 - Tipos de eventos adversos notificados no período de março de 2014 a março de 2017, no Brasil e no Estado do Rio Grande do Norte (RN). Brasil, 2017.

Tipos de eventos adversos	Brasil	RN
Outro	32.766	82
Falhas durante a assistência à saúde	29.146	181
Lesão por pressão	19.189	59
Queda do paciente	12.385	63
Falha na identificação do paciente	7.234	64
Falhas na administração de dietas	2.142	7
Falha na documentação	2.038	2
Falhas nas atividades administrativas	1.702	5
Falhas ocorridas em laboratórios clínicos ou de patologia	840	5
Acidentes do paciente	675	2
Queimaduras	414	-
Falhas durante procedimento cirúrgico	411	7
Falhas na administração de O2 ou gases medicinais	89	-
Falhas no cuidado / proteção do paciente	38	4
Falhas na assistência radiológica	9	-

Falha no procedimento de transplante ou enxerto	4	-
Total	109.082	481

Fonte: Anvisa, 2017.

Em relação a lesão por pressão, tem-se que o tipo II representa 55,93% das notificações no RN e acompanha o padrão nacional (53,49%).

Tabela 5. Tipos de lesões por pressão notificadas no período de março de 2013 a março de 2017, no Brasil e no Estado do Rio Grande do Norte. Brasil 2017.

Tipo de lesão	Brasil		Rio Grande do Norte	
	N	%	N	%
Estágio I	5.779	30,12%	10	16,95%
Estágio II	10.265	53,49%	33	55,93%
Estágio III	2.235	11,65%	12	20,30%
Estágio IV	707	3,68%	3	5,08%
Sem Informação	203	1,06%	1	1,69%
Total	19.189		59	

Fonte: Anvisa, 2017.

No RN 54% dos incidentes não causaram danos, ou seja, não foram eventos adversos como verificado na tabela 6.

Tabela 6 - Grau de danos dos incidentes/eventos adversos notificados no Brasil e Rio Grande do Norte no período de março de 2014 a março de 2017. Brasil, 2017.

Grau de dano	Brasil		Rio Grande do Norte	
		%		%
Nenhum	33.994	31%	260	54%
Leve	58.490	54%	141	29%
Moderado	13.066	12%	58	12%
Grave	2.883	3%	14	3%
Óbito	649	1%	8	2%
Total	109.082		481	

Fonte: Anvisa, 2017.

2.4 DISCUSSÃO

Os resultados encontrados demonstram as fragilidades nos sistemas e na saúde na qualidade da assistência prestada. Os campos mais notificados no NOTIVISA para os tipos de incidentes/ eventos adversos pelos NSP do Rio Grande do Norte foram: falhas durante a assistência, outros, falhas na identificação do paciente, quedas do paciente, e lesões por pressão, e de todos os incidentes notificados a maioria não causou danos.

A implantação dos núcleos de segurança do paciente ainda é incipiente no Rio Grande do Norte, em que diante do processo de regionalização é composto por 8 regiões de saúde localizadas nos municípios de São José de Mipibu (I) Mossoró (II), João Câmara (III), Caicó (IV), Santa Cruz (V), Pau dos Ferros (VI) Metropolitana (VII) e Assú (VIII) (SESAP, 2016).

A rede hospitalar do Rio Grande Norte, entre públicos, privados, e filantrópicos, possui 109 unidades sendo: 23 hospitais especializados, 76 hospitais gerais, 10 hospitais dias. Desses, 24 hospitais pertencem a esfera estadual, os quais dispõem de uma estrutura física e tecnológica inadequadas, a maioria com menos de 50 leitos, e de perfil de atuação indefinidos (SESAP, 2016).

Em 2016 No estado do RN foram registrados pelo CNES/DATASUS um total de 6.468 leitos SUS para atendimento da população de forma geral, no entanto, salienta-se que estes apresentam baixa resolutividade, observando-se uma melhor resposta na Região Metropolitana, Região de saúde que compreende a capital, onde temos o maior número de núcleos de segurança do paciente cadastrados e notificantes (SESAP, 2016).

