



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Oswaldo Cruz
Curso de Especialização em Ensino em Biociências e Saúde

Educação Permanente e a Segurança do Paciente: uma Revisão Integrativa da Literatura

Ana Claudia de Almeida Ramos

Orientador (es)
Juliana de Meis
Renato Matos Lopes

Rio de Janeiro
2017

Ana Claudia de Almeida Ramos

Educação Permanente e a Segurança do Paciente: uma Revisão Integrativa da Literatura

Monografia submetida como requisito parcial para obtenção do grau de especialista em Ensino em Biociências e Saúde, Curso de Especialização em Ensino em Biociências e Saúde, pelo Instituto Oswaldo Cruz/FIOCRUZ.

Local (is) onde o projeto será desenvolvido

Data: ___/___/2017

Assinatura do Aluno

Assinatura do Orientador

Assinatura do 2º Orientador (opcional)

RAMOS, ANA CLAUDIA DE ALMEIDA .

Educação Permanente e a Segurança do Paciente: uma Revisão Integrativa da Literatura. / ANA CLAUDIA DE ALMEIDA RAMOS. - Rio de Janeiro, 2017.

vi, 83 f.; il.

Monografia (Especialização) - Instituto Oswaldo Cruz, Pós-Graduação em Ensino em Biociências e Saúde, 2017.

Orientadora: JULIANA DE MEIS.

Co-orientador: RENATO MATOS LOPES.

Bibliografia: Inclui Bibliografias.

1. Educação Continuada. 2. Segurança do Paciente.. I. Título.

*Dedico este trabalho a minha família e amigos,
pois sem eles esta conquista não seria possível.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter me dado forças para vencer todas as adversidades do caminho.

À minha família que me apoiou, não só com a confiança de que eu alcançaria esta conquista, mas fisicamente presente me auxiliando quando não conseguia caminhar sozinha.

À minha querida Luana Cardoso Pestana que tanto me ajudou neste processo.

Aos meus chefes Cássio Maia Pessanha e Isabella Barbosa Meireles e minha amiga de trabalho Patrícia Pesqueira Fonseca Monteiro.

Aos amigos de curso pela força nos momentos de fraqueza.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste sonho.

**"A Medicina costumava ser simples,
inefetiva e relativamente segura.
Atualmente ela é complexa, efetiva e
potencialmente perigosa."
(Sir Cyril Chantler)**

RESUMO

O presente estudo analisa a produção científica acerca da educação permanente em saúde para segurança do paciente na América Latina. Foram identificadas as estratégias educacionais utilizadas pela equipe multiprofissional da saúde para implantação, avaliação e monitoramento de ações de capacitação para segurança do paciente, e discutem-se os resultados exitosos apontados pela bibliografia. Foi realizada uma revisão integrativa da literatura nas bases de dados LILACS e SCIELO, em agosto de 2017. A procura usou os descritores educação continuada *and* segurança do paciente. Como critérios de inclusão dos artigos, foram utilizados estudos que abordam a temática educação permanente em saúde para a segurança do paciente, indexados nas bases de dados, publicados no período de janeiro de 2011 a 2017, com resumos disponíveis *on-line* nos idiomas português, inglês e espanhol, e acessado na íntegra. Foram encontrados 23 artigos. A análise mostrou que esses estudos são de baixa evidência científica tendo como base a escala de evidência científica utilizada neste estudo, o que sinaliza lacunas no conhecimento produzido. O delineamento das pesquisas, a escolha do tipo de pesquisa se qualitativa ou quantitativa, se experimentais ou observacionais, se analíticos ou descritivos, todas essas definições das pesquisas as coloca num determinado nível de evidencia, e se você escolhe um tipo de metodologia que se encaixa em níveis mais baixos a pesquisa está fadada a ser considerada como de baixo nível de evidencia científica. Os resultados positivos mostram um aumento na produção de pesquisas sobre a segurança do paciente e os eventos adversos, e um aumento da adesão dos profissionais às práticas assistenciais seguras. Isso retrata o avanço da política de segurança do paciente, desde sua instituição pelo Ministério da Saúde. Levando-se em consideração os objetivos desta pesquisa, pode-se afirmar que o objetivo não foi alcançado, dois artigos trataram de estratégias educacionais. Temos uma publicação ainda incipiente sobre esta vertente do tema. Faz-se necessário, portanto, um aumento de produtividade e qualidade dos estudos. Com relação aos resultados exitosos, foi observada uma melhora na adesão dos profissionais à verificação da pulseira de identificação do paciente antes da prestação de cuidados.

Palavras-chave: Educação continuada; segurança do paciente.

ABSTRACT

The present study aimed to analyze the scientific production about the permanent education in health for patient safety in Latin America. The educational strategies used by the health team for the implementation, evaluation and monitoring of training actions for patient safety were identified and the successful results indicated by the bibliography are discussed. An integrative literature review was carried out in the LILACS and SCIELO databases, in August 2017. The search was considered in the descriptors continuing education and patient safety, and as criteria for inclusion of the articles Studies that address the theme of permanent education in health for patient safety, indexed in databases, published in the period from January 2011 to 2017, with abstracts available and accessed in full by the online medium in Portuguese, English and Spanish. Twenty-three articles were found. The analysis of the studies showed that they are of low scientific evidence based on the scale of scientific evidence used in this study, which indicates gaps in the knowledge produced. The design of the research, the choice of the type of research whether qualitative or quantitative, whether experimental or observational, whether analytical or descriptive, all these definitions of research place them at a certain level of evidence, and if you choose a type of methodology that fits at lower levels the research is bound to be considered as low level of scientific evidence. The positive results show us an increase in the production of research on patient safety and adverse events, and an increase in the adherence of professionals to safe healthcare practices. This portrays the advancement of patient safety policy, since its establishment by the Ministry of Health. This depicts an improvement in the initial setting when patient safety was instituted by MS. Taking into consideration the objectives of this research, it can be affirmed that the objective was not reached, two articles dealt with educational strategies. We have a publication still incipient on this aspect; therefore, it is necessary to increase productivity and quality of studies. Regarding the successful results, an improvement was observed in the adherence of the professionals to the verification of the patient identification bracelet before the care was given.

Key words: Continuing Education; Patient Safety.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo analizar la producción científica sobre educación continua en la salud para la seguridad del paciente en América - Latina. Se identificaron las estrategias de enseñanza utilizadas por el equipo multidisciplinario de la salud para el seguimiento y la evaluación de las acciones de formación para la seguridad del paciente, y discutir los resultados exitosos presentados en la bibliografía. Una revisión integradora de la literatura se realizó en las bases de datos LILACS y SciELO en agosto de 2017. La demanda fue usado los descriptores continuaron la educación y la seguridad del paciente, ya partir de criterios artículos se utilizaron Los estudios que abordan la temática de la educación permanente en salud para la seguridad del paciente, los índices en las bases de datos, publicado no período de enero de 2011 a 2017, con resumen disponibles y accesos en índices por medio de línea on-line nos idiomas portugués, inglés y español. Se encontraron veintitrés artículos. El análisis mostró que estos estudios son de baja evidencia científica, teniendo como base la escala de evidencia científica utilizada en este estudio, lo que señala lagunas en el conocimiento producido. La selección del tipo de investigación si es cualitativa o cuantitativa, si experimentales o observacionales, si analíticos o descriptivos, todas estas definiciones de las encuestas las coloca en un determinado nivel de evidencia, y si usted elige un tipo de metodología que encaja A niveles más bajos la investigación está destinada a ser considerada como de bajo nivel de evidencia científica. Teniendo en cuenta los objetivos de esta investigación, se puede afirmar que el objetivo no ha sido alcanzado, dos artículos trataron de estrategias educativas. Tenemos una publicación aún incipiente sobre esta vertiente del tema. Por lo tanto, es necesario un aumento de la productividad y la calidad de los estudios. Con respecto a los resultados exitosos, se observó una mejora en la adhesión de los profesionales a la verificación de la pulsera de identificación del paciente antes de la prestación de cuidados.

Palabra Clave: educación continua; y la seguridad del paciente.

LISTA DE FIGURAS E IMAGENS

Figura 01: Escala de Evidências Científicas por Tipo de Estudo.....	15
Figura 02: linha do tempo.....	21
Figura 03: Metodologia da Revisão Integrativa.....	27
Quadro 01: Pesquisa dos descritores (DeCS) realizada no site da BVS.....	28
Quadro 02: Pesquisa dos artigos realizada no site da BVS.....	30
Quadro 03: Pesquisa dos artigos realizada no site da SciELO.....	31
Quadro 04: Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa segundo título, autores, nome do periódico, ano da publicação e base de dados.....	42
Quadro 05: Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa segundo delineamento da pesquisa, objetivo da pesquisa, nível de evidência e país de origem.....	46
Quadro 06: Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa segundo as estratégias metodológicas utilizadas, resultados positivos apontados, uso indicadores.....	50
Quadro 07: Distribuição dos estudos em categorias e subcategorias.....	54
Gráfico 01: Autores por classe trabalhista.....	56
Gráfico 02: Ano de publicação.....	57
Gráfico 03: Delineamento das pesquisas – quantitativas e qualitativas.....	57
Gráfico 04: Níveis de evidência.....	58
Gráfico 05: Utilização de indicadores.....	59
Gráfico 06: MISP.....	60

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AND Operador Booleano de intersecção

ANVISA Agência Nacional de Vigilância Sanitária

AVA Ambiente Virtual de Aprendizado

BIREME Centro Latino – Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde

BVS Biblioteca Virtual em Saúde

CREMESP Conselho Regional de Medicina de São Paulo

DeCS Descritos em ciências da saúde

EA Eventos adversos

EAD Educação a Distância

EP Educação Permanente

EPS Educação Permanente em Saúde

EUA Estados Unidos da América

GR Gerência de Risco

HIV Vírus da Imunodeficiência Humana

HM Higienização das mãos

IOM Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América

IRAS Infecção Relacionada à Assistência à Saúde

JCI Joint Commission International

LILACS Literatura Latino – Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MISP Metas Internacionais de Segurança do Paciente

MS Ministério da Saúde

Near Miss Quase erro

NOTIVISA Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária

NSP Núcleo de Segurança do Paciente

OMS Organização Mundial da Saúde

OPAS Organização Pan-Americana da Saúde

PBE Práticas Baseadas em Evidências

QualiSUS Rede Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede de Atenção à Saúde

SCIELO Scientific Electronic Library on Line

SNVS Sistema Nacional de Vigilância Sanitária

SP Segurança do Paciente

SUS Sistema Único de Saúde

TFD Teoria Fundamentada nos dados

UPP Úlcera de Pressão

VIGIPOS Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária

WHO World Health Organization

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	14
Práticas Baseadas em Evidências (PBE).....	14
Educação Permanente.....	16
Segurança do Paciente.....	17
METODOLOGIA.....	27
RESULTADOS.....	34
DISCUSSÃO.....	61
CONCLUSÕES.....	69
REFERÊNCIAS IBLIOGRÁFICAS.....	71
ANEXOS	
A.....	79
B.....	80
C.....	81
D.....	82
E.....	83

INTRODUÇÃO

A Segurança do paciente é um assunto tratado hoje em todo o mundo como de suma importância para um cuidado efetivo, seguro e eficiente, onde o paciente não corra riscos e danos desnecessários. No Brasil ele é tratado dentro das instituições de saúde através do Núcleo de Segurança do Paciente, o Gerenciamento de Risco e a Educação Permanente em Saúde, pautados em estudos baseados nas Práticas Baseadas em Evidências (ZAGHI et al., 2013).

Práticas Baseadas em Evidências (PBE)

A PBE teve início em 1990 e sua finalidade era promover a melhoria da assistência à saúde por meio do ensino, e levar a uma melhora do ensino de graduação e pós-graduação na área da saúde. Esse movimento começou no Canadá, Estados Unidos da América e Reino Unido e desenvolveu-se na medicina, mas agora faz parte da saúde como um todo. A PBE é uma abordagem que envolve a definição de um problema, a busca e avaliação crítica das evidências disponíveis, implantação das evidências na prática e avaliação dos resultados obtidos. A implantação desta abordagem traz a necessidade de saber como obter, interpretar e integrar as evidências oriundas de pesquisas na assistência prestada ao cliente e seus familiares. O termo baseado em evidência implica no uso e aplicação de pesquisas como base para a tomada de decisões sobre a assistência à saúde. (GALVÃO, SAWADA E MENDES, 2003).

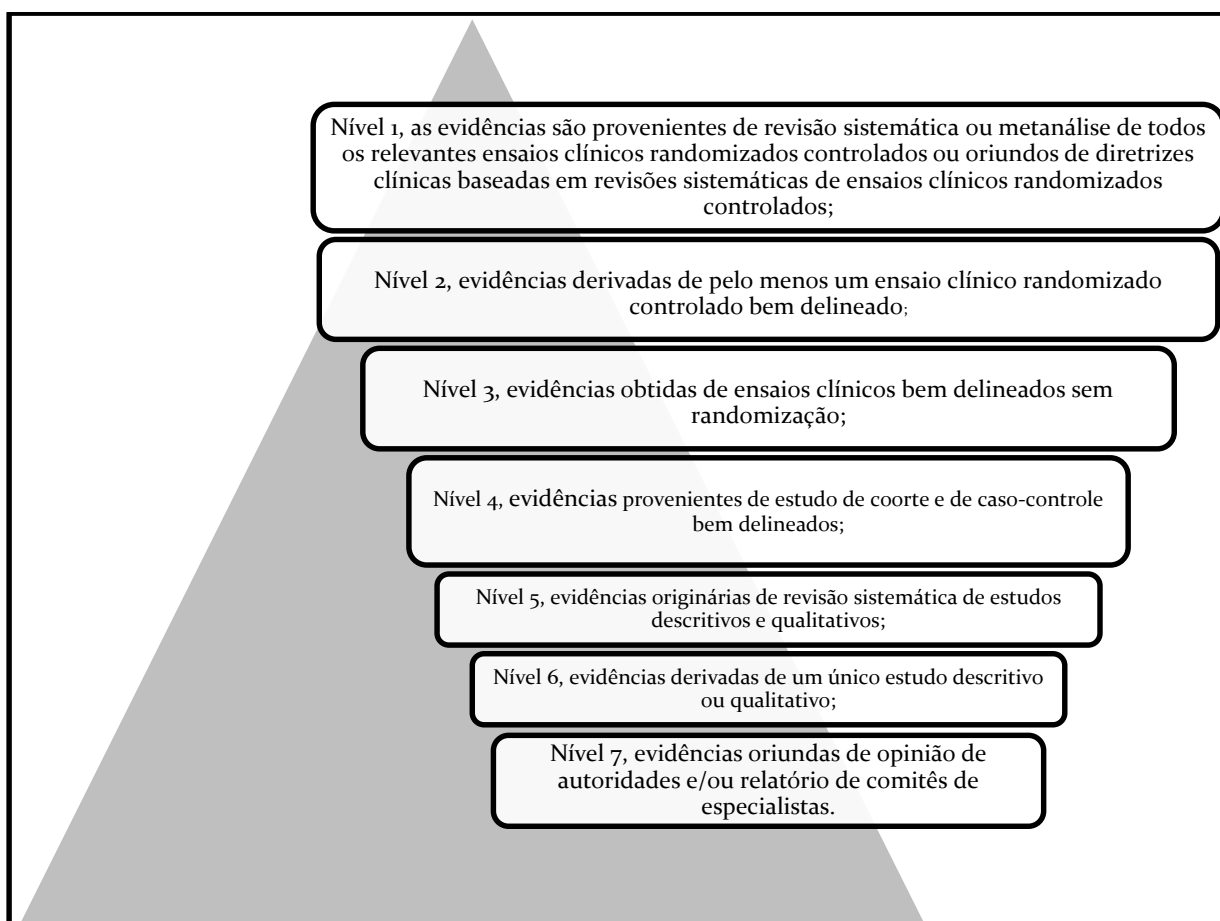
A utilização de resultados de pesquisas na prática consiste em um dos pilares dessa abordagem. A implantação da prática baseada em evidências poderá melhorar a qualidade do cuidado prestado ao cliente e intensificar o julgamento clínico; os profissionais de saúde devem saber como obter, interpretar e integrar as evidências oriundas de pesquisas com os dados do paciente e as observações clínicas. (ROSSWURM, LARRABEE, 1999 apud GALVÃO, SAWADA, 2003).

A escala de Evidencia Científica serve para classificar os artigos segundo seu grau de evidencia científica a partir do tipo de estudo usado nos mesmos. Como descreve GALVÃO, 2006:

A qualidade das evidências é classificada em sete níveis. No nível 1, as evidências são provenientes de revisão sistemática ou metanálise de todos relevantes ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundas de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; nível 2, evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; nível 3, evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; nível 4, evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; nível 5, evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; nível 6, evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; nível 7, evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas (Melnyk, Fineout-Overholt, 2005, p. 03 apud GALVÃO, 2006, p. 1).

Para organização das informações deste trabalho foi utilizada a Escala de Evidências, conforme mostrado na figura 01. Ela é subdividida em sete níveis de evidências (onde o nível um é o que tem o mais alto nível de evidência científica). As escalas de evidência têm o objetivo de determinar o melhor estudo para práticas ou intervenções em saúde.

Figura 01: Escala de Evidências Científicas por Tipo de Estudo.



Fonte: Melnyk, Bernadette Mazurek. Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice / Bernadette Mazurek Melnyk, Ellen Fineout-Overholt. —2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p. 3-24.

Educação Permanente em Saúde

Segundo Morin (2000), a educação é tratada como um fenômeno social e universal, de suma importância para que possa existir uma sociedade e que as relações entre os indivíduos desta ocorram. Ela é usada pelos indivíduos como um dispositivo para a sua formação e para o desenvolvimento das capacidades físicas e espirituais dos mesmos, o que os torna capazes de uma participação social ativa e transformadora dentro de todos os seus círculos sociais.

A definição de Educação Permanente, Educação Permanente em Saúde e Educação Continuada ainda se confundem e permeiam, neste trabalho usarei Educação Permanente em Saúde e Educação Permanente quando citado por algum autor.

A Educação Permanente em Saúde (EPS), instituída pelo Ministério da Saúde (MS) através da Portaria GM/MS Nº 198 de 2004 e alterada em 2007, é uma política criada como estratégia para fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS). Ela objetiva o trabalho, a qualificação e a transformação das práticas de saúde (BRASIL^A, 2007).

O MS define a EPS como uma forma de aprendizado que ocorre no ambiente de trabalho onde aprender e ensinar são incorporados ao cotidiano do serviço. Suas bases são trazidas da aprendizagem significativa e tem a perspectiva de uma transformação das práticas da equipe multidisciplinar da saúde. Neste contexto, a aprendizagem significativa é expressa como procedimentos que levam a aprendizagem e que tornam possível a construção do conhecimento a partir de saberes adquiridos previamente pelos indivíduos vinculados aos problemas vivenciados no trabalho (BRASIL^A, 2014).

Ao utilizarem a EPS, as instituições têm como primeiro recurso captação de dados, cujo objetivo é formar um panorama das necessidades de capacitação. A partir dos dados coletados, poderá ser elaborado um plano de ação utilizando as melhores estratégias educacionais voltadas para um público-alvo específico e suas necessidades constantes de formação e capacitação. Assim, a EPS torna-se parte imprescindível das propostas de instrução e aperfeiçoamento de recursos humanos das instituições (HAYGERT, 2010).

Vemos a importância da EPS em alguns trabalhos como em Andrade et al. (2010), que traz que a Educação Permanente surge como uma **estratégia** que visa contribuir para transformar e qualificar as práticas de saúde, a organização das ações e dos serviços de saúde, os processos formativos e as estratégias pedagógicas na formação e desenvolvimento da equipe multiprofissional de saúde.

Segundo BRASIL (2000, p.11) “A Educação Permanente – EP deve ter como **objetivo central** a transformação do processo de trabalho, orientando-o para uma constante melhoria da qualidade das ações e serviços de saúde“. Esse objetivo central e a consequente melhoria da qualidade e das ações nos serviços de saúde estão intimamente ligados à Segurança do Paciente (SP).

Segurança do Paciente

Segundo a RDC 36, de 25 de julho de 2013, do MS em seu Art. 3º, a Segurança do Paciente é a “redução, a um mínimo aceitável, do risco (probabilidade de um incidente ocorrer) de dano desnecessário associado à atenção à saúde”. Ainda na RDC 36, dano é compreendido como “o Comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico”.

No que tange ao incidente ele é um evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente. Podendo ser classificado como, uma **circunstância notificável** quando existe apenas um potencial dano, **quase erro** (*Near miss*) quando o incidente é detectado antes que ocorra, ele não chega até o paciente, um **incidente sem dano** quando ele chega até o paciente, mas como seu nome diz não lhe causa dano, e o **incidente com dano**, conhecido como Evento Adverso (EA), que causa algum tipo de dano ao paciente. A partir dessas definições, pressupõe-se que existe um dano (EA) necessário. Um EA necessário seria causado por um procedimento ou medicação inerente ao tratamento, por exemplo, uma incisão para a realização de uma intervenção cirúrgica, uma condição necessária para salvar uma vida. O EA desnecessário está associado a um erro ou uma violação, por exemplo, uma laceração em decorrência

de uma queda do leito hospitalar. Uma grave reação alérgica a um medicamento quando o paciente já tem um histórico de alergia a esta determinada medicação (WHO, 2009).

Fatores que levam à ocorrência dos incidentes, sejam eles sem ou com dano (EA), são embasados pelo estudo de James Reason, professor de psicologia da Universidade de Manchester, Reino Unido. Sua teoria é conhecida como a **Teoria do Queijo Suíço**, na qual as vulnerabilidades do sistema de saúde são comparadas com os buracos presentes nesse alimento. Cada fatia do queijo suíço representa uma etapa desse sistema complexo, denominadas de: **fonte do problema** (descuido dos profissionais ou comportamento de risco do paciente), **falhas ativas** (atos inseguros ou omissões, cometidos pelos profissionais de saúde) e **falhas latentes** (ambiente de trabalho, supervisão inadequada, falta de treinamento ou formação deficiente, estresse, sobrecarga de trabalho e sistemas de comunicação inadequados). Se observarmos o alinhamento das vulnerabilidades (buracos das fatias do queijo suíço), houve uma quebra na segurança e o evento adverso foi capaz de acometer o paciente (REASON, CARTHEY, LEVAL, 2001).

As instituições aderem a uma cultura de segurança do paciente ao adotar barreiras/estratégias como a gestão da qualidade, o gerenciamento de risco e o aprendizado, visando identificar as causas dos erros, o que poderá prever a sua ocorrência. Dessa forma, a equipe multiprofissional poderá organizar os sistemas de maneira que os buracos do queijo suíço não consigam se alinhar e, assim, alcançar seu objetivo, que é reduzir e até erradicar a ocorrência dos incidentes (REASON, CARTHEY, LEVAL, 2001).

Alguns fatores podem influenciar a ocorrência dos incidentes, os quais podem aparecer na sua origem ou no seu desenvolvimento ou no aumento do risco de que ele ocorra. Esses fatores podem ser resumidos em três elementos centrais que, em geral, ocorrem simultaneamente: 1) fatores externos, que fogem ao controle da organização, como o meio ambiente e as políticas legislativas; 2) fatores humanos, representados pelo comportamento, desempenho e comunicação entre os profissionais de saúde e o relacionamento da equipe, além dos componentes individuais dos profissionais, dos pacientes e da doença; 3) fatores do sistema operativo, como o ambiente em torno do trabalho e o nível de preocupação com a segurança do paciente (OMS, 2009).

Em Reis, Martins e Laguardia (2013, p.2033) vemos “a cultura de segurança do paciente é considerada como o produto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, os quais determinam o compromisso, o estilo e a proficiência da gestão de uma organização saudável e segura”. Isso vem pautado em uma comunicação que tem como base a confiança mútua, que ocorre com a percepção da importância da segurança e reconhecimento do êxito das medidas preventivas através da sua eficácia (HEALTH and SAFETY COMMISSION, 2005).

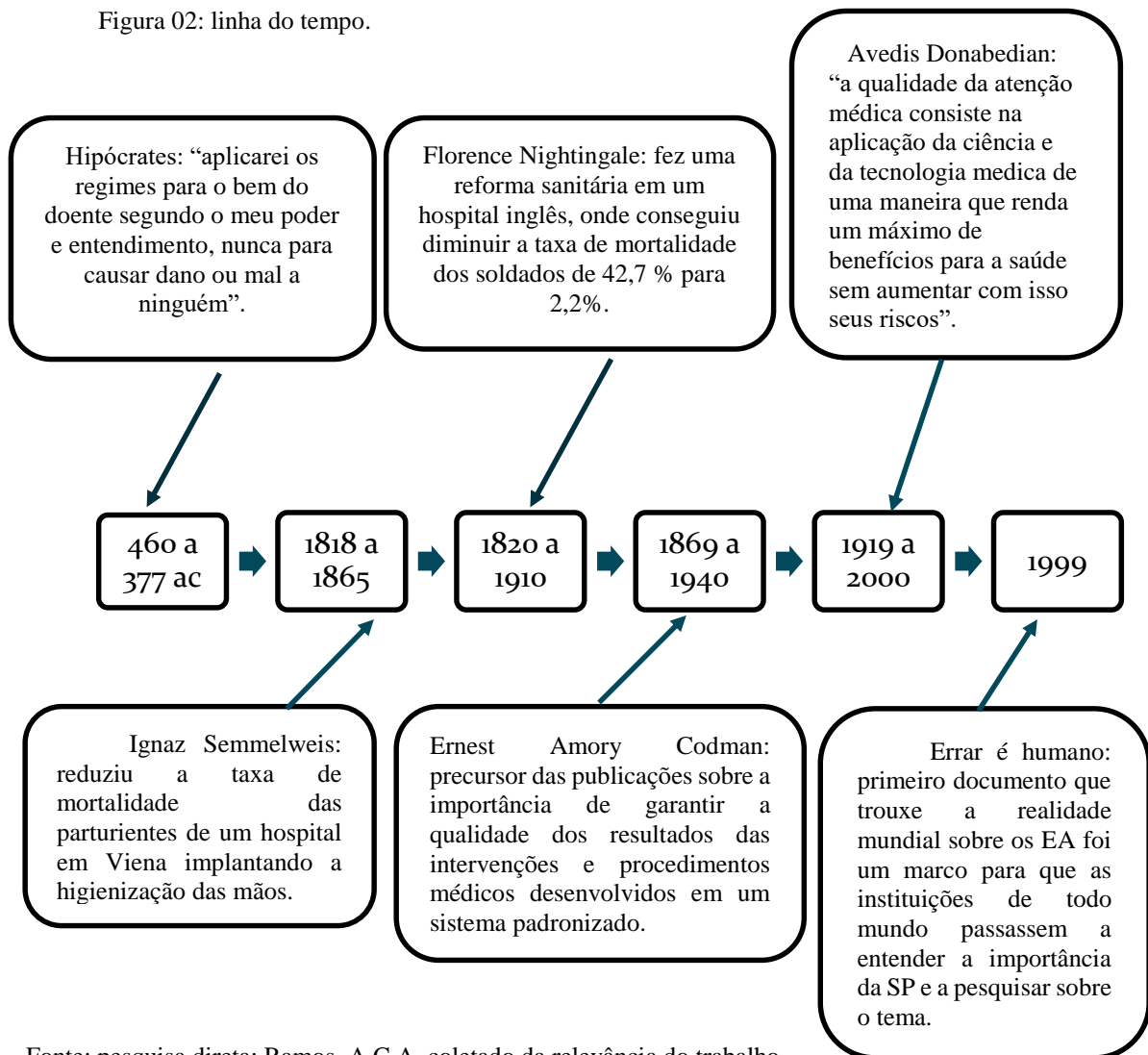
A relevância deste trabalho pauta-se no fato de que a SP vem sendo abordada através dos séculos para a melhoria do atendimento ao paciente. Nesse sentido, convém destacar marcos histórico acerca da Segurança do Paciente.

1. O primeiro relato remonta há quatro séculos antes de Cristo, quando Hipócrates (460-377 a.C.), mesmo sem fundamentos teóricos de uma cultura de segurança e num contexto de saúde rudimentar, já entendia sua importância. Em seu juramento, até hoje utilizado pelos médicos no ato da graduação, temos o seguinte enunciado: “Aplicarei os regimes para o bem do doente segundo o meu poder e entendimento, nunca para causar dano ou mal a alguém” (REZENDE, 2009).
2. Ignaz Semmelweis (1818-1865) era médico na Maternidade do Hospital Geral de Viena, onde na época existia uma epidemia de febre puerperal e elevada taxa de mortalidade das parturientes. Após incansáveis pesquisas e observações, ele descobriu que a causa da epidemia estava no procedimento inadequado de higiene. Os residentes realizavam os partos após manipularem cadáveres e sem fazer a higiene correta das mãos. (OLIVEIRA, FERNANDEZ, 2007).
3. Florence Nightingale (1820-1910) outro nome marcante na segurança do paciente, foi uma enfermeira que, após uma reforma sanitária em um hospital inglês, baixou a taxa de mortalidade dos soldados de 42,7% para 2,2% (NEUHAUSER, 2003).
4. Ernest Amory Codman (1869-1940) foi o médico responsável pela publicação dos primeiros trabalhos abordando a importância de garantir a qualidade dos

resultados das intervenções e procedimentos médicos desenvolvidos em um sistema de padronização hospitalar (FELDMAN, 2004). Segundo Castro, CGSO, coord. (2009).

5. Avedis Donabedian (1919-2000) foi o primeiro autor que se dedicou de maneira sistemática a estudar e publicar sobre qualidade em saúde. Em sua publicação de 1984 (p. 6-7) segundo ele “a qualidade da atenção médica consiste na aplicação da ciência e da tecnologia médica de uma maneira que renda o máximo de benefícios para a saúde sem aumentar com isto seus riscos”; “no mínimo não lesar, geralmente fazer algum bem e idealmente, realizar o maior benefício que seja possível alcançar em qualquer situação dada” (D’INNOCENZO, ADAMI, ICKO, 2006).
6. Em 1999, foi publicado o relatório *Errar é Humano* do Institute of Medicine (IOM) dos Estados Unidos. O documento apontou que cerca de 100 mil pessoas morreram em hospitais a cada ano vítimas de Eventos Adversos (EA) nos Estados Unidos da América (EUA). Essa alta incidência resultou em uma taxa de mortalidade maior do que as atribuídas aos pacientes com HIV positivo, câncer de mama ou atropelamentos. O relatório do IOM mostrou também que o acontecimento dos Eventos Adversos leva a um prejuízo financeiro, cerca de dois bilhões de libras ao ano são gastos na Irlanda do Norte e no Reino Unido por conta do aumento do tempo de internação dos pacientes que sofreram algum tipo de evento adverso, e com as questões litigiosas ligadas aos EA o Sistema Nacional de Saúde perde cerca de 400 milhões de libras ao ano. Já os EUA gastam com Eventos Adversos anualmente de 17 e 29 bilhões de dólares. Este relatório foi um marco para que as instituições em todo o mundo passassem a entender a importância da SP e a pesquisar o tema. A EPS entra neste quadro como uma força motriz para ajudar a implantar a cultura de segurança dos pacientes através de seus estudos e estratégias pedagógicas, a fim de tornar a equipe multiprofissional capacitada para um atendimento sem incidentes e erros (KOHN et al., 2000).

Figura 02: linha do tempo.



Fonte: pesquisa direta: Ramos, A.C.A, coletado da relevância do trabalho.

Para implantar a segurança dos pacientes nos hospitais, o MS instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) por meio da Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013. O PNSP traz em seu Art. 2 o objetivo geral que é concorrer para a qualificação da assistência em saúde, em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, quer públicos, quer privados de acordo com prioridade dada à segurança do paciente na agenda política dos estados membros da OMS e na resolução aprovada durante a 57ª Assembleia Mundial da Saúde. Os objetivos específicos do PNSP, artigo 3º, são promover e apoiar a implantação de iniciativas voltadas à SP, por meio de Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) nos estabelecimentos de Saúde; envolver os pacientes e seus familiares nesse processo; ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente; produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança

do paciente; e fomentar a inclusão deste tema no ensino técnico, de graduação e pós-graduação da área da saúde.

Tratando-se do PNSP vemos que ele é formado por quatro eixos básicos: o estímulo a uma prática assistencial segura, a inclusão do tema no ensino, o envolvimento do cidadão em sua segurança, e o incremento de pesquisas sobre o tema da saúde do paciente (BRASIL^B, 2014).

Para apoiar a implantação do PNSP, o Ministério da Saúde instituiu o NSP, por meio da Resolução – RDC nº 36. Onde temos que o NSP tem como princípios e diretrizes a melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde; a disseminação sistemática da cultura de segurança; a articulação e a integração dos processos de gestão de risco; a garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde.

A Segurança do Paciente tem-se mostrado parte primordial no que tange a qualidade do cuidado prestado adquirindo grande importância não só para eles e seus familiares, mas também para os gestores e profissionais da saúde primando por uma assistência segura num âmbito mundial. A OMS observando que a ocorrência de incidentes associados ao cuidado de saúde, em especial os EA representam uma elevada morbidade e mortalidade em todos os sistemas de saúde, levando-a e a outros organismos internacionais a lançarem campanhas, desafios e estratégias que tem por finalidade a diminuição dos riscos e dos danos associados ao cuidado à saúde (Portal da Saúde, 2017).

Segundo dados da OMS em seu relatório de Prioridades globais para pesquisa em segurança do paciente - Melhor conhecimento para cuidados mais seguros (2009) mostra que a segurança do paciente é uma questão que afeta todos os países, independente do seu nível de desenvolvimento. Vale lembrar que os números relacionados e essas falhas na assistência à saúde são parcos, acredita-se que milhões de pacientes, todos os anos morram ou sofram lesões incapacitantes em decorrência de erros ocorridos durante a prestação do cuidado à saúde, principalmente em países em desenvolvimento (WHO, 2009).

Em 2013, foram aprovados os protocolos básicos de segurança do paciente, por meio da Portaria GM/MS nº 1.377, de 2013 e da Portaria nº 2.095, de 2013. Com base nisso, o MS buscou uniformizar pensamentos e ações em prol da segurança do paciente em todo o território nacional e, assim, foram trazidas as seis Metas Internacionais da Segurança do Paciente (MISP). Elaboradas pela OMS em parceria com a Comissão Conjunta Internacional (*Joint Commission International* - JCI), segundo a portaria supracitada as MISP têm como objetivo principal promover melhorias específicas na segurança do paciente, por meio de estratégias que englobam os principais problemas relacionados à assistência à saúde. Nessa perspectiva, as MISP apresentam soluções baseadas em evidências para esses problemas.