É importante frisar que a RDC n. 36/2013 que dispõe sobre a segurança do paciente nos serviços de saúde deve englobar todos os estabelecimentos de saúde do Brasil, porém, o processo de monitoramento da implantação de Práticas de Segurança é prioritário em hospitais com leitos de UTI (ANVISA, 2015b).

Existem no RN 518 leitos ativos de UTI entre adultos, infantis e neonatais, distribuídos em apenas três regiões de saúde, no entanto há um déficit de 237 leitos de terapia intensiva, das oito regiões de saúde apenas três dessas possuem leitos de UTI. Esse dado está de acordo com os parâmetros da organização Mundial de Saúde (OMS), onde a oferta adequada é de 2,5 a 3 leitos/1.000 hab., e que desses de 4 a 10% devem ser destinados a UTI (SESAP, 2016).

Diante dessa realidade é importante conhecer o impacto de EA na população notificada, de modo que os resultados desse estudo mostraram que os extremos de idade e o sexo feminino foram os mais afetados por incidentes/eventos adversos nos estabelecimentos de saúde.

De acordo com Zambon (2015) há estudos que demonstram que a taxa de pacientes pediátricos que apresentam eventos adversos (EAs) durante a hospitalização, são mais baixas do que em estudos com a população adulta, enquanto que, pacientes com idade maior que 65 anos tem maior incidência que adultos não idosos, como observado nesse estudo, onde 21,62% dos incidentes/ eventos adversos notificados no RN foram direcionados a faixa etária entre 66 e 75 anos.

Ao contrário do encontrado nesse estudo, Costa et al. (2011) traz que o sexo masculino é mais vulnerável a ocorrência de eventos adversos, no entanto, Duarte et al. (2015a) afirma que este risco, está relacionado ao tempo de internação e pode variar de acordo com o sexo do paciente atendido.

Explica Toffoletto et al. (2016) que idosos são mais acometidos por EA por permanecerem com maior média de tempo hospitalizações, principalmente em UTI, por consequentemente, apresentarem naturalmente maior gravidade e risco de morte.

Mas para a ANVISA (órgão regulador dos serviços de saúde) não se pode destacar grupos etários de maior vulnerabilidade à ocorrência de incidentes relacionados à assistência à saúde, pois o número de atendimentos em instituições de saúde difere quando se reporta à assistência de adultos e crianças (ANVISA, 2016b).

Em relação aos tipos de incidentes, não é de se estranhar que as falhas durante a assistência se sobressaíam nas notificações referentes ao RN diante a exposição das deficiências estruturais nos serviços. Pois, estas falhas resultam de um agrupamento multifatorial de incidentes envolvendo os processos de triagem, *check-up*, diagnóstico, meios complementares de diagnóstico/procedimento/tratamento/intervenção, assistência geral e contenção física. (ANVISA, 2015c).

O campo assinalado como “outros” engloba notificações com campo específico no Notivisa, e outras situações como a evasão do paciente, falhas envolvendo procedimento cirúrgico, de hemodiálise, uso de dispositivos (cateteres drenos e sondas), reações adversas a medicamentos, falhas na assistência envolvendo medicamentos, reação alérgica, outras falhas relacionadas a exames laboratoriais, hematoma, flebite, outras lesões ao paciente, dietas, equipamentos para a saúde, hemocomponentes, infecções, notificações diversas e campos não assinalados. (ANVISA, 2015c).

As falhas na identificação do paciente evidenciadas na pesquisa, também podem desenvolver um encadeamento de erros relacionados a medicamentos, cirurgias, diagnóstico entre outros, devido os profissionais de saúde associarem pacientes a condições clínicas e do

cuidado a ser prestado. A utilização de protocolos/pulseiras é uma barreira eficaz na prevenção dos eventos adversos (TASE et al., 2013).

Mendes (2013) em um estudo realizado em hospitais no Rio de Janeiro demonstrou que a queda do paciente no hospital, do leito ou no banheiro e a lesão por pressão são eventos adversos evitáveis e frequentes. No entanto, esses EAs podem ser prevenidos ou mitigados quando há avaliações e reavaliações frequentes do risco pela equipe de enfermagem através de protocolos que identifiquem risco de desenvolver lesões.

Em relação a lesão por pressão, tem-se que o tipo II representou 55,93% das notificações no RN, sendo maior que o padrão nacional (53,49%).

Lesão por pressão são danos na pele e/ou tecidos moles subjacentes, sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato. A qual pode apresentar-se em pele íntegra ou como úlcera aberta e dolorosa, pode também ser causada pelo microclima, nutrição e perfusão deficientes, comorbidades e pela condição do paciente (SOBEST, 2016).

As lesões por pressão em estágio III e IV são as que trazem mais danos aos pacientes por romperem a integridade da pele mais profundamente, ambas são consideradas eventos adverso graves.

Coaduna Duarte et al. (2015a) que eventos adversos relacionados não só a administração de medicamentos; a vigilância do paciente, mas a manutenção da integridade cutânea; e a recursos materiais (equipamentos quebrados ou falta deles) são atribuídos a falhas do cuidado de enfermagem, no entanto a adesão das medidas preventivas depende de recursos materiais disponíveis.

É importante destacar que outras formas de combater falhas ativas e latentes nas organizações de saúde consiste em aquisição de tecnologias como sistemas informatizados de medicação, prontuário eletrônico e notificações de erros e/ou eventos adversos além da redução da jornada de trabalho de profissionais que prestam cuidados diretos (FERNANDES, 2014).

As condições precárias em que trabalham os profissionais de enfermagem, a maior força de trabalho dos estabelecimentos de saúde, comprometem a qualidade do atendimento e, põe em risco a vida dos pacientes (FERREIRA et al., 2014).

Segundo Duarte et al. (2015a) se compararmos os setores industriais e de serviços de saúde, a indústria dispõe de mecanismos que asseguram a qualidade dos seus produtos ao consumidor. No setor saúde o consumidor é o paciente, e o produto é a assistência prestada por profissionais, os quais muitas vezes encontram lacunas nos serviços que os predis põem a erros.

Em relação ao grau de danos, 54% dos incidentes ocorridos no RN não causaram nenhum dano, embora que a maioria dos casos como relatado anteriormente sejam provenientes de falhas na assistência (diagnóstico/tratamento/procedimento/intervenção indisponíveis, inadequadas ou parcialmente realizadas ou não indicadas). Os danos moderados foram responsáveis por 12%, ou seja, necessitou de alguma intervenção adicional ao tratamento e 2 % resultou em óbito.

É importante destacar que o dano moderado pode evoluir para um dano maior se não forem adotadas medidas moderadoras suficientes (prevenção terciária). As quais também devem se apontadas no ato da notificação no campo “Ações de melhoria” (ANVISA, 2015c).

Os eventos considerados graves, no nosso caso 3%, esses e os óbitos, e os never events (eventos que nunca deveriam ocorrer em serviços de saúde) são prioritários para a notificação e investigação, pela existência de inúmeras provas que são evitáveis (ANVISA, 2016a).

Enfoca Oliveira et al. (2014) que profissionais de saúde, e principalmente gestores, devem atentar para os riscos aos quais os pacientes sob seus cuidados estão expostos (físicos, químicos, assistenciais, clínicos e institucionais), pois ações de incentivo à capacitação dos profissionais para prevenção, notificação e manejo efetivos devem ser encorajados para elevar a qualidade da assistência.

Portanto, é notório que não só a equipe de enfermagem como os demais profissionais, que prestam cuidados diretos a pacientes e executam a cargas horárias extensivas, necessitam de melhorias das condições de trabalho, em relação a infraestrutura, redução de carga horária, dimensionamento de recursos humanos, e ações de educação continuada, para assim atenuar a ocorrências de incidentes danosos à assistência.

3 CONCLUSÃO

Apesar da política de Segurança do Paciente está vigente desde 2013, ainda se encontra em processo de implementação no Rio Grande do Norte, pois poucos são os estabelecimentos de saúde que possuem núcleos de segurança do paciente cadastrados e o quantitativo desses núcleos que realizam as notificações ainda é insuficiente.