Sinteticamente, as seis Metas consistem em: 1) identificar corretamente o paciente; 2) melhorar a comunicação entre profissionais de Saúde; 3) melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos; 4) realização de cirurgia segura em sítio cirúrgico, com procedimento e paciente corretos; 5) higienizar as mãos para evitar infecções; 6) avaliar os pacientes em relação ao risco de queda e úlcera por pressão, estabelecendo ações preventivas (Portal da Saúde, 2017).

Uma das estratégias utilizadas para identificar e quantificar a ocorrência dos EA na área de segurança do paciente implantada em muitos países é o sistema de notificação de incidentes. As causas destes incidentes devem passar por uma análise profunda e ter atenção prioritária por parte do sistema de saúde (LEVINSON, 2012).

No Brasil, o MS e a ANVISA também utiliza um sistema de notificação de incidentes. A Portaria nº 1.660, de 2009, instituiu o Vigipos - Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária, no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, como parte integrante do SUS. Para tanto, foi desenvolvida a ferramenta NOTIVISA, um sistema informatizado para web, previsto por essa mesma Portaria para receber, monitorar e analisar as notificações de incidentes, EA e Queixas Técnicas (QT) relacionadas ao uso de produtos e de serviços sob a responsabilidade da Vigilância Sanitária (BRASIL, 2014).

Através dos dados coletados pelo NOTIVISA, foi possível elaborar boletins que traçam uma imagem da realidade da segurança dos pacientes e possibilitam trabalhar onde existem as falhas. Segundo dados do boletim da ANVISA (Boletim Informativo: relacionada à assistência ano de 2014), em 2014 ocorreram 8.435 notificações, sendo a região sudeste a responsável pela maior parte: 61%. Com relação à faixa etária, os pacientes entre 66 e 75 anos sofreram mais EA, a maioria do sexo masculino. O local de maior incidência foi dentro dos hospitais, nos setores de internação, durante a prestação de cuidados. Os tipos de ocorrências mais comuns foram perda acidental de dispositivos, como sondas e cateteres, flebites¹, além de falhas na assistência envolvendo medicamentos.

Existem alguns trabalhos (citados a baixo) que mostram a importância da Educação Permanente na Saúde no contexto da Segurança do Paciente que é corroborado pelo PNSP. Ela surge a partir dos problemas enfrentados no cotidiano das instituições, levando em conta o conhecimento já adquirido pelos profissionais. Ela deve ser usada como uma ferramenta poderosa para o gerenciamento de riscos e para a segurança dos pacientes (BRASIL, 2013).

A educação permanente deve trazer um olhar da integralidade para as ações da assistência/cuidado e contribuir para a articulação de estratégias da equipe multiprofissional na resolutividade de problemas do paciente, facilitando a transformação das práticas de ensino-aprendizagem na produção do conhecimento (OLIVEIRA et al., 2011, P.61).

No estudo de Beccarial et al. (2009), no qual temos uma análise dos EA dentro de UTI, onde conclui-se que:

O fato de existir eventos adversos no cuidado prestado pela enfermagem na UTI é preocupante, pois estes evidenciam a qualidade da assistência, entretanto, após o levantamento dos mesmos, estes devem ser analisados para elucidar as possíveis causas, direcionando reflexões e educação permanente à equipe de enfermagem da unidade, visando medidas de prevenção e redução de erros. (BECCARIAL et al., 2009, P. 281)

No estudo de Francol et al. (2010, p. 931), vemos uma identificação da percepção da população estudada em relação aos EA relacionados à administração de medicações. Em sua conclusão, eles entenderam que “A educação permanente, atualizações, aprimoramento e reciclagem para incrementar os conhecimentos adquiridos na formação básica curricular também auxiliam na redução das falhas”.

No estudo de Gimenes et. al. (2009) foi analisada a administração de medicamentos em quatro hospitais. Em sua conclusão temos que:

Portanto, com a implantação destas áreas e a partir da prática da educação continuada e permanente dos profissionais envolvidos no sistema de medicação será possível minimizar os danos causados aos pacientes hospitalizados decorrentes da administração de medicamentos, melhorando a qualidade do cuidado prestado. (GIMENES et al., 2009, p.384).

Como profissional da saúde lotada em um Hospital Federal no Rio de Janeiro, e desenvolvendo atividades no NSP e GR, pude observar a falta de preparo da equipe multiprofissional da saúde para a implantação, de forma eficiente, de uma cultura de segurança do paciente. As deficiências foram observadas em todas as MISP e em todos os setores. A partir desta observação, comecei a imaginar o motivo deste quadro, já que haviam sido instituídas estratégias educativas por parte dos setores em que trabalho para melhorar essa situação. Isso me levou a questionar as nossas ações, e se existiria alguma estratégia educativa que fosse exitosa em outros cenários da assistência hospitalar. Assim, diante dessas reflexões, decidi realizar uma busca por outras experiências que tenham tido resultados exitosos (que tiveram resultados bem-sucedidos através das estratégias educacionais utilizadas), na produção científica Latino-Americana.

Importante dizer que a relevância social deste trabalho está explícita na perspectiva de que a segurança do paciente traz melhorias para a saúde da sociedade. Na mesma perspectiva, destacamos também a relevância científica, por ser um trabalho de revisão integrativa, cuja função é trazer informações de outros estudos disponíveis nas bases de dados que tenham pesquisado o tema com base nas práticas baseadas em evidências. Outra função do presente estudo, como a EPS é o ensino, levando-se em conta o montante de informações que se pode ter acesso em um só lugar. Por último, convém ressaltar os benefícios do presente estudo para a prática profissional, uma vez que facilita o acesso a várias experiências exitosas devidamente catalogadas e explicadas. Esses resultados poderão ser utilizados por qualquer instituição como base para estruturar uma prática profissional que lhe seja mais adequada e que traga melhorias ao serviço.

O objetivo geral deste trabalho é identificar o êxito (ou eficácia, segundo os preceitos da Prática Baseada em Evidências) da EPS para Segurança do Paciente na produção científica Latino – Americana.

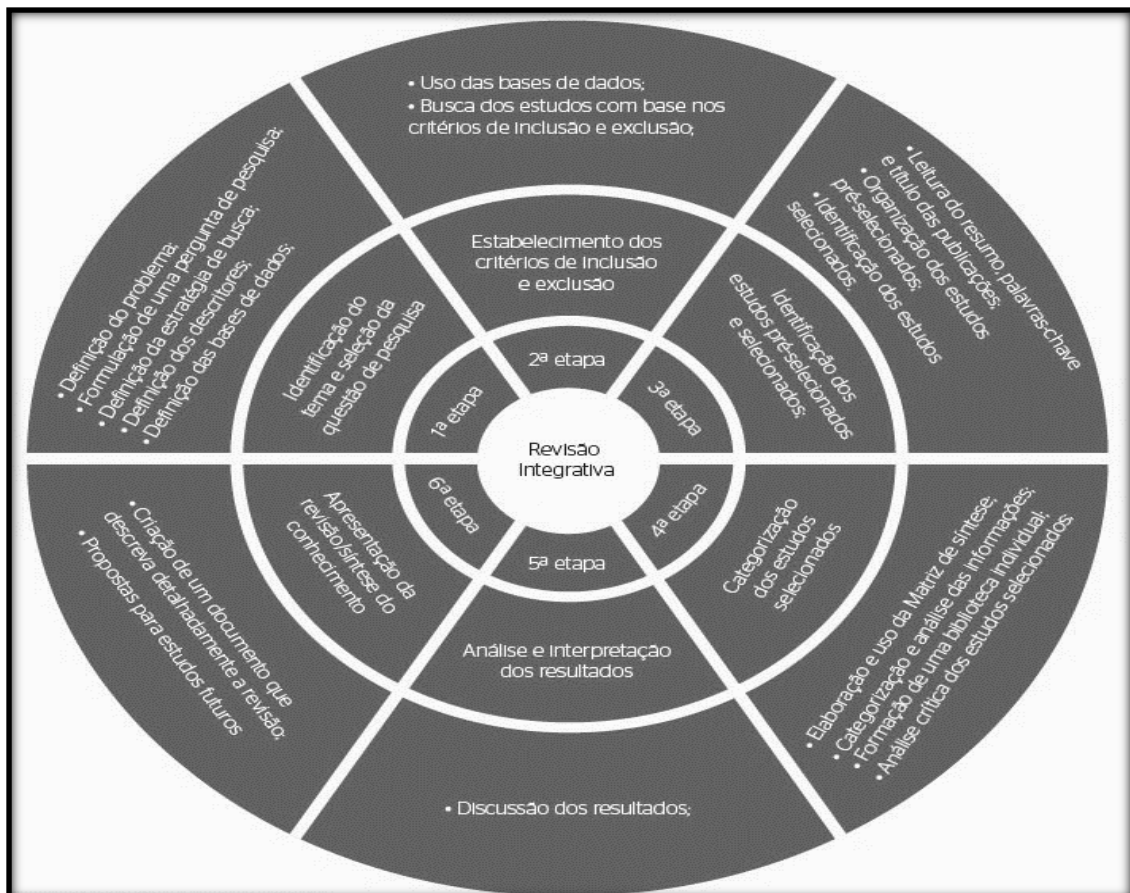
Os objetivos específicos são: identificar estratégias educacionais utilizadas pela educação permanente com os profissionais de saúde para implantação, avaliação e monitoramento de ações de capacitação para segurança do paciente; e discutir os resultados exitosos apontados pela bibliografia.

METODOLOGIA

O presente estudo consiste em uma revisão integrativa da literatura, um método de pesquisa que reúne, analisa e sintetiza resultados, experimentais ou não experimentais a partir de um tema de interesse. Dessa forma, a pesquisa torna-se mais abrangente, além de possibilitar uma compreensão mais completa do fenômeno analisado. Ela permite o levantamento das melhores evidências para embasar propostas de intervenção tendo como base as PBE. Segundo Beyea e Nicoll (1998), se bem-feita, a revisão integrativa se assemelha aos estudos primários em clareza, replicação e padrões de rigor. Os estudos primários equivalem às investigações originais, que se baseiam em relatos de casos, estudos de caso, estudo de coorte e ensaio clínico controlado randomizado (GREENHALGH, 1997 apud CAMPANA, 1999).

Segundo Botelho, Cunha e Macedo (2011), a revisão integrativa da literatura é uma metodologia dividida em seis etapas como mostra a figura a seguir.

Figura 03: Metodologia da Revisão Integrativa.



Fonte: Botelho, Cunha e Macedo 2011.

Neste estudo, as etapas se desenvolveram da seguinte maneira:

1º Etapa - elaboração da questão norteadora: *Quais são os níveis de evidência dos trabalhos disponíveis na literatura Latino-Americana sobre Educação Permanente em Saúde para Segurança do Paciente?*

2º Etapa – busca na literatura: o levantamento bibliográfico levou em consideração alguns critérios como a base de dados a ser utilizada. Tendo em vista a necessidade de conhecer a realidade brasileira e de países com realidades similares, a literatura selecionada foi a Latino – Americana. Sendo realizado o levantamento no Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME) que é um “Centro Especializado da OPAS/OMS para a cooperação técnica em informação e comunicação científica em saúde na Região das Américas, estabelecido em 1967”. A busca se deu na biblioteca Virtual em Saúde (BVS), pertencente à BIREME foi escolhida a base de dados bibliográfica chamada Literatura Latino-Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS), com ênfase na ampliação da cobertura em saúde pública, e da *Scientific Electronic Library Online - SciELO* (Biblioteca Científica Eletrônica em Linha), como um modelo para a publicação cooperativa de revistas científicas de qualidade online na Internet em modalidade de acesso aberto (Site da OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde).

Os descritores foram definidos no site da BVS, acessando o ícone “DeCS Terminologia” (que é o vocabulário Descritor em Ciências da Saúde - DeCS) na área principal do site, e posteriormente acessando o ícone “consulta aos descritores” que leva a página onde a busca foi realizada. Sendo utilizado o idioma do descritor em português, consulta por índice alfabético, e consulta por palavra – palavra ou termo. Descritores encontrados conforme quadro a seguir.

Quadro 01: pesquisa dos descritores (DeCS) realizada no site da BVS.

PESQUISAS REALIZADAS	DESCRITORES ENCONTRADOS
1ª Pesquisa: Educação Permanente	Descritor em Inglês: Education, Continuing.
	Descritor em Espanhol: Educación Continua;
	Descritor em Português: Educação Continuada;
	Sinônimos em português: Educação Contínua, Educação permanente, e formação Continuada.
2º Pesquisa: Educação Permanente em Saúde	Não possui descritor definido
3º Pesquisa: Educação permanente em Enfermagem	Não possui descritor definido
4º Pesquisa: Educação Continuada em Enfermagem	Descritor em Inglês: Education, Nursing, Continuing.
	Descritor em Espanhol: Educación Continua em Enfermería.
	Descritor em Português: Educação Continuada em Enfermagem.
	Sinônimos em Português: Educação em Enfermagem Pós-Básica e Educação em Enfermagem Pós-Formatura.
5º Pesquisa: Segurança do Paciente	Descritor em Inglês: Patient Safety
	Descritor em Espanhol: Seguridad Del Paciente
	Descritor em Português: Segurança do Paciente

Fonte: Pesquisa direta: Ramos, A.C.A. Coleta de dados através de levantamento nas bases de dados. Rio de Janeiro, agosto 2017.

Em consulta ao site da BVS, na sua página principal o ícone de “pesquisa” leva a página onde a busca foi realizada. Os descritores controlados foram utilizados em sete pesquisas em separado. Com a busca no conjunto do título, resumo e assunto. Dos

descritores citados no Quadro 01 foram utilizados os da 1º, 4º e 5º pesquisas, combinando os descritores da 1º com a 5º pesquisa (AND) e da 4º com a 5º pesquisa (AND). Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: 1. Data de publicação que delimitei de 2011 em diante (a escolha da delimitação do ano da publicação ocorreu pelo fato do Plano Nacional de Segurança do Paciente - PNSP ter sido instituído em 2013 e optamos por avaliar dois anos de publicações anteriores e as posteriores à publicação), 2. Publicações com texto completo, 3. Base de dados - LILACS, 4. Tipo de documento - artigos. Artigos encontrados conforme quadro a seguir.

Quadro 02: pesquisa dos artigos realizada no site da BVS.

BUSCA DE DADOS NA BASE LILACS	
DESCRITORES CONTROLADOS	NUMERO DE ARTIGOS ENCONTRADOS
1º Busca: Educação Continuada AND Segurança do Paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de artigos sem critérios de inclusão – 397 • Primeiro critério de Inclusão: texto completo – 202 • Segundo critério de Inclusão: base de dados – 18 • Terceiro critério de Inclusão: ano de publicação – 10 • Quarto critério de Inclusão: tipo de documento – 08
2º Busca: Educação Continuada em Enfermagem AND Segurança dos Pacientes	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de artigos sem critérios de inclusão – 182 • Primeiro critério de Inclusão: texto completo – 82 • Segundo critério de Inclusão: base de dados – 10 • Terceiro critério de Inclusão: ano de publicação – 06 • Quarto critério de Inclusão: tipo de documento – 04
3º Busca: Educação Permanente AND Segurança do Paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de artigos sem critérios de inclusão – 360 • Primeiro critério de Inclusão: texto completo – 182 • Segundo critério de Inclusão: base de dados – 14 • Terceiro critério de Inclusão: ano de publicação – 10 • Quarto critério de Inclusão: tipo de documento – 10
4º Busca: Educación Continua AND Seguridad del Paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de artigos sem critérios de inclusão – 452 • Primeiro critério de Inclusão: texto completo – 210 • Segundo critério de Inclusão: base de dados – 10 • Terceiro critério de Inclusão: ano de publicação – 09 • Quarto critério de Inclusão: tipo de documento – 08
5º Busca: Educación Continua en Enfermería.	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de artigos sem critérios de inclusão – 222 • Primeiro critério de Inclusão: texto completo – 94 • Segundo critério de Inclusão: base de dados – 07 • Terceiro critério de Inclusão: ano de publicação – 06 • Quarto critério de Inclusão: tipo de documento – 05

BUSCA DE DADOS NA BASE LILACS	
DESCRITORES CONTROLADOS	NUMERO DE ARTIGOS ENCONTRADOS
6º Busca: Education, Continuing AND Patient Safety.	<ul style="list-style-type: none"> • N° de artigos sem critérios de inclusão – 1.439 • Primeiro critério de Inclusão: texto completo – 710 • Segundo critério de Inclusão: base de dados – 20 • Terceiro critério de Inclusão: ano de publicação – 14 • Quarto critério de Inclusão: tipo de documento – 13
7º Busca: Education, Nursing, Continuing AND Patient Safety.	<ul style="list-style-type: none"> • N° de artigos sem critérios de inclusão – 583 • Primeiro critério de Inclusão: texto completo – 256 • Segundo critério de Inclusão: base de dados – 10 • Terceiro critério de Inclusão: ano de publicação – 07 • Quarto critério de Inclusão: tipo de documento – 06

Fonte: Pesquisa direta: Ramos, A.C.A. Coleta de dados através de levantamento nas bases de dados. Rio de Janeiro, agosto 2017.

Em consulta ao site da SciELO, na sua página principal o ícone “pesquisa” leva a página onde a busca foi realizada. Os descritores controlados foram utilizados em sete pesquisas em separado. Os mesmos descritores e o mesmo processo de busca anterior foram utilizados (LILACS). Diferente da LILACS nesta base de dados apenas utilizou um critério de inclusão que foi a data de publicação, que foi delimitado de 2011 em diante (PNSP -2013). Os demais critérios não se fizeram necessários, pois todas as publicações tinham texto completo e eram artigos. Artigos encontrados conforme Quadro 03.

Quadro 03: pesquisa dos artigos realizada no site da SciELO.