Os incidentes mais comuns nos serviços de saúde, referem-se as falhas na assistência, as quais representa múltiplos fatores, falhas na identificação do paciente, quedas e lesões por pressão. A identificação correta do paciente, prevenção de quedas e lesões por pressão são

contempladas por protocolos pelo Ministério da Saúde, mas ainda são condições que afetam a vida de pacientes e profissionais nos estabelecimentos de saúde no não só do Rio Grande do Norte como no país.

Tal fato é preocupante, mesmo que a maioria das notificações se refiram a incidentes sem danos, outros podem evoluir para um grau de dano variado, e os incidentes graves ou eventos adversos podem passar despercebidos e serem recorrentes nos estabelecimentos de saúde. Isso pode ocorrer por talvez não serem difundidas adequadamente as metas do Ministério da Saúde ou ainda, profissionais encontrarem dificuldades de reconhecer a importância da notificação para a saúde coletiva.

É importante lembrar que esses incidentes, não podem ser traduzidos apenas em números, pois seus danos refletem principalmente, nos aspectos econômicos, sociais e psicológicos dos familiares e da pessoa afetada.

Por fim espera-se com esse estudo contribuir para o desenvolvimento de pesquisas que visem a melhorias dos processos de trabalho com medidas eficazes de prevenção e difusão de cuidado seguro nos estabelecimentos de saúde não só para este Estado, assim como para Região Nordeste.

TYPES OF ADVERSE EVENTS NOTIFIED IN RIO GRANDE DO NORTE TO THE NOTIFICATION SYSTEM IN SANITARY SURVEILLANCE, FOR THE PERIOD 2014 TO 2017: Descriptive Study

ABSTRACT

The circumstances in which errors occur or failures are in charge of health are called incidents and may or may not cause harm to the patient. When they result in harm, they are called adverse events. The objective of this study was to describe the types of adverse events, the degree of damage caused and the gender affected by those reported to the Health Surveillance Notification System from March 2014 to March 2017 in Rio Grande do Norte. This is a descriptive study based on a documentary research, through the report sent by the National Sanitary Surveillance Agency on adverse events for the State of Rio Grande do Norte. In the State, 481 reports of adverse events occurred, representing 0.44% of Brazil, and 54% did not cause damages. In relation to the population, only 39% is covered by the patient's safety nuclei. The extremes of age and the female gender were the most affected. The most reported types of adverse events were: native failures (37.6%); In the identification of the patient (13.3%); Patient falls (12.2%); Pressure injury (12.2%), among others. It is concluded that as notifications of incidents are incipient not state, but necessary for local reality and cannot represent only numbers, for damages, reflect on the economic, social and psychological aspects of the family and the affected person. Managers should report improvements and improvements in the work processes of the professionals, are effective measures of prevention and diffusion of care with health establishments.

Descriptors: Patient Safety. Risk Management. Iatrogenic Disease.

REFERÊNCIAS

ALVES, Vera Lúcia de Souza. **Gestão de Qualidade: Ferramentas utilizadas no contexto contemporâneo**. São Paulo: Martinari, 2012. 200 p.

ALVES, D. F. S.; GUIRARDELLO, E. B. Ambiente de trabalho da enfermagem, segurança do paciente e qualidade do cuidado em hospital pediátrico. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 37, n. 2, e58817, 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000200406&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 de junho de 2017.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária - Notivisa**. Módulo Assistência à Saúde, 2014. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/notivisa/formularios.htm>>. Acesso em: 04 de junho de 2017.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: Anvisa, 2013a. Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf>. Acesso em: 03 de junho 2017.

_____. **Relatório anual de eventos adversos notificados a ANVISA no período de março de 2014 a março de 2017**. Brasília, 2017. Disponível em: <<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/category/relatorios-dos-estados>>. Acesso em 05 de jun de 2017.

_____. Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. **Monitoramento e Investigação de Eventos Adversos e Avaliação de Práticas de Segurança do Paciente**. 2015b. Disponível em: <<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/plano-integrado-para-a-gestao-sanitaria-da-seguranca-do-paciente-em-servicos-de-saude>>. Acesso em 03de junho 2017.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC 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, DF, 26 jul. 2013. Disponível em:
<http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC_36_2013_COMP.pdf/36d809a4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e>. Acesso em 04 de junho de 2017.

_____. **Investigação de Eventos Adversos em Serviços de Saúde.** Brasília, 2013b, (série segurança do paciente e qualidade dos serviços de saúde5). Disponível em:
<<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/category/livros>>
Acesso em: 03.jun.2017.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária.
Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Série
Segurança do Paciente e Qualidade em
Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: Anvisa, 2016a.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde - Incidentes relacionados a assistência -2015. Brasília, 2016b.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde – Incidentes Relacionados à Assistência à Saúde – 2014. Brasília 2015c.

ARAGÃO, J. Introdução aos Estudos Quantitativos Utilizados em Pesquisas Científicas. **REVISTA PRÁXIS** ano III, nº 6 - agosto 2011. Pag 59-62. Disponível em:
<http://web.unifoa.edu.br/revistas/index.php/praxis/article/view/566/528>. Acesso em 05 de junho de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Institui o Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária.** Portaria Nº 1.660, de 22 de julho de 2009. Disponível em
<[http://www.anvisa.gov.br/hotsite/notivisa/Documentos/PORTARIA No1660 22 07 09.pdf](http://www.anvisa.gov.br/hotsite/notivisa/Documentos/PORTARIA%20No1660%2007%2009.pdf)>.
Acesso em 03 de maio de 2017.

COSTA, S. G. R. F. et al. Caracterização das Quedas do Leito Sofridas por Pacientes Internados em um Hospital Universitário. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 4, p. 676-681, Dec. 2011. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000400006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 de junho de 2017.

COUTO, R. C.; PEDROSA, T. G. M.; ROSA, M. B. Erros acontecem: **A Força da Transparência para o Enfrentamento dos Eventos Adversos Assistenciais em Pacientes Hospitalizados.** Instituto de estudos de saúde suplementar. Belo Horizonte, 2016.

DUARTE, Sabrina da Costa Machado et al. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 68, n. 1, p. 144-154, Feb. 2015a. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000100144&lng=en&nrm=iso>. access on 04 June 2017.

DUARTE, Sabrina da Costa Machado et al. O erro humano no cotidiano da assistência de enfermagem em terapia intensiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Vol. 23, n. 6, novembro/Dezembro 2015b. Disponível em:
<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281442811012>> Acesso em 4 de junho de 2017.

FERNANDES, L. G. G. et al. Contribuição de James Reason para a Segurança do Paciente: Reflexão para a Prática de Enfermagem. **Rev. Enferm. UFPE** on line., Recife, 8 (supl. 1):2507-12, jul., 2014 disponível em:
<<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6217>>. Acesso em 05 de junho de 2017.

FERREIRA, R. A. et al. Segurança do Paciente e os Eventos Adversos: Erro Profissional ou do Sistema? **Revista Rede de Cuidados em Saúde** vol. 8 n. 3 2014. Disponível em:
<<http://publicacoes.unigranrio.br/index.php/racs/article/view/2033>>. Acesso em 05/06/2017.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5ª ed. São Paulo, 2010.

JCI. JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. **Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals**. 5. ed. 2013. Disponível em:
<<https://www.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/Hospital-5E-Standards-Only-Mar2014.pdf>>. Acesso em 03 de junho de 2017.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de Pesquisa: Planejamento e Execução, Amostragens e Técnicas de Pesquisa, Elaboração e Planejamento de Dados**. 7ª ed. São Paulo: Atlas 2015.

MENDES, W. et al. Características de Eventos Adversos Evitáveis em Hospitais do Rio de Janeiro. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 59, n. 5, p. 421-428, Outubro de 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302013000500006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 de junho de 2017.

MILAGRES, L. D. **Gestão de Riscos para Segurança do Paciente: O Enfermeiro e a Notificação dos Eventos Adversos**. 2015. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora. Minas Gerais, 2015. Disponível em:
<<http://www.ufjf.br/pgenfermagem/files/2010/05/Disserta%C3%A7%C3%A3o-Lidiane-Miranda-Milagres.pdf>>. Acesso em 03 de junho de 2017.