BUSCA DE DADOS NA BASE SciELO	
DESCRITORES CONTROLADOS	NUMERO DE ARTIGOS ENCONTRADOS
1º Busca: Educação Continuada AND Segurança do Paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • N° de artigos sem critérios de inclusão – 09 • Primeiro critério de Inclusão: ano de publicação – 07
2º Busca: Educação Continuada em Enfermagem AND Segurança dos Pacientes	<ul style="list-style-type: none"> • N° de artigos sem critérios de inclusão – 182 • Primeiro critério de Inclusão: ano de publicação – 07

BUSCA DE DADOS NA BASE SciELO	
DESCRITORES CONTROLADOS	NUMERO DE ARTIGOS ENCONTRADOS
3º Busca: Educação Permanente AND Segurança do Paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • N° de artigos sem critérios de inclusão – 360 • Primeiro critério de Inclusão: ano de publicação – 07
4º Busca: Educación Continua AND Seguridad del Paciente	<ul style="list-style-type: none"> • N° de artigos sem critérios de inclusão – 452 • Primeiro critério de Inclusão: ano de publicação – 07
5º Busca: Educación Continua en Enfermería AND Seguridad del Paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • N° de artigos sem critérios de inclusão – 222 • Primeiro critério de Inclusão: ano de publicação – 07
6º Busca: Education, Continuing AND Patient Safety.	<ul style="list-style-type: none"> • N° de artigos sem critérios de inclusão – 1.439 • Primeiro critério de Inclusão: ano de publicação – 07
7º Busca: Education, Nursing, Continuing AND Patient Safety.	<ul style="list-style-type: none"> • N° de artigos sem critérios de inclusão – 583 • Primeiro critério de Inclusão: ano de publicação – 07

Fonte: Pesquisa direta: Ramos, A.C.A. Coleta de dados através de levantamento nas bases de dados. Rio de Janeiro, agosto 2017.

Na base de dados LILACS foram encontrados 54 artigos, destes 31 são duplicatas, e 1 é uma transcrição de uma palestra. Na SciELO foram encontrados 40 artigos, destes 36 são duplicatas. Desta busca 26 artigos foram selecionados.

3º etapa - coleta de dados: as informações retiradas dos artigos revisados foram sumarizadas e organizadas. Os dados foram categorizados e discutidos segundo os objetivos da revisão integrativa com base no referencial teórico da prática baseada em evidências (PBE).

4º etapa – análise crítica dos estudos selecionados: realizou-se uma análise dos dados extraídos dos artigos selecionados.

5º etapa – discussão dos resultados: prosseguiu-se com uma discussão e interpretação dos principais resultados comparados entre si, fundamentados com o conhecimento teórico e avaliados quanto a sua aplicabilidade.

6º etapa - apresentação da revisão integrativa: apresenta-se a conclusão e a síntese do conhecimento acerca da educação permanente em saúde para a segurança do paciente na perspectiva da literatura Latino-Americana.

RESULTADOS

Segue abaixo a síntese dos artigos selecionados pela pesquisa as bases de dados para uma melhor compreensão dos resultados obtidos.

O artigo nº 01 é um estudo descritivo – exploratório e quantitativo que, através de entrevista e aplicação de cursos na modalidade de EAD, buscou analisar o impacto das ações educativas para a verificação da pulseira de identificação dos pacientes antes da realização de cuidados. Foi observado que, após uma campanha institucional (com produção de vídeo, cartazes e folders) e um curso de educação à distância, houve um aumento percentual da verificação da pulseira. Eles puderam concluir que as estratégias educativas, ancoradas na sensibilidade da equipe, aperfeiçoam a adesão dos profissionais à verificação da identificação do paciente, o que contribui para o fortalecimento da cultura de segurança na instituição.

O artigo nº 02 é um estudo descritivo com abordagem qualitativa, na perspectiva de uma revisão integrativa da literatura. Com objetivo de analisar a produção científica acerca do tema resistência bacteriana e contribuir na produção do conhecimento acerca de estratégias para a sua prevenção, a fim de reduzir as consequências geradas por este grave problema de saúde pública. Entre as estratégias encontradas temos o uso racional de antimicrobianos, a higienização adequada das mãos, a cultura de vigilância microbiológica, a educação continuada, a desinfecção de superfícies, o uso de testes de suscetibilidade e o isolamento de contato quando indicado. Sendo concluído que o estudo contribuiu para a reflexão e adoção de medidas para contribuir com a segurança do paciente.

O artigo nº 03 é um estudo exploratório e quantitativo que objetiva analisar as iniciativas realizadas em cinco hospitais para garantir a segurança do paciente através da aplicação de questionário. Foi observada que em 100% das instituições foi efetivada a identificação do paciente, 86% a assistência limpa, 64 % controle de infecção da corrente sanguínea associada ao cateter, 64% cirurgia segura, 50% controle de medicamentos potencialmente perigosos e 29% erros com medicações. Todos os gerentes de risco

informaram que empregam a educação continuada como uma estratégia para a difusão dos programas, mas um reduzido número desenvolve ações preconizadas pela ANVISA.

O artigo nº 04 é um estudo descritivo e qualitativo com base nos dados obtido no estudo de base (um estudo de corte retrospectivo). Objetivando identificar elementos que sirvam de base as ações de melhoria da segurança do paciente. As infecções associadas aos cuidados da saúde (IRAS) representaram 24,6%; complicações cirúrgicas e/ou anestésicas, 20,0%; danos decorrentes do atraso ou falha no diagnóstico e/ou tratamento, 18,4%; úlceras por pressão, 18,4%; danos de complicações na punção venosa, 7,7%; danos devido a quedas, 6,2%; danos em consequência do emprego de medicamentos, 4,6%. EA evitáveis foram responsáveis por 373 dias adicionais de permanência no hospital. Foi observado que apesar dos limites do estudo os eventos adversos evitáveis se apresentam como um grave problema das instituições de saúde no Brasil. Muitos dos fatores contribuinte podem ser mitigados por ações simples que não requerem tecnologias complexas. Conhecer suas características é importante para pesquisadores, gestores, e profissionais da saúde, para adoção de intervenções para diminuir sua ocorrência.

O artigo nº 05 é um estudo transversal quantitativo que realizou entrevista para analisar o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre os EA. Da população de 25 profissionais, doze não souberam responder o que era EA, nove responderam que eram incidentes, complicações ou eventos inesperados, três disseram ser eventos ou falhas na assistência que causam prejuízo ao paciente, e um definiu como um acidente que não deveria acontecer. Todos relataram ter presenciado ou ter conhecimento da ocorrência de EA. Dentre os tipos de EA mais citados estão cateter obstruído, retirada acidental da agulha e coagulação do sistema extracorpóreo.

O artigo nº 06 é um estudo exploratório – descritivo e quantitativo, que utilizou observação direta de procedimento para avaliar se a higienização das mãos realizada antes do preparo e da administração de medicamentos e fluidoterapia pelos profissionais de enfermagem seguem as diretrizes estabelecidas pela OMS. Como resultado, foi observada uma baixa adesão dos profissionais à prática de higienização das mãos, além de estrutura inadequada, em desacordo com as diretrizes estabelecidas pela ANVISA e a OMS. Os autores concluíram que havia a necessidade de reestruturar o espaço físico, promover capacitação e educação continuada para garantir a segurança do paciente.

O artigo nº 07 é um estudo descritivo observacional de natureza documental. Foram realizadas observação, exame físico e análise de prontuários, com o propósito de avaliar a qualidade do cuidado de enfermagem. Os cuidados foram divididos em oito itens e receberam após as três avaliações, uma nota para classificá-lo. Os itens segurança física e utilização de equipamentos foram considerados de qualidade, todos os demais itens foram considerados de baixa qualidade. Este estudo permitiu conhecer a qualidade de parte dos cuidados desenvolvidos. Os esses dados levantados contribuíram para o direcionamento de ações para melhoria da equipe investigada.

O artigo nº 08 é um estudo qualitativo, o qual utilizou a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) como método de coleta e análise dos dados, realizado através de entrevista. Teve como objetivo compreender os significados atribuídos por enfermeiros gestores do cuidado de enfermagem ao indivíduo acometido por doença cardiovascular, às relações, interações e associações das práticas educativas em um hospital de referência cardiovascular no Sul do Brasil. Este estudo analisou os modelos das práticas de educação no ambiente de trabalho, e como resultado salienta que novos modelos de práticas educacionais são necessários, e que esta nova prática venha com dialogo e cooperação. O enfermeiro encontra assim um novo espaço para qualificar e potencializar a gestão do cuidado de enfermagem nas instituições de saúde.

O artigo nº 09 é um estudo de revisão integrativa, descritiva. Que aborda o tema dos EA causados pelo uso de tecnologias dentro de unidades de terapia intensiva, procurando identificar suas causas, recomendações para minimizar tais eventos e discutir as implicações na assistência de enfermagem. Como causas foram identificadas falha do equipamento, uso inapropriado e falhas da equipe. Considerando essas causas as recomendações são educação permanente dos profissionais; avaliação da produção, disponibilidade dos equipamentos, e uso de *checklist*. Concluindo que a SP também envolve o uso das tecnologias, e que os EA são um desafio aos profissionais de enfermagem.

O artigo nº 10 é um estudo proveniente de tese de abordagem qualitativa, delineado pela estratégia de pesquisa Estudo de Caso, foram realizadas entrevistas, observação com registro em diário de campo e análise documental em um hospital da Rede Sentinela.

Onde foi evidenciada a importância da Gerência de Risco na captação dos EA para delimitação de ações, e de como essas ações levam a uma melhora da qualidade da assistência e SP. Também são abordadas todas as MISPs e as ações para sua implantação e manutenção. Foi identificada melhora na segurança do paciente através da mudança nas práticas de enfermagem.

O artigo nº 11 é um estudo exploratório com abordagem qualitativa do tipo estudo de caso, por meio de entrevista semiestruturada e análise temática. Que objetiva conhecer as estratégias adotadas para a construção da cultura da segurança do paciente na perspectiva dos profissionais da saúde. A análise dos dados mostrou a necessidade de uma mudança cultural e gerencial das instituições para se implantar a cultura de segurança dos pacientes. Ela só acontecerá com a união entre todas as classes profissionais, a segurança do paciente não é inerente apenas à equipe de enfermagem todos devem aprimorar a ideia da responsabilidade coletiva. Salienta a necessidade de se compreender os erros, para que através deles sejam formuladas ações para a SP. Aborda a educação permanente como uma estratégia para implantação da cultura de segurança do paciente. Outro fator para a formação da cultura de segurança do paciente é levar esta temática para os bancos acadêmicos.

O artigo nº 12 é um estudo de campo qualitativo, que visa conhecer a percepção dos enfermeiros acerca do gerenciamento de risco e analisar as dificuldades e facilidades encontradas para a operacionalização do gerenciamento de risco hospitalar, através de entrevistas semiestruturadas. Após análise vemos que ainda existe nas instituições uma cultura punitiva, e que a GR é vista como ferramenta para melhorar a qualidade do trabalho, e como meio: de oferecer uma assistência segura, e para o paciente não sofrer danos. Mostra a necessidade de o enfermeiro gestor ser um agente facilitador e motivador das ações para a SP.

O artigo nº 13 é um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, através de entrevistas semiestruturadas que visa identificar as estratégias utilizadas pelos profissionais da saúde que atuam na oncologia para alcançar a satisfação no trabalho, além dos recursos/ações que poderiam amenizar as fontes de insatisfação e melhorar a qualidade do cuidado. As estratégias encontradas foram: 1) Estratégia individual - Manutenção do bom humor e motivação profissional; - Transmitir alegria e apoio ao

paciente; - Evitar trazer problemas pessoais para o ambiente de trabalho e vice-versa; - Afinidade com a profissão; - Desempenho das atividades laborais da melhor forma dentro de cada situação; - Praticar o acolhimento e a empatia com o paciente; - Buscar aperfeiçoamento técnico-científico; - Manter estrutura emocional e espiritual fortalecida; - Tratamento com psicóloga; - Realização de práticas de lazer e complementares em saúde. 2) Estratégia coletiva - - Trabalho em equipe.

O artigo nº 14 é um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, através de entrevistas semiestruturadas com o objetivo de identificar como a gestão de segurança é aplicada pelo enfermeiro no âmbito do gerenciamento do cuidado de enfermagem, e analisar os seus desafios nas enfermarias de Onco-hematologia pediátrica. Mediante a análise dos dados, evidenciou-se que as principais ferramentas gerenciais para gestão de segurança no ambiente das enfermarias de Onco-hematologia pediátrica foram: valorização do treinamento e da educação permanente; trabalho em equipe e participação da família, de modo a aumentar a vigilância na criança considerando o fato de seu comportamento aumentar o risco, seja relacionado à queda ou à perda do acesso venoso e infecção, por exemplo; e sistematização das ações com adequada notificação das ocorrências.

O artigo 15 é um estudo exploratório com abordagem qualitativa realizado com questionário semiestruturado que visa identificar o conhecimento dos acadêmicos de enfermagem frente à temática de segurança do paciente e as relações deste com o ensino da biossegurança da Universidade Federal de Santa Catarina. Os resultados apontam que a educação permanente é importante para sensibilizar e capacitar os profissionais acerca da utilização das tecnologias, contemplando os riscos e prevenções de acidentes ocupacionais, uso de equipamentos de proteção individual e coletiva. Concluíram que os acadêmicos tinham conhecimento sobre o tema e que o relacionavam com a segurança do paciente.

O artigo 16 é um estudo exploratório com abordagem qualitativa realizado com entrevistas e observações não participantes em dois hospitais de São Paulo. Que objetivou identificar a dinâmica institucional que emoldura a relação profissional - mulher violentada. Foi concluído que atitudes inadequadas dos profissionais reproduzem os preconceitos e as posturas sexistas que permeiam as relações sociais entre os sexos; a

maioria dos entrevistados considera sua formação insuficiente para lidar com casos de violência contra a mulher. Este estudo abre uma oportunidade de discussão nos serviços. É certo que os serviços de saúde e de segurança pública são capazes de admitir a existência de um tipo específico de violência exercida contra as mulheres, e também é certo que o atendimento prestado nesses serviços pode melhorar.

O artigo 17 é um estudo descritivo com abordagem qualitativa através de entrevista semiestruturada que visa analisar como a formação acadêmica sobre a higienização das mãos (HM) contribui para a segurança do paciente no Hospital das Clínicas de Porto Alegre. Como resultados têm que o processo formativo não abordou a temática de forma transversal, sistemática, de modo efetivo, impactante e continuado, a ponto de mobilizar os futuros profissionais a aderirem à prática correta de HM. Nessa perspectiva, o processo formativo de profissionais da saúde ainda tem caminhos a percorrer, especialmente na área de enfermagem, pelo fato de essa profissão permanecer 24 horas junto aos pacientes e prestar uma série de cuidados que exige muito contato físico e proximidade, principalmente quando o paciente é uma criança.

O artigo 18 é um estudo descritivo com abordagem quantitativa com base na análise prospectiva de *checklist* pós-operatório em um hospital da Aeronáutica na Argentina, que objetiva identificar as ações para uma maior segurança do paciente a partir da efetivação do mesmo no período pós-operatório. Observou-se que ele permitir reduzir os riscos e evitar eventos adversos evitável, reduzindo a morbidade, mortalidade, e o tempo de hospitalização, e conseqüentemente os custos de internação. Isso leva a uma melhor qualidade do atendimento. A educação permanente é abordada como essencial para se alcançar uma política verdadeira de segurança do paciente em todas as áreas de trabalho.

O artigo 19 é um estudo de pesquisa comparativa, observacional, transversal, com abordagem quantitativa, que visa avaliar se o *checklist* de Caprini modificado para avaliar os fatores de risco de tromboembolismo venoso é útil para a prática cirúrgica diária, e avaliar o conhecimento sobre trombo profilaxia. No Encontro Nacional de Cirurgiões de 2009, após a realização diversas atividades educacionais para aumentar a cultura de prevenção da doença tromboembólica foi realizada a primeira etapa do estudo. Em pequenos grupos foram discutidos casos clínicos com a utilização do *checklist*. Após um ano se realizou a segunda etapa que foi um questionário estruturado. Obsevou-se uma

grande aceitação deste instrumento para o uso na prática diária por líderes de opinião da Associação Mexicana de Cirurgia Geral, o que é de grande impacto para a segurança do paciente, o que é um ponto importante para a Cirurgia Segura Salva Vidas da OMS. A educação médica contínua em trombo profilaxia deve ser mantida para a atualização dos profissionais e se aceita que a lista de avaliação de risco Caprini modificado é útil para a prática diária.

O artigo 20 é um estudo exploratório com base qualitativa, que teve como objetivo reconhecer os aspectos significativos trazidos pelos enfermeiros em relação a sua experiência de serem responsáveis pela ocorrência de eventos adversos à saúde. Foi identificada a necessidade de fortalecer o sistema de recursos humanos da prática de enfermagem, bem como seu processo de seleção. Os enfermeiros destacaram o surgimento de categorias como falta de pessoal, carga de trabalho, trabalho em equipe e educação contínua de profissionais como aspectos bastante significativos. Os dados relacionados permitem a visualização de um caminho para a prática de intervenções de saúde voltadas para colaborar com um sistema de cuidados mais seguro.

O artigo 21 é um estudo descritivo com abordagem quantitativa que foi realizado através de uma análise de *checklist*, que objetivou identificar ações para uma maior segurança do paciente a partir da efetivação do *checklist* no período pré-operatório até a prescrição médica. Observou-se que ele é um sistema de controle e registro útil para os médicos e para a segurança do paciente, é um mecanismo de defesa que identifica falhas que podem desencadear eventos adversos relacionados à prescrição. A redução clara das falhas e potenciais eventos adversos devido à efetivação do *Checklist* servem como um guia não só para uso em pacientes cirúrgicos, mas para todos os pacientes no ambiente hospitalar. É necessário desenvolver uma educação continuada em todas as áreas da saúde para alcançar uma política definida sobre a segurança dos pacientes, e mais importante, uma cultura de segurança, que em última análise é o que vai qualificar o atendimento ao paciente.

O artigo 22 é um estudo experimental, descritivo, explicativo e laboratorial, que visa desenvolver um ambiente virtual de aprendizagem (AVA) sobre gerenciamento em eventos adversos, para educação permanente de enfermeiros, abordando as temáticas: úlcera por pressão, erros de medicação, flebite, queda e perda de sonda nasogastrointestinal.

Observou-se que a utilização de novas tecnologias educacionais, como um AVA, é estratégia inovadora e mudança de paradigma na capacitação de profissionais nas instituições de saúde. O desenvolvimento de um ambiente virtual de aprendizagem sobre gerenciamento em eventos adversos contribuirá para a conscientização dos enfermeiros em relação aos tipos de eventos, fatores de risco, classificação e incidência. Concluiu-se que o objetivo foi alcançado.

O artigo 23 é um estudo qualitativo, documental, caracterizado como revisão integrativa de literatura, realizada em quatro bases de dados e orientada por um protocolo formal. Que busca caracterizar o que a literatura atual versa a respeito dos erros de enfermagem, em especial de como esses erros são comunicados à sociedade pela imprensa. Observou-se que a maioria dos erros é de medicação (erro na dispensação, na dose, no horário, na prescrição), mas também foi encontrado erro de descuido-queda, omissão, técnica de procedimento, as principais causas estão relacionadas à sobrecarga de trabalho e a problemas do âmbito da gestão, e as principais fontes de prevenção são a melhoria das condições de trabalho, a educação continuada e a cultura de segurança. Os erros de enfermagem são multideterminados e seu enfrentamento requer medidas no âmbito profissional e institucional. Somente um estudo tratou sobre como esses erros são comunicados pela mídia, o que instiga novas investigações sobre este fenômeno.

Para melhor compreensão dos resultados, os dados levantados nessas bases estão apresentados nos quadros 1, 2 e 3.

Quadro 04: Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa segundo título, autores, nome do periódico, ano da publicação e base de dados.

Nº do Artigo	Título	Autores	Nome do Periódico	Ano de Publicação	Base de Dados
01	Estratégias educativas para melhorar a adesão à identificação do paciente.	Melissa Prade Hemesath, Helena Barreto dos Santos, Ethel Maris Schroder Torelly, Amanda da Silveira Barbosa, Ana Maria Müller de Magalhães.	Rev. Gaúcha Enferm. 2015 dez; 36(4): 43- 8.	2015	LILACS
02	Estratégias para a prevenção da resistência bacteriana: contribuições para a segurança do paciente.	Roberta Saldatelli Pagno Paim, Elisiane Lorenzini.	Rev. Cuid. 2014; 5(2): 757-64	2014	LILACS
03	Estudo exploratório das iniciativas acerca da segurança do paciente em hospitais do Rio de Janeiro	Ruth Francisca Freitas de Souza, Lolita Dopico da Silva.	Rev. Enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2014 jan./fev.; 22(1): 22-8.	2014	LILACS
04	Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro	Walter Mendes, Ana Luiza B. Pavão, Monica Martins, Maria de Lourdes de Oliveira Moura, Claudia Travassos.	Rev. Assoc. Med. Bras. 2013; 59(5): 421-428.	2013	LILACS
05	Eventos adversos em hemodiálise: relatos de profissionais de enfermagem.	Mariana Regina Gomes de Souza, Ana Elisa Bauer de Camargo Silva, Ana Lúcia Queiroz Bezerra, Juliana Santana de Freitas, Adriana Inocente Miasso.	Rev. Esc. Enferm USP 2013; 47(1): 76-83.	2013	LILACS
06	Higienização das mãos e a segurança do paciente pediátrico.	Francielle Maciel silva, Talita Padilha Porto, Patrícia Kuerten Rocha, Juliana Cristina Lessmann, Patrícia Fernanda de A. Cabral, Karine Larissa Knaesel.	CIENCIA Y ENFERMERIA XIX (2), 2013.	2013	LILACS

Nº do Artigo	Título	Autores	Nome do Periódico	Ano de Publicação	Base de Dados
07	Qualidade dos cuidados de enfermagem em terapia intensiva: avaliação por meio de auditoria operacional.	Elaine Fátima Padilha, Laura Misue Matsuda.	Rev. Bras. Enferm, Brasília 2011 jul. – ago.; 64(4): 684-91.	2011	LILACS
08	Gerenciando práticas educativas para o cuidado de enfermagem qualificado em cardiologia.	Cintia Koerich, Alacoque Lorenzini Erdmann.	Rev Bras Enferm [Internet]. 2016 set-out; 69(5):872-80.	2016	LILACS
09	Tecnologias na terapia intensiva: causas dos eventos adversos e implicações para a Enfermagem.	Gabriella da Silva Rangel Ribeiro, Rafael Celestino da Silva, Márcia de Assunção Ferreira.	Rev Bras Enferm [Internet]. 2016 set-out; 69(5):972-80.	2015	LILACS
10	Mudanças na prática de enfermagem para melhorar a segurança do paciente	Andréia Guerra Siman, Maria José Menezes Brito.	Rev. Gaúcha Enferm. 2016; 37(esp.): e68271.	2017	LILACS
11	Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional.	Wiliam Wegner, Silvana Cruz da Silva, Karen Jeanne Cantarelli Kantorski, Caroline Maier Predebon, Márcia Otero Sanches, Eva Neri Rubim Pedro.	Escola Anna Nery 20(3) Jul-Set 2016.	2016	LILACS
12	Gerenciamento de risco: percepção de enfermeiros em dois hospitais do sul de Minas Gerais, Brasil.	Cibele Leite Siqueira; Chayenne de Carvalho e Silva; Jamille Keila Neves Teles; Liliane Bauer Feldman	Rev. Mineira de Enfermagem, DOI: http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20150071	2015	LILACS
13	Satisfação profissional e qualidade no cuidado em oncologia: visão dos profissionais da saúde.	Letícia de Lima Trindade; Maiara Bordignon; Lucimare Ferraz; Simone Coelho Amestoy.	Rev. pesqui. Cuid. Fundam. (Online); 7(2): 2383-2392 abr.-jun. 2015. Tab.	2015	LILACS

Nº do Artigo	Título	Autores	Nome do Periódico	Ano de Publicação	Base de Dados
14	Gestão de segurança de enfermagem em enfermarias de Onco-hematologia pediátrica.	Marcelle Miranda da Silva, Bruna Irene Cunha Curty, Sabrina da Costa Machado Duarte, Karen Gisela Moraes Zepeda.	Rev. Rene. 2014 nov.-dez; 15(6): 915-24.	2014	LILACS
15	A biossegurança e segurança do paciente na visão de acadêmicos de enfermagem.	Telma Elisa Cararro, Francine Lima Gelbcke, Luciara Fabiane Sebold, Silvana Silveira Kempfer, Maria Christina Zapelini, Roberta Waterkemper.	Rev. Gaúcha Enferm. 2012; 33(3): 14-19.	2012	LILACS
16	Ambiguidades e Contradições no Atendimento de Mulheres que Sofrem Violência.	Wilza Vieira Villela; Lucila A. Carneiro Vianna; Lia Fernanda Pereira Lima; Danila C. Paquier Sala; Thais Fernanda Vieira; Mariana Lima Vieira; Eleonora Menicucci de Oliveira.	Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.1, p.113-123, 2011.	2011	LILACS
17	Os profissionais da saúde e a higienização das mãos: uma questão de segurança do paciente pediátrico.	Daisy Zanchi de Abreu Botene, Eva Neri Rubim Pedro.	Rev. Gaúcha Enferm. 2014 set; 35(3): 124-129.	2014	LILACS
18	Implementación de la Lista de Verificación de Seguridad Quirúrgica Postoperatoria en la Sala General.	Rubén D. Algieri, María Soledad Ferrante, Carlos Lazzarino, Felix Viglione, Silvina Marco, Alejandro Ciano.	Hosp. Aeronáut Cent 2012; 7(1): 29-32.	2012	LILACS
19	Lista de cotejo de Caprini modificada como una estrategia para la aplicación de un programa de seguridad del paciente en la prevención de la enfermedad tromboembólica.	Jorge A. Pérez Castro y Vázquez.	Cirujano General Vol. 33 Núm. 3 – 2011.	2011	LILACS

Nº do Artigo	Título	Autores	Nome do Periódico	Ano de Publicação	Base de Dados
20	Eventos Adversos en Salud y Cuidados de Enfermería: la Seguridad del paciente desde la experiencia del profesional.	Augusto Ferreira Umpiérrez, Zoraida Fort Fort, Virginia Chiminelli Tomás.	Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2015 Abr.-Jun.; 24(2): 310-5.	2015	LILACS
21	Implementación de la Lista de Verificación de Seguridad en las Hojas de Indicaciones Médicas del Servicio de Cirugía General del Hospital Aeronáutico Central.	Rubén Daniel Algieri, Paulo Raul Paglilla, Fabiana Alanes, Juan Sebastián Ugartemendia, Gustavo Martin Vassia.	Hosp. Aeronáut Cent 2014; 9(2): 121-124.	2014	LILACS
22	Desenvolvimento de ambiente virtual de aprendizagem em eventos adversos, em enfermagem.	Rosicler Xelegati; Yolanda Dora Martinez Évora.	Rev. Latino-Am. Enfermagem Artigo Original 19(5): [08 telas] set. - out. 2011.	2011	LILACS
23	Erros de Enfermagem: o que está em estudo.	Elaine Cristina Novatzki Forte; Denise Elvira Pires de Pires; Maria Itayra Padilha; Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins.	Texto Contexto Enferm, 2017; 26(2): e01400016.	2017	SciELO

Fonte: Pesquisa direta: Ramos, A.C.A. Coleta de dados através de levantamento nas bases de dados. Rio de Janeiro, ago. 2017.

No quadro 05, encontramos os dados retirados dos artigos selecionados referentes ao delineamento da pesquisa, os objetivos da pesquisa, o nível de evidência, e o país de origem dos artigos.

Quadro 05: Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa segundo delineamento da pesquisa, objetivo da pesquisa, nível de evidência e país de origem.

Nº do Artigo	Delineamento da pesquisa	Objetivo da Pesquisa	Nível de Evidência	País de Origem
01	Estudo descritivo e exploratório, de abordagem quantitativa dos dados.	Analisar o impacto de ações educativas nos resultados do indicador de adesão à verificação da pulseira de identificação de pacientes, antes da realização de cuidados de maior risco.	6	Brasil
02	Estudo descritivo com abordagem qualitativa, na perspectiva de uma revisão integrativa da literatura.	Analisar a produção científica acerca do tema resistência bacteriana e contribuir na produção do conhecimento acerca de estratégias para a sua prevenção, a fim de reduzir as consequências geradas por este grave problema de saúde pública.	6	Brasil
03	Estudo exploratório com abordagem quantitativa dos dados.	Analisar as iniciativas implantadas para garantir a segurança do paciente.	7	Brasil
04	Estudo descritivo com abordagem quantitativa com base em um estudo de corte retrospectivo.	Identificar elementos que sirvam de base s ações de melhoria da segurança do paciente.	4	Brasil
05	Estudo transversal com abordagem quantitativa dos dados.	Analisar o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre Eventos Adversos em uma unidade de hemodiálise de um hospital de ensino	6	Brasil

Nº do Artigo	Delineamento da pesquisa	Objetivo da Pesquisa	Nível de Evidência	País de Origem
06	Estudo exploratório descritivo com abordagem quantitativa dos dados.	Avaliar se a higienização das mãos realizada antes do preparo e da administração de medicamentos e fluidoterapia pelos profissionais de enfermagem seguem as diretrizes estabelecidas pela OMS e pela ANVISA.	6	Brasil
07	Estudo do tipo descritivo, observacional e de análise documental, com abordagem quantitativa dos dados.	Avaliar a qualidade do cuidado de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva para Adultos.	6	Brasil
08	Estudo qualitativo, o qual utilizou a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) como método de coleta e análise dos dados.	Compreender os significados atribuídos por enfermeiros gestores do cuidado de enfermagem ao indivíduo acometido por doença cardiovascular, às relações, interações e associações das práticas educativas em um hospital de referência cardiovascular no Sul do Brasil.	6	Brasil
09	Estudo descritivo com abordagem qualitativa, na perspectiva de uma revisão integrativa da literatura.	Identificar as causas de eventos adversos nos clientes relacionados aos equipamentos presentes no cenário de terapia intensiva; indicar as principais recomendações à prática clínica para minimizar tais eventos e, então, discutir as implicações na assistência de enfermagem.	5	Brasil
10	Estudo proveniente de tese de abordagem qualitativa, delineado pela estratégia de pesquisa Estudo de Caso, foram realizadas entrevistas, observação com registro em diário de campo e análise documental.	Identificar mudanças na prática de enfermagem com vistas à melhoria da qualidade do cuidado e da segurança do paciente.	4	Brasil
11	Estudo exploratório com abordagem qualitativa do tipo estudo de caso, por meio de entrevistas semiestruturadas e análise temática.	Conhecer as estratégias adotadas para a construção da cultura da segurança do paciente na perspectiva dos profissionais da saúde.	4	Brasil

Nº do Artigo	Delineamento da pesquisa	Objetivo da Pesquisa	Nível de Evidência	País de Origem
12	Estudo de campo qualitativo, através de entrevistas semiestruturadas.	Conhecer a percepção dos enfermeiros acerca do gerenciamento de risco e analisar as dificuldades e facilidades encontradas para a operacionalização do gerenciamento de risco hospitalar.	6	Brasil
13	Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, através de entrevistas semiestruturadas.	Identificar as estratégias utilizadas pelos profissionais da saúde que atuam na oncologia para alcançar a satisfação no trabalho, além dos recursos/ações que poderiam amenizar as fontes de insatisfação e melhorar a qualidade do cuidado.	6	Brasil
14	Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, através de entrevistas semiestruturadas.	Identificar como a gestão de segurança é aplicada pelo enfermeiro no âmbito do gerenciamento do cuidado de enfermagem, e analisar os seus desafios nas enfermarias de Onco-hematologia pediátrica.	6	Brasil
15	Estudo qualitativo exploratório com aplicação de questionário semiestruturado.	Identificar a conhecimento dos acadêmicos de enfermagem frente à temática de segurança do paciente e as relações deste com o ensino da biossegurança.	6	Brasil
16	Estudo exploratório com abordagem qualitativa realizado com entrevistas e observações não participantes.	Identificar a dinâmica institucional que emoldura a relação do profissional com a mulher violentada.	6	Brasil
17	Estudo descritivo com abordagem qualitativa, através de entrevista semiestruturada.	Analisar como a formação acadêmica sobre a higienização das mãos contribui para a segurança do paciente pediátrico.	6	Brasil
18	Estudo descritivo com abordagem quantitativa.	Identificar as ações para uma maior segurança do paciente a partir da efetivação de <i>checklist</i> no período pós-operatório.	6	Argentina
19	Estudo descritivo com abordagem quantitativa, realizado através de um questionário estruturado.	Avaliar se o <i>checklist</i> de Caprini modificado para avaliar os fatores de risco de tromboembolismo venoso é útil para a prática cirúrgica diária e avaliar o conhecimento sobre trombo profilaxia.	6	México

Nº do Artigo	Delineamento da pesquisa	Objetivo da Pesquisa	Nível de Evidência	País de Origem
20	Estudo exploratório com abordagem qualitativa através de entrevistas.	Conhecer os aspectos significativos apresentados pelas enfermeiras acerca da experiência de ter sido responsáveis por um evento adverso de saúde.	6	Uruguai
21	Estudo descritivo com abordagem quantitativa realizado com análise retrospectiva de check-list de várias cirurgias.	Identificar ações para uma maior segurança do paciente a partir da efetivação de <i>check-list</i> no período pré-operatório até a prescrição médica.	6	Argentina
22	Estudo descritivo, explicativo e laboratorial, pesquisa-ação, com uma abordagem qualitativa.	Desenvolver um ambiente virtual de aprendizagem (AVA) sobre gerenciamento em eventos adversos, para educação permanente de enfermeiros, abordando as temáticas: úlcera por pressão, erros de medicação, flebite, queda e perda de sonda nasogastrointestinal.	6	Brasil
23	Estudo qualitativo, documental, caracterizada como revisão integrativa de literatura, realizada em quatro bases de dados e orientada por um protocolo formal.	Caracterizar o que a literatura atual versa a respeito dos erros de enfermagem, em especial de como esses erros são comunicados à sociedade pela imprensa.	5	Brasil

Fonte: Pesquisa direta: Ramos, A.C.A. Coleta de dados através de levantamento nas bases de dados. Rio de Janeiro, ago. 2017.

No quadro 06, encontramos os dados retirados dos artigos selecionados referentes às estratégias educacionais encontradas, os resultados positivos apontados, e quanto à presença ou não de indicadores.

Quadro 06: Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa segundo as estratégias educacionais utilizadas, resultados positivos apontados, e se usou indicadores.

Nº do Artigo	Estratégias Educacionais	Resultados Positivos Apontados	Usou Indicadores
01	Realização de entrevista, e elaboração de um curso na modalidade de ensino a Distância.	Melhora na adesão dos profissionais à verificação da pulseira de identificação do paciente antes da prestação de cuidados, o que contribuiu para o fortalecimento da cultura de segurança da instituição.	Sim
02	Não descritas.	Contribuiu para a produção do conhecimento acerca das estratégias para prevenção da resistência bacteriana. A educação continuada é citada como uma estratégia para preveni-la.	Não
03	Não descritas.	Não informado.	Não
04	Não descritas.	Não informado. Programas de educação continuada de profissionais de saúde devem compor a lista de prioridades dos gestores hospitalares e dos profissionais de saúde envolvidos no cuidado ao paciente hospitalizado.	Não
05	Não descritas.	Não informado. Porém, a educação continuada é citada como a ação mais importante para o desenvolvimento dos recursos humanos.	Não

Nº do Artigo	Estratégias Educacionais	Resultados Positivos Apontados	Usou Indicadores
06	Não descritas.	Não informado. Porém, aponta a educação continuada como primordial para a formação e atualização dos profissionais.	Não
07	Não descritas.	Não informado.	Não
08	Não descritas.	Não informado. Trata a educação permanente como uma estratégia para mudança institucional, onde a educação dos profissionais esta vinculada a qualidade do trabalho prestado.	Não
09	Não descritas.	Não informado. Porem aponta a educação permanente como uma recomendação para o aperfeiçoamento da equipe.	Não
10	Não descritas.	Transformações na prática de enfermagem para melhoraram a segurança do paciente, como identificar, gerenciar e propor plano de cuidado de acordo com os riscos assistenciais e físicos. A EP é vista como ação determinante para a SP.	Não
11	Não descritas.	Não informado. Aborda a educação permanente como uma estratégia para implantação da cultura de segurança do paciente	Não
12	Não descritas.	Após a implantação da Gerência de Risco foi observado uma melhora na qualidade do serviço prestado, assim como adequação e melhoria dos processos.	Não

Nº do Artigo	Estratégias Educacionais	Resultados Positivos Apontados	Usou Indicadores
13	Não descritas.	Não informado.	Não
14	Não descritas.	Não informado. A educação permanente é uma ferramenta gerencial para melhorar o desempenho profissional, contribuindo para uma prática eficaz e segura, e ser instrumento capaz de melhorar as relações interpessoais no trabalho da enfermagem.	Não
15	Não descritas.	Os acadêmicos conhecem a biossegurança e o relaciona a segurança do paciente. A educação permanente é muito importante para sensibilizar e capacitar os profissionais de saúde.	Não
16	Não descritas.	Não informado.	Não
17	Não descritas.	Não informado.	Não
18	Não descritas.	Não informado. A educação permanente é abordada como essencial para se alcançar uma política verdadeira de segurança do paciente em todas as áreas de trabalho.	Não

Nº do Artigo	Estratégias Educacionais	Resultados Positivos Apontados	Usou Indicadores
19	Não descritas.	Uma grande aceitação deste instrumento para o uso na prática diária por líderes de opinião da Associação Mexicana de Cirurgia Geral, o que é de grande impacto para a segurança do paciente, o que é um ponto importante para a Cirurgia Segura Salva Vidas da OMS. A educação medica continua em trombo profilaxia deve ser mantida para a atualização dos profissionais.	Não
20	Não descritas.	Não informado. A educação permanente é descrita como importante para um atendimento de qualidade e redução dos eventos adversos.	Não
21	Não descritas.	Não informado. A educação permanente é abordada como essencial para se alcançar uma política verdadeira de segurança do paciente e para desenvolver uma cultura de segurança do paciente.	Não
22	Desenvolvimento de um ambiente virtual de aprendizagem (AVA) sobre gerenciamento em eventos adversos, para educação permanente de enfermeiros.	Não informado. A educação permanente é abordada para a melhoria da assistência dos serviços de enfermagem.	Não
23	Não descritas.	Não informado. A educação permanente é citada como uma das principais fontes de prevenção dos erros da enfermagem.	Não

Fonte: Pesquisa direta: Ramos, A.C.A. Coleta de dados através de levantamento nas bases de dados. Rio de Janeiro, ago. 2017.

Correspondendo à análise das informações, foram agrupados os estudos em categorias e subcategorias almejando uma melhor compreensão e clarificação da discussão, conforme o quadro a seguir:

Quadro 07: Distribuição dos estudos em categorias e subcategorias.

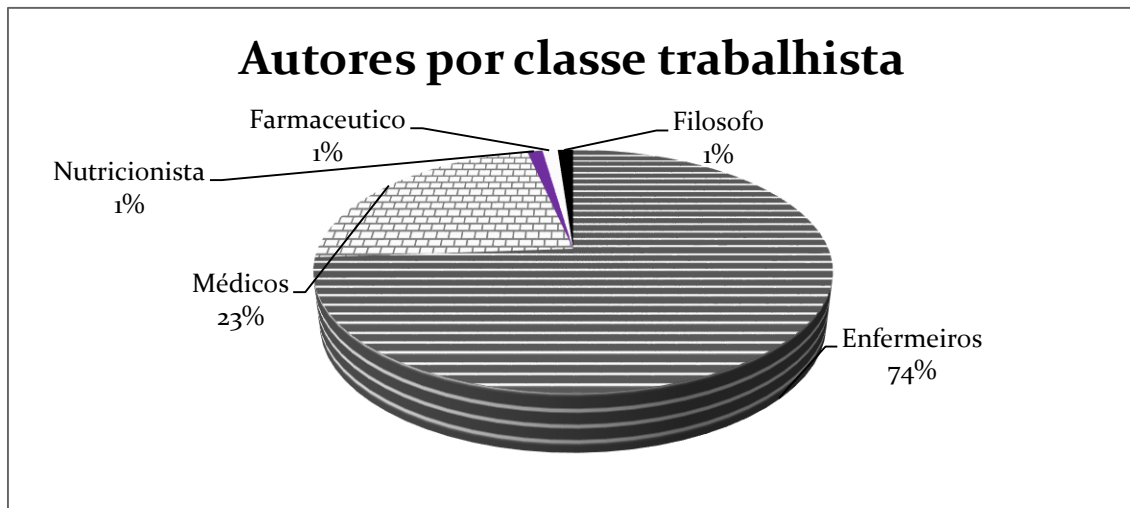
Categoria	Subcategoria	Artigo (n°)	Artigo (%)
As Metas Internacionais de Segurança do Paciente (MISP)	MISP: meta 1 – Identificar corretamente o paciente.	1, 2, 10 e 23	Apareceu em 17%
	MISP: meta 2 – Melhorara a comunicação entre os profissionais da saúde.	5 e 10	9%
	MISP: meta 3 – Melhorara segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos.	2, 3, 4,5, 10 e 23	26%
	MISP: meta 4 – Realização de cirurgia segura em sitio cirúrgico, procedimento e paciente corretos.	2, 3, 4, 10, 18, 19 e 21	30%
	MISP: meta 5 – Higiene das mãos para evitar infecções.	2, 3, 4, 5, 6, 7, 10 e 17	35%
	MISP: meta 6 – 1° parte – Avaliar os pacientes em relação ao risco de queda, estabelecendo ações preventivas.	2, 3, 4, 5, 10, 14, 22 e 23	35%
	MISP: meta 6 – 2° parte – Avaliar os pacientes em relação ao risco de UPP, estabelecendo ações preventivas.	7, 10 e 22	13%
Estratégias Educativas	Cursos na modalidade de Educação à Distância (EAD).	1	4%
	Desenvolvimento de um ambiente virtual de aprendizagem (AVA- EAD).	22	4%

Categoria	Subcategoria	Artigo (n°)	Artigo (%)
A importância da Educação Permanente nos serviços de saúde.	A educação Permanente como ação / estratégia para a segurança do paciente.	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 14, 15, 18, 19, 20, 21, 22, 23	83%
	A educação como foco central do estudo.	8	4%
Qualidade da Assistência	Gerência de Risco	10 e 12	9%
	Segurança do Paciente	10, 11, 14, 15	17%
	Eventos Adversos	4, 5, 9, 10, 20, 22 e 23	30%

Fonte: Pesquisa direta: Ramos, A.C.A. Coleta de dados através de levantamento nas bases de dados. Rio de Janeiro, agosto 2017.

Os enfermeiros destacam-se como a maioria dos autores. No total de artigos selecionados temos 88 autores, sendo 65 (74%) enfermeiros, 20 (23%) médico, 1(1%) farmacêutico, 1 (1%) nutricionista e 1 (1%) filósofo. Em sua maioria os autores são do sexo feminino (85%) e homens (15%), atuando principalmente na área de docência e/ou pesquisa (70%). O gráfico 01 mostra a relação percentual entre as profissões dos autores.

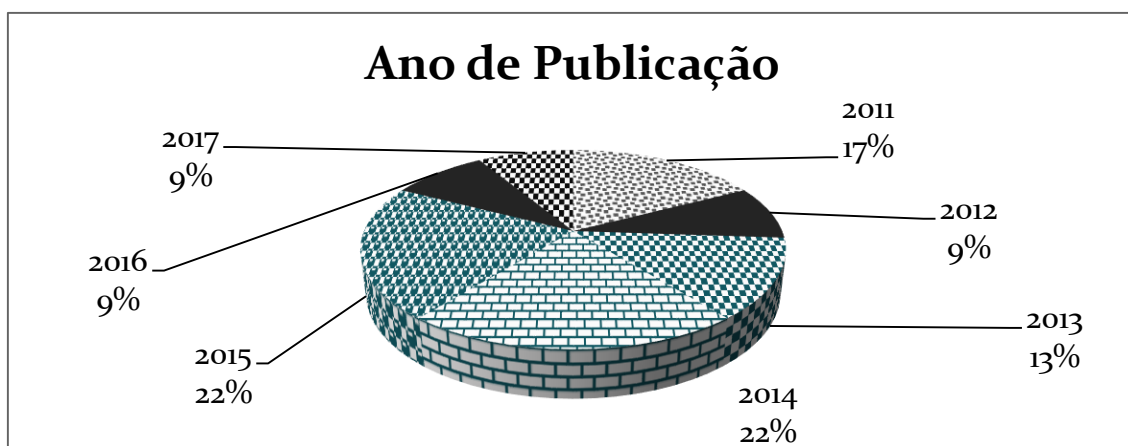
Gráfico 01: Autores por classe trabalhista



Fonte: Pesquisa direta: Ramos, A.C.A. Coleta de dados através de levantamento nas bases de dados. Rio de Janeiro, agosto 2017.

Com relação ao ano de publicação, temos quatro artigos de 2011, dois de 2012, três de 2013, cinco de 2014, cinco de 2015, dois de 2016 e dois de 2017. O gráfico 02 apresenta a relação percentual entre os anos de publicação dos artigos.

Gráfico 02: Ano de Publicação

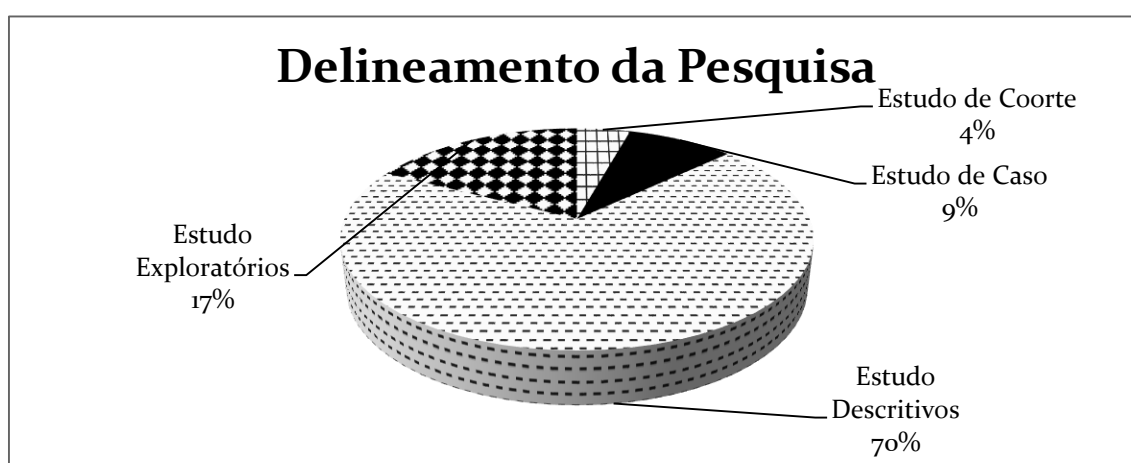


Fonte: Pesquisa direta: Ramos, A.C.A. Coleta de dados através de levantamento nas bases de dados. Rio de Janeiro, agosto 2017.

No tocante ao delineamento das pesquisas, os artigos foram definidos quanto: ao delineamento da pesquisa (01 estudo de coorte, e dois estudos de caso); objetivo – 04 pesquisas exploratórias; abordagem – 16 descritivos; qualitativos – 14 e quantitativos 09.

Além da falta de artigos que abordem o tema de uma maneira geral, observamos que não existem estudos mistos, que abordem a natureza qualitativa e quantitativa ao mesmo tempo. Dos trabalhos levantados, 39% têm natureza quantitativa, e 61% são qualitativos. O gráfico 03 mostra a relação percentual entre os tipos de pesquisa.

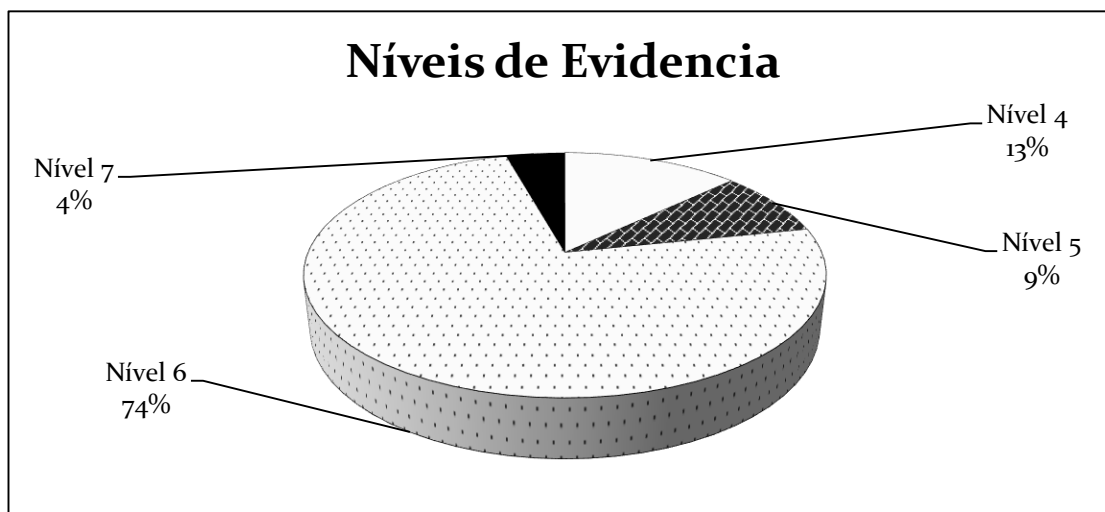
Gráfico 03: delineamento das pesquisas - quantitativas e qualitativas.



Fonte: Pesquisa direta: Ramos, A.C.A. Coleta de dados através de levantamento nas bases de dados. Rio de Janeiro, agosto 2017.

Com relação aos níveis de evidência, encontramos na amostra: um artigo com nível 7, dezessete artigos com nível 6, dois artigos com nível 5 e três artigos com nível 4. No tema país de origem, 19 artigos são do Brasil, 2 da Argentina, 1 do México, 1 do Uruguai.

Gráfico 04: Níveis de evidencia.

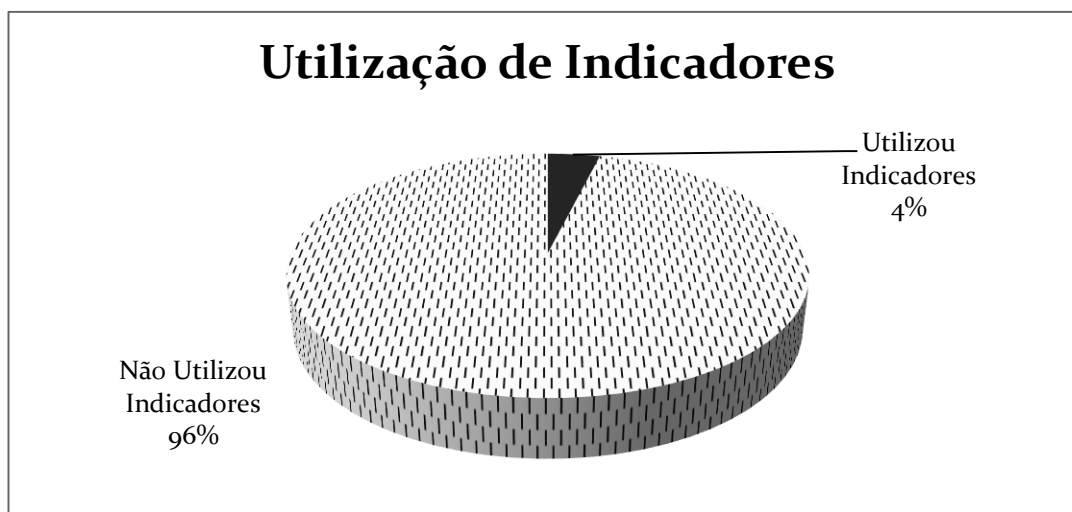


Fonte: Pesquisa direta: Ramos, A.C.A. Coleta de dados através de levantamento nas bases de dados. Rio de Janeiro, agosto 2017.

Importante dizer que apenas dois artigos apresentaram estratégias educativas, que foram o artigo nº 01e o nº 22. No nº 01 foram utilizadas três estratégias: 1) produção de vídeos, cartazes e folderes que abordavam todas as metas, 2) realização de curso EAD com vídeos que também abordavam todas as metas, e 3) curso de EAD específico de identificação correta dos pacientes. Antes de iniciar a primeira estratégia, o indicador de adesão à verificação da identificação era de 42,90% dos funcionários. Após a primeira estratégia, houve um aumento progressivo até chegar a 81%, seguida de uma queda progressiva até estabilizar em 65%. Após a segunda estratégia esse número chegou a 76%, mas manteve a média de 65%. A terceira atingiu 94,37% de adesão. No artigo nº 22 foi desenvolvido um ambiente virtual de aprendizagem (AVA) sobre gerenciamento em eventos adversos, para educação permanente de enfermeiros abordando as temáticas: úlcera por pressão, erros de medicação, flebite, queda e perda de sonda nasogastroenteral. O ambiente foi desenvolvido na linguagem HTML, utilizando o programa Microsoft Office Word 2003 ®. Os exercícios de avaliação, inseridos em cada módulo, foram criados pelas autoras deste estudo, com a utilização do programa *Hot Potatoes*, versão 6.0, para Windows.

Na observação do uso ou não de indicadores (mensuração da eficácia) constatamos que em um artigo eles estavam presentes, e que em vinte e dois eles não estavam presentes. No artigo 01 o indicador utilizado foi à adesão à verificação da identificação do paciente. O gráfico 05 mostra a relação percentual entre a utilização ou não de indicadores pelos artigos.

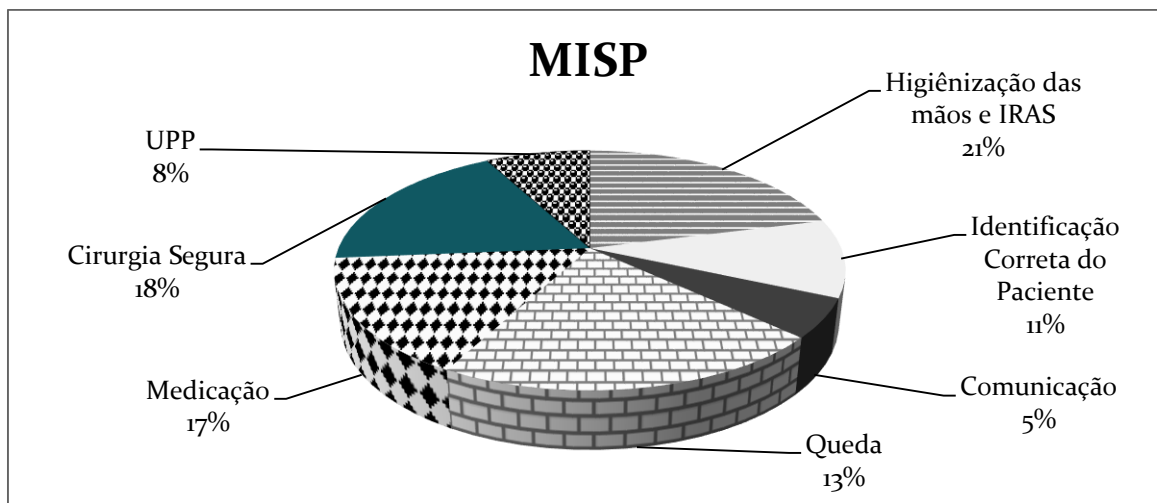
Gráfico 05: utilização de Indicadores.



Fonte: Pesquisa direta: Ramos, A.C.A. Coleta de dados através de levantamento nas bases de dados. Rio de Janeiro, agosto 2017.

Na primeira categoria, as metas internacionais de segurança do paciente (MISP), encontramos sete subcategorias que representam as seis metas internacionais da segurança do paciente (a meta 6 foi subdividida, pois trata de dois assuntos que foram abordados em separado em alguns dos artigos), nas seguintes proporções: Meta 1 – a identificar corretamente o paciente quatro artigos; Meta 2 – melhorar a comunicação entre profissionais de saúde dois artigos; Meta 3 - melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos seis artigos; Meta 4 - realização de cirurgia segura em sítio cirúrgico, procedimento e paciente corretos sete artigo; Meta 5 - Higiene das mãos para evitar infecções oito artigos; Meta 6 - 1º parte – avaliar os pacientes em relação ao risco de queda estabelecendo ações preventivas oito artigos; 2º parte – avaliar os pacientes em relação ao risco de UPP estabelecendo ações preventivas três artigos. O gráfico 06 mostra a relação percentual entre as MISP abordadas pelos artigos.

Gráfico 06: MISP



Fonte: Pesquisa direta: Ramos, A.C.A. Coleta de dados através de levantamento nas bases de dados. Rio de Janeiro, agosto 2017.

Na segunda categoria, Estratégias Educativas, temos duas subcategorias, os cursos na modalidade de Educação à distância (EAD) descritos no artigo nº01, e o desenvolvimento de um ambiente virtual de aprendizagem (AVA - EAD), no artigo nº 22.

Na terceira categoria, A importância da Educação Permanente nos serviços de saúde tem duas subcategorias, a educação Permanente como ação / estratégia para a segurança do paciente que está presente em 19 artigos, e a educação como foco central do estudo, um artigo.

Na quarta categoria, Qualidade da Assistência, temos três subcategorias, Gerência de Risco, que está presente em dois artigos, a Segurança do Paciente, quatro artigos, e Eventos Adversos, sete artigos.

DISCUSSÃO

O perfil dos autores encontrado nesta pesquisa em relação ao gênero confirma as informações existentes na literatura, ou seja, em outras pesquisas o perfil dos autores também é predominantemente feminino. Segundo Aquino (2006), na área da saúde 86,0% das teses, 89,0% das dissertações, e 70,5% dos artigos foi publicado por mulheres, salientando que as publicações se concentram nas seguintes áreas do conhecimento, psicologia, educação, enfermagem, ciências sociais e saúde coletiva. No trabalho de Elias (2009), observamos essa mesma feminização da equipe 87% são mulheres. Isso pode ser um reflexo da realidade dessa profissão, exercida majoritariamente por mulheres. Segundo um estudo de Machado (2012) sobre o perfil da enfermagem no Brasil, iniciado em 2012 com uma população de 1,6 milhão de profissionais, 84,6% dos enfermeiros no Brasil são mulheres.

A maioria dos artigos selecionados (74%) são posteriores à instituição do PNSP de 1º de abril de 2013, com a MS/GM nº 529. Vale reiterar algumas das funções do PNSP: ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente, produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente, e fomentar a inclusão deste tema no ensino técnico, de graduação e pós-graduação da área da saúde. Levando em consideração essas funções, o aumento das publicações após a instituição do PNSP evidenciou a necessidade de incremento de publicações sobre o tema segurança do paciente.

Dentre os países de origem o Brasil tem 83% dos artigos selecionados. Dentre os países da América - Latina, à qual a pesquisa foi delimitada, o Brasil encontra-se como pioneiro no que se refere a estudos e publicações sobre o tema da segurança do paciente. No estudo de Barreto (2006), vemos que na produção científica do período de 1973-1992 o Brasil já era responsável por 60,7% dos artigos na área de saúde pública produzidos por pesquisadores da América - Latina e publicados em periódicos indexados da base bibliográfica do ISI/Thomson Scientific. Nesse sentido, os esforços do MS e da ANVISA para estabelecer uma cultura de segurança do paciente nas instituições de saúde públicas

e privadas vêm rendendo frutos. Porém, vale salientar que ainda encontramos subnotificações dentro das instituições com base na minha experiência profissional.

As notificações no site da ANVISA (Notivisa) trouxeram à tona um mapeamento dos eventos adversos das instituições de saúde que também estão servindo como base para vários estudos. Oliveira, Xavier e Junior (2013), avaliam a ocorrência e as características dos Eventos Adversos notificados ao Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária, concluíram que houve “um crescimento no número total de notificações de EA relacionados a medicamentos, o que contribuindo para o fortalecimento da informação em vigilância de produtos farmacêuticos com potencial para causar reações adversas”. Silva et al. (2011), analisaram o perfil e o crescimento de notificações de queixas técnicas e reações adversas de produtos farmacêuticos, concluíram que houve um aumento nas notificações, os medicamentos foram, dos itens notificáveis, o que mais se destacou, e NOTIVISA se firma como um sistema importante para o monitoramento da qualidade e utilização de produtos sob vigilância sanitária, e em Lanzillotti, Andrade e Mendes (2015), analisaram os EA e outros incidentes sem dano em recém-nascidos com até 28 dias de nascimento, mostraram que o NOTIVISA precisa de uma atualização como em todos os sistemas de informação, mostrou a diferença entre as notificações de EA e de incidentes que não causaram danos, refletir sobre as notificações devem fomentar discussões para a melhoria do cuidado.

Neste estudo vemos um artigo com nível 7, **dezessete** com nível 6, dois com nível cinco e três com nível 4, essa delimitação se deu pela observação do tipo de estudo apresentado em cada artigo. O nível de evidência 6 (o que obteve o nº mais expressivo), da tabela por este estudo utilizada, engloba evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo. Levando-se em consideração que o número 1 é o maior nível de evidência científica, esse resultado mostra que os artigos selecionados são de baixa evidência científica.

Em levantamento de dados que corroborasse o quadro supracitado encontrei artigos que abordam as MISPs e quantificam o nível de evidência como em Soares et al. (2015) que é uma revisão sistemática que trata das tecnologias de cuidados de enfermagem

voltada para pacientes submetidos a angioplastia nos membros inferiores e teve como conclusão que os estudos tinham baixo nível de evidência científica (dos 12 estudos selecionados 11 estavam no nível 6 e um no 2), além da escassez de pesquisas; em Ribeiro e Santos (2015), que é uma revisão integrativa que busca identificar as estratégias recomendadas na literatura que visam à segurança do paciente na administração de quimioterapia Antineoplásica, vemos que todos os artigos também apresentam baixo nível de evidencia científica (dos 13 estudos selecionados 11 estavam no nível 6 e dois no 7).

Em relação ao delineamento das pesquisas, observamos que nove estudos têm uma abordagem quantitativa dos dados, e catorze estudos tem uma abordagem qualitativa dos dados. A avaliação da segurança do paciente pode ser realizada através de métodos qualitativos e quantitativos. A abordagem quantitativa utiliza indicadores e métodos epidemiológicos de análise para quantificar sistematicamente aspectos distintos da segurança dos pacientes, tem uma medição objetiva. Segundo a PBE e seus níveis de classificação são estudos mais simples que apresentam baixo potencial de evidência científica. Já os estudos qualitativos têm uma visão ampla e trazem dados sobre pessoas, processos e lugares, procurando compreender os fenômenos segundo a perspectiva dos sujeitos, ou seja, dos participantes da situação (GODOY, 1995). A maioria dos artigos publicados tem baixo potencial para estabelecer evidências diretamente aplicáveis à prática clínica. E isso evidencia a necessidade de aumento da utilização de PBE entre os pesquisadores brasileiros (OLIVEIRA, OLIVEIRA, LELES, 2007).

Com relação ao tipo de estudo observamos que o maior número de artigos são estudos descritivos e/ou exploratórios, os quais segundo Gil (1999):

As pesquisas exploratórias têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. Habitualmente envolvem levantamento bibliográfico e documental, entrevistas não padronizadas e estudos de caso (GIL, 1999, pág. 27).

As pesquisas deste tipo têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. São inúmeros os estudos que Podem ser classificados sob este título e uma de suas características mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados (GIL, 1999, pág. 28).

Os indicadores fornecem uma base quantitativa para a equipe de saúde e para os pacientes visando à melhoria nos cuidados e nos processos prestados aos pacientes (KRISTENSEN, S.; MAINZ, J; BARTELS, P., 2007). Os indicadores de qualidade são medidas/números que expressam ou quantificam algum aspecto do cuidado ao paciente. Sua utilização permite o monitoramento do desempenho dos serviços da saúde, a programação de ações de melhoria de qualidade e orienta os pacientes para que realizem escolhas com mais informações. A utilidade dos indicadores depende de sua validade, confiabilidade e viabilidade (MAINZ, 2003). Eles contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. Na nossa amostra, os indicadores apareceram em um dos artigos selecionados.

A utilização de estratégias educacionais pela educação permanente entre os serviços de saúde mostra a necessidade de plasticidade quanto à adaptabilidade ante as diferenças das equipes, dos serviços de saúde, da regionalidade. Mostra, ainda, a necessidade de ação, seja ela avaliação, acompanhamento, implantação, dentre outras. Massaroli e Saupe (2005) corroboram essa ideia quando afirmam que:

O que deve ser realmente prioritário na Educação Permanente em Saúde é sua capacidade de se remodelar frente às incessáveis mudanças ocorridas nas ações e nos serviços de saúde, tendo uma íntima ligação com a política de formação dos profissionais e dos serviços. (MASSAROLI, SAUPE, 2005, p. 3)

Neste estudo, encontramos dois artigos que trazem estratégias educacionais para a segurança do paciente, no primeiro elas foram pautadas na EAD, e no segundo no desenvolvimento de um ambiente virtual de aprendizado (AVA). Tendo em vista que a EAD é definida pelo decreto nº 9.057 de 2017 como:

[...] modalidade educacional na qual a mediação didático-pedagógica nos processos de ensino e aprendizagem ocorra com a utilização de meios e tecnologias de informação e comunicação, com pessoal qualificado, com políticas de acesso, com acompanhamento e avaliações compatíveis, entre outros, e desenvolva atividades educativas por estudantes e profissionais da educação que estejam em lugares e tempos diversos (BRASIL, 2017).

E que o Ambiente Virtual de Aprendizagem é definido como uma mídia utilizada pela EAD, como uma ferramenta ou conjunto de ferramentas eletrônicas para mediar o processo ensino-aprendizagem PEREIRA, ACHMITT e DIAS (2000), podemos dizer que temos apenas uma estratégia educacional.

Alguns elementos importantes encontrados nos artigos selecionados foram: aplicação de questionários, para identificar conhecimentos sobre a segurança do paciente; realização de entrevistas, uma para avaliar a adesão à implantação de MISP, para analisar conhecimentos sobre os eventos adversos e gerenciamento de risco; uma revisão de prontuários para descrever as características dos eventos adversos evitáveis; revisão integrativa para avaliar o que os profissionais sabem sobre os EA; preenchimento de formulário pelo pesquisador com o intuito de realizar uma avaliação de cuidados; e uma observação direta de procedimento para avaliar a adesão as MISP.

Isso mostra o momento em que nos encontramos com relação à segurança do paciente, aos EA, e às MISP. Muitos estudos procuram conhecer e analisar a realidade da assistência de saúde no Brasil para que possamos compreender o que, enquanto profissionais de saúde, gestores e instituições, sabemos sobre o tema. Além disso, buscamos compreender também como são os cuidados prestados aos pacientes, e o que precisamos fazer para implantar uma cultura de segurança efetiva. Na mesma perspectiva, o poder público (2009) reitera: “Todo processo de educação permanente requer elaboração, desenho e execução a partir de uma análise estratégica e da cultura institucional dos serviços de saúde em que se insere.” E também em Harada e Pedreira (2013) que diz:

Enfim, são necessárias estratégias para reduzir os danos aos pacientes. Isto significa desenvolver pesquisas direcionadas a identificar os melhores mecanismos de prevenção, modos eficazes de difusão de novas ideias e entusiasmo na adoção delas. Garantir segurança no cuidado é um enorme desafio para os serviços de saúde.

(HARADA, PEDREIRA, 2013, p. 54).

Entre os artigos, sete apontaram resultados positivos relacionados às estratégias educacionais, no artigo um - melhora na adesão dos profissionais à verificação da pulseira de identificação do paciente antes da prestação de cuidados; artigo dois – a pesquisa contribuiu para a produção do conhecimento acerca das estratégias para prevenção da

resistência bacteriana; artigo – 10 foram observadas transformações na prática de enfermagem para melhoraram a segurança do paciente, como identificar, gerenciar e propor plano de cuidado de acordo com os riscos assistenciais e físicos; artigo 12 - Após a implantação da Gerência de Risco foi observado uma melhora na qualidade do serviço prestado, assim como adequação e melhoria dos processos; artigo 15 – foi observado que os acadêmicos conhecem a biossegurança e o relaciona a segurança do paciente; artigo 19 - Uma grande aceitação deste instrumento para o uso na prática diária por líderes de opinião da Associação Mexicana de Cirurgia Geral, o que é de grande impacto para a segurança do paciente. Este resultado mostra a importância da educação permanente como ação não só para a formação, mas para a transformação do profissional de saúde, pois ela consegue disseminar o conhecimento e torná-lo parte da prática assistencial para a melhoria da prestação do cuidado ao paciente.

A abordagem a determinadas MISP pelos artigos pode ser avaliada pensando-se nas iniciativas da ANVISA, da OMS e do MS. A OMS lançou, em outubro de 2004, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. Essa Aliança tem o objetivo de despertar a consciência profissional e o comprometimento político para uma melhor segurança na assistência à saúde. Para auxiliar na melhoria da segurança do paciente, a aliança formulou os Desafios Globais para a Segurança do Paciente. O primeiro, em 2005, era “uma assistência limpa é uma assistência mais segura”, que traz a higienização das mãos como meta para ajudar a reduzir as IRAS. Essa meta esteve presente em oito dos vinte e três. O segundo desafio global, lançado em 2008, foi à cirurgia segura (BRASIL, 2014), que está representada em sete dos artigos. Junto com a ANVISA, o MS desenvolveu vários materiais explicativos (folders, cartazes e protocolos para todas as metas) para que os profissionais e a sociedade os conhecessem (anexo).

Na primeira categoria, temos as MISP que foram abordadas da seguinte maneira: na Meta 6: parte um - quedas e parte dois - UPP temos uma representatividade de 21% dos artigos. Estudo realizado num hospital geral universitário mostrou uma incidência de 39,1 % de UPP. Isso traz uma grande preocupação para os serviços de saúde, pois essa ocorrência causa impacto tanto para os pacientes e seus familiares quanto para o próprio sistema de saúde, como prolongamento de internações, risco de infecção e outros agravos evitáveis (MS, ANVISA, FIOCRUZ, 2013). Isso também se aplica às quedas dos

pacientes, as quais produzem danos em 30% a 50% dos casos, sendo que 6% a 44% desses pacientes sofrem danos de natureza grave, como fraturas, hematomas subdurais e sangramentos, que podem levar ao óbito (MS, ANVISA, FIOCRUZ, 03/05/2013).

Diante disso, consideramos que todas as metas têm sua importância para a segurança do paciente. Como estudá-las, se apenas uma ou todas, e até mesmo qual estudar, trata-se mais de uma necessidade verificada dentro dos serviços, ou ainda de pesquisadores que precisam de informação sobre o tema para, assim, elaborarem estratégias ou avaliarem as que já foram implantadas.

Na segunda categoria, Estratégias Educativas, temos duas subcategorias, no artigo um que é representada pelos Cursos na modalidade de educação à distância (EAD), e no artigo 22 que é o desenvolvimento de uma ferramenta da EAD que é o ambiente virtual de aprendizagem (AVA). Isso nos mostra a parca produção sobre o tema. Precisamos de mais estudos que apresentem suas estratégias educativas e mostrem seus resultados exitosos para que, através dessas avaliações, possamos traçar melhores estratégias para os serviços. Afinal, precisamos conhecer para melhorar.

Na terceira categoria temos a educação continuada no serviço de saúde, e como suas subcategorias, a educação continuada como ação/estratégia para segurança do paciente, que está presente em dezenove artigos (83%); e A educação como foco central do estudo, que está em um artigo (4%). Esse dado salienta a importância da educação permanente para a segurança do paciente. Segundo Davini (2009), ela é confirmada como estratégia sistemática e global, onde podemos encontrar diversas ações de capacitação.

Na quarta categoria vemos a qualidade da assistência, com três subcategorias, representadas pela Gerência de Risco com dois artigos; a segurança do paciente com cinco artigos e os eventos adversos com sete artigos. Definir a qualidade da assistência vem se tornando um processo difícil, pois a qualidade na saúde vem ganhando uma grande abrangência. Em Donabedian (1980), vemos que ela é de suma importância, realizada por

todos os profissionais que estão envolvidos no contexto de cuidar, e ele define o cuidado de boa qualidade o que permite ao paciente o máximo e o mais completo bem-estar, considerando-se o equilíbrio entre ganhos e perdas, que são inerentes ao processo do cuidado. Este mesmo autor em uma publicação mais recente (2003) afirma que a qualidade do cuidado em saúde é composta por vários fatores, como: a eficácia, a efetividade, a eficiência, a otimização, a aceitabilidade, a legitimidade e a equidade. Nesta mesma publicação (2003, p.24) ele fala sobre garantir a qualidade como “*todas as ações tomadas para estabelecer, proteger, promover e melhorara a qualidade dos cuidados de saúde*”.

As subcategorias, do subgrupo supracitado, estão intimamente vinculadas à qualidade. A G.R. é responsável pelas notificações dos E.A., (recebe-los, entende-los e mitiga-los). E falar sobre a S.P. é falar sobre um cuidado de qualidade, processos de cuidado bem definidos e a diminuição dos E.A. Vemos em Menezes et al. (2014), estudo que objetivou identificar e analisar estratégias para promoção da segurança do paciente na perspectiva de enfermeiros assistenciais num hospital público de Fortaleza, onde eles concluíram que a inclusão e a participação destes profissionais em uma gestão compartilhada para a implantação da cultura de segurança; que para reduzir os riscos e eventuais danos temos que incorporar boas práticas aos cotidiano profissional e é necessário uma mudança de cultura dos profissionais, e precisamos entender que tratar segurança do paciente causa impacto na qualidade da assistência de enfermagem.

CONCLUSÕES

A revisão integrativa possibilitou a construção de uma síntese do conhecimento científico acerca da educação permanente em saúde para a segurança do paciente na perspectiva da literatura Latino – Americana.

A análise das pesquisas selecionadas mostrou que em sua maioria os estudos são de baixa evidência científica, segundo a escala de evidência científica utilizada neste trabalho. Graduada de um a sete, a aplicação dessa escala revelou que os estudos aqui analisados tiveram graduação entre 4 e 7 (sendo que o nível 6 esteve presente em dezessete artigos). Vale ressaltar que o maior grau de evidência científica é o nº 1. Encontramos lacunas no conhecimento produzido quando, ao final do estudo, perguntas ficam sem respostas e não existem estratégias traçadas para a utilização dos dados. O tipo de estudo escolhido já os delimitou como de baixa evidência científica. Como docentes e pesquisadores, precisamos elevar a qualidade do trabalho científico para que, assim, tenhamos dados relevantes que subsidiem tomadas de decisão pautadas nas PBE.

Mas vale lembrar que os artigos também abordaram pontos negativos, como a dificuldade dos profissionais de lidar com mudanças e protocolos, falta de envolvimento, falta de conhecimento dos profissionais sobre o tema. Tais dificuldades, no entanto, devem ser encaradas como pontos positivos, uma vez que, de posse desses dados, podemos pensar em estratégias para revertê-las.

Tendo em vista que o objetivo deste estudo foi identificar estratégias educacionais utilizadas pela educação permanente com os profissionais de saúde para a implantação, avaliação e monitoramento de ações de capacitação para segurança do paciente, encontramos em dois artigos. No artigo nº 01 mostra-se relevante, pois, como resultado positivo, conseguiu aumentar a adesão dos profissionais à verificação da identificação dos pacientes antes da realização de procedimentos. Dessa maneira, a estratégia propiciou um aumento da cultura de segurança na instituição. O artigo nº 22 não apresentou resultados apenas o desenvolvimento da ferramenta (AVA).

Temos uma publicação ainda incipiente sobre esta vertente do tema. Faz-se necessário um aumento de produtividade e qualidade dos estudos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, et. al. **O Desafio da Educação Permanente em Saúde em Enfermagem.** In: II CONGRESSO EM DESENVOLVIMENTO SOCIAL, 2010. ANAIS - II CONGRESSO EM DESENVOLVIMENTO SOCIAL, 2010. Disponível em http://www.congressods.com.br/segundo/images/trabalhos/educacao_desenvolvimento/Jao%20Marcus%20Oliveira%20Andrade.pdf. Acessado em 10/03/2016.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária Boletim Informativo: Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde nº 11, Ano VI. Avaliação dos indicadores nacionais de infecção relacionada à assistência ano de 2014 e relatório de progresso. Disponível em: [file:///C:/Users/claudia/Downloads/Boletim_Segurana_do_Paciente_e_Qualidade_em_Servicos_de_Sade_n_11%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/claudia/Downloads/Boletim_Segurana_do_Paciente_e_Qualidade_em_Servicos_de_Sade_n_11%20(2).pdf). Acessado em 31/07/2017.

AQUINO, E.M.L. **Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil.** *Rev. Saúde Pública* 2006; 40(N Esp.): 121-32. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40nspe/30631.pdf>. Acessado em 08/09/2016.

BARRETO, M.L. **Crescimento e tendência da produção científica em epidemiologia no Brasil.** *Revista de Saúde Pública* 2006; 40 (N Esp.): 79-85. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40nspe/30626.pdf> Acessado em 01/10/2016.

BECCARIAL, et al. **Eventos adversos na assistência de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva.** *Rev. Bras. Ter. Intensiva.* 2009; 21(3): 276-282. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v21n3/a07v21n3.pdf>. Acessado em 19/11/2016.

BEYEA, SC; NICOLL, ELH. **Se bem-feita, a revisão integrativa se assemelha aos estudos primários em clareza, replicação e padrões de rigor.** *Writing an integrative review.* *Aorn J* 1998 April; 67(4):877-80. [http://www.aornjournal.org/article/S0001-2092\(06\)62653-7/fulltext](http://www.aornjournal.org/article/S0001-2092(06)62653-7/fulltext).

BRASIL^B, ANVISA. **Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde – Incidentes Relacionados à Assistência à Saúde – 2014.** Ano VI nº 10/ dezembro de 2015. Disponível em: file:///F:/TCC-EBS/epidemiologia%20e%20dados%20estatisticos/ANVISA_boletim_seguranca_paciente_WEB.pdf. Acessado em 15/09/2016.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, ANVISA, FIOCRUZ **Anexo 01: PROTOCOLO PREVENÇÃO DE QUEDAS** Protocolo elaborado pela equipe técnica do PROQUALIS Ministério da Saúde/ ANVISA/ Fiocruz 03/05/2013. Disponível em: <http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Protocolo%20-%20Preven%C3%A7%C3%A3o%20de%20Quedas.pdf>. Acessado em 19/11/16.

BRASIL, MINISTERIO DA SAUDE, ANVISA, FIOCRUZ. **Anexo 02: PROTOCOLO PARA PREVENÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO.** Ministério da Saúde/ ANVISA/ Fiocruz 09/07/2013. Disponível em: <file:///F:/TCC-EBS/epidemiologia%20e%20dados%20estatisticos/PROTOCOLO-ULCERA-POR-PRESS--O.pdf>. Acessado em 15/10/2016.

BRASIL^C, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. 1º ed. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acessado em 06/09/2016.

BRASIL^A, PORTARIA Nº 198, DE 20 DE AGOSTO DE 2007, que Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_sau_de.pdf Acessado em 11/03/2016.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Educação Permanente. Caderno 3**. Educação Permanente/Milton Menezes da Costa Neto, org. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000 44 p.

BRASIL^A, PORTARIA Nº 278, DE 27 DE FEVEREIRO DE 2014 que Institui Diretrizes para Implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde (MS). Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0278_27_02_2014.html Acessado em 10/03/2016.

BRASIL PORTARIA Nº 529, DE 1º DE ABRIL DE 2013, que institui a Política Nacional da Segurança do Paciente (PNSP). Disponível em <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/portaria-529> Acessado em 13/09/2016.

BRASIL, PORTARIA Nº 1.996, DE 20 DE AGOSTO DE 2007, que dispõe sobre as diretrizes para a Implementação da Política Nacional de Educação Permanente em saúde. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html Acessado em 11/03/2016.

BRASIL PORTARIA Nº 529, DE 1º DE ABRIL DE 2013, que institui a Política Nacional da Segurança do Paciente (PNSP). Disponível em <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/portaria-529> Acessado em 13/09/2016.

BRASIL, PORTARIA Nº 2.095, DE 24 DE SETEMBRO DE 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/0SEGURANCA_DO_PACIENTE/portaria_2_095_2013.pdf. Acessado em 04/11/2016.

BRASIL, RESOLUÇÃO – RDC Nº 36, DE 25 DE JULHO DE 2013, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e das outras providências. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html Acessado em 05/09/2016.

BRASIL, DECRETO Nº 9.057, de 25 de Maio de 2017, que regulamenta o art. 80 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/decreto/D9057.htm Acessado em 18/06/2017

CASTRO, CGSO. Coord. Estudos de utilização de medicamentos: noções básicas [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. 92 p. ISBN 85-85676-89-2. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/zq6vb/pdf/castro-9788575412657-10.pdf> Acessado em 09/06/2016.

DAVINI, M.C. **Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde.** In: **MINISTÉRIO DA SAÚDE.** Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde (Org.). **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Série B Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006, v.9. 1 ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Cap. 3, p. 40. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33856/396770/Pol%C3%ADtica+Nacional+de+Educa%C3%A7%C3%A3o+Permanente+em+Sa%C3%BAde/c92db117-e170-45e7-9984-8a7cdb111faa> Acessado em 19/11/2016.

D'INNOCENZO, M.; ADAMI, N.P.; CUNHA, I.C.K.O. **O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem.** *Rev. Bras. Enfermagem* 2006 jan-fev; 59(1): 84-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n1/a16v59n1.pdf> Acessado em 09/09/2016.

DONABEDIAN, A. La Calidad de la Atención Médica: definiciones - métodos de Evaluación. México: La Prensa Médica Mexicana, 1984. P. 6 – 7.

DONABEDIAN, A. The definition of quality and approaches to its assessment. In: A. Donabedian, Explorations in quality assessment and monitoring. volume I. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press; 1980.

DONABEDIAN, A. An Introduction to Quality Assurance in Health Care. New York: Oxford University Press; 2003. Disponível em <https://play.google.com/books/reader?id=fDSriunx6UEC&hl=pt-BR&printsec=frontcover&source=ebookstore&pg=GBS.PR29.w.1.0.0> Acessado em 21/08/2017.

ELIAS, C.E.L. **Educação Permanente no cotidiano das Equipes da Saúde da Família: Possibilidade de Ensinar e aprender** – Araçuaí/Minas Gerais – 2009. Disponível em <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0208.pdf>. Acessado em 15/11/2016.

FELDMAN, L.B. **O ENFERMEIRO ANALISTA DE RISCO INSTITUCIONAL.** *Rev. Bras. Enferm, Brasília (DF)* 2004 Nov/dez; 57(6): 742-5 Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n6/a23.pdf> Acessado em 09/09/2016.

REASON, J.T.; CARTHEY, J.; LEVAL M. R. **Diagnosing “vulnerable system syndrome”**: an essential prerequisite to effective risk management. *Quality in Health Care* 2001;10(Suppl II): ii21–ii25. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1765747/pdf/v010p0ii21.pdf>. Acessado em 25/07/2017.

FRANCOL et al. **Percepção da equipe de enfermagem sobre fatores causais de erros na administração de medicamentos**. *Rev. Bras. Enferm., Brasília* 2010 nov. - dez; **63(6): 927-32**. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/09.pdf> Acessado em 19/11/2016.

GALVÃO, C.M.; SAWADA, N.O.; MENDES, I.A.C. **A busca das melhores evidências**. *Rev. Esc. Enferm USP* 2003; **37(4): 43-50**. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n4/05.pdf> Acessado em 19/11/2016.

GANONG, LH. **Integrative reviews of nursing research**. *Res Nurs Health*. 1987; **10(1): 1-11**. Apud SOUZA, M.T., SILVA, M.D., CARVALHO, R. **Revisão integrativa: o que é e como fazer**. Einstein. 2010; 8 (1 Pt 1):102-6. http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf Acessado em 15/03/2016.

GIL, A. **Métodos e técnicas de pesquisa social**/ Antônio Carlos Gil. - 6 ed. – São Paulo: Atlas, 2008. Disponível em: <https://ayanrafael.files.wordpress.com/2011/08/gil-a-c-mc3a9todos-e-tc3a9cnicas-de-pesquisa-social.pdf> Acessado em 27/03/2017.

GIMENES et al. **Influência da redação da prescrição médica na administração de medicamentos em horários diferentes do prescrito**. *Acta Paul Enferm.* 2009; **22(4): 380-4**. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n4/a05v22n4.pdf>. Acessado em 19/11/2016.

GODOY, A.S. **INTRODUÇÃO À PESQUISA QUALITATIVA E SUAS POSSIBILIDADES ARTIGOS**. © 1995. *Revista de Administração de Empresas / EAESP / FGV, São Paulo, Brasil*. Disponível em <file:///C:/Users/claudia/Downloads/38183-75982-1-PB.pdf> Acessado em 15/11/2016.

HAYGERT, D.Z. **EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E ENFERMAGEM EM TERAPIA INTENSIVA: (IN) VISIBILIDADE NA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**, Porto Alegre, 2010. Trabalho de conclusão do curso de Especialização em Práticas Pedagógicas para Educação em Serviços de Saúde. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/32955>. Acessado em: 28/03/2017. DANIELA ZAVARESE HAYGERT

HEALTH and SAFETY COMMISSION. Executive Research Report 367, 2005. RR367 - A review of the safety culture and safety climate literature for the development of the safety culture inspection toolkit. <http://www.hse.gov.uk/managing/reports.htm>. Acessado em 18/11/2016.

KOHN et. al. **To err is human**. Washington, DC: National Academy Press; 2000. Disponível em <http://www.csen.com/err.pdf>. Acessado em 06/09/2016.

KRISTENSEN, S.; MAINZ, J.; BARTELS, P. Establishing a Set of Patient Safety Indicators Safety Improvement for Patients in Europe SImPatIE - Work Package 4; 2007. Disponível em: [http://www.zdravstvo-kvaliteta.org/attachments/article/18/Patient safety indicator development.pdf](http://www.zdravstvo-kvaliteta.org/attachments/article/18/Patient%20safety%20indicator%20development.pdf) Acessado em 10/11/2016.

LANZILLOTTI, L.S.; ANDRADE, C.L.T.; MENDES, W. **Eventos adversos e incidentes sem dano em recém-nascidos notificados no Brasil, nos anos 2007 a 2013** Marismary Horsth De Seta. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 32(9): e00100415, set, 2016 <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n9/1678-4464-csp-32-09-e00100415.pdf>. Acessado em 28/03/2017.

LEVINSON, D. Hospital incident reporting systems do not capture most patient harm. Office