OLIVEIRA, R. M. et al. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. Escola Anna Nery. **Revista de Enfermagem**. 18(1) Jan-Mar 2014.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Segundo desafio global para a segurança do paciente: **Cirurgias seguras salvam vidas (Orientações para cirurgia segura da OMS) / Organização Mundial da Saúde**; tradução de Marcela Sanchez Nilo e Irma Angélica Duran – Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agencia Nacional de Vigilância Sanitária, 2009.

_____. Organização Mundial da Saúde. **Planning for the Global Patient Safety Challenge - Medication Safety**, s2016 disponível em: <<http://apps.who.int/iris/handle/10665/254990>>. Acesso 03 de junho de 2017.

_____. Organização Mundial da Saúde. Estrutura Conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. **Relatório Técnico Final**. Lisboa 2011. Disponível em <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70882/4/WHO_IER_PSP_2010.2_por.pdf>. Acesso em 03 de junho de 2017.

PAIVA, M. C. M. S.; PAIVA, S. A. R.; BERTI, H. W. Eventos Adversos: Análise de um Instrumento de Notificação Utilizado no Gerenciamento de Enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 287-294, Junho 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 de junho 2017.

PEDROSA, T. M. G., COUTO, R. C. **Acreditação e seu Impacto na Minimização dos Erros e Eventos Adversos na Assistência Médico-Hospitalar**. Boletim Eletrônico Mensal da Associação Mineira de Epidemiologia e Controle de Infecções, março 2012. Ano 01. Edição nº 3. Disponível em: <<http://www.iagsaude.com.br/arquivos/site/publicacoes/informativo-ameci-marco-2012-n3.pdf>>. Acesso em 03 de junho de 2017.

PORTO, S. et al. A magnitude financeira dos eventos adversos em hospitais no Brasil. **Rev Port Saúde Pública**; Vol. Temático (10): pag. 74-80. 2010

REASON, J. Human Error: Models and Management. **Brit med journal**, n. 320, p.768-770, 2000. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117770/pdf/768.pdf>>. Acesso em: 06 de junho 2017.

REBRAENSP. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. **Estratégias para a segurança do paciente: manual para profissionais da saúde**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013. Disponível em: <http://www.rebraensp.com.br/pdf/manual_seguranca_paciente.pdf>. Acesso em 03 de junho de 2017.

REIS, C. T. et al. **A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde – um olhar sobre a literatura**. Ciência & Saúde Coletiva, 18 (7): 2029-2036 2013.

RIO GRANDE DO NORTE. Secretaria da Saúde Pública (SESAP). **COORDENADORIA DE PLANEJAMENTO E CONTROLE DE SERVIÇOS DE SAÚDE**. Plano estadual de saúde 2016 a 2019. Natal, 2016a. 135 p.

_____. Secretaria da Saúde Pública (SESAP). **COORDENADORIA DE PLANEJAMENTO E CONTROLE DE SERVIÇOS DE SAÚDE**. Plano estadual de segurança do paciente. Natal 2016b.

SOBEST. Sociedade Brasileira de Estomatoterapia. **Classificação das Lesões por Pressão - CONSENSO NPUAP 2016 - ADAPTADA CULTURALMENTE PARA O BRASIL**. Disponível em: <http://www.sobest.org.br/textod/35>. Acesso em 05 de junho 2017.

TASE, T. H. et al. Identificação do Paciente nas Organizações de Saúde: uma Reflexão Emergente. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 34, n. 3, p. 196-200, Sept. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000300025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 de junho de 2017.

TOFFOLETTO, M. C. et al. Fatores Relacionados à Ocorrência de Eventos Adversos em Pacientes Idosos Críticos. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 6, p. 1039-1045, Dezembro 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000601039&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 de junho de 2017.

ZAMBON, L. S. **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. Tese (Doutorado em Processos Inflamatórios e Alérgicos) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014. Disponível em <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5165/tde-04082014-085402/pt-br.php>>. Acesso em 05 de junho de 2017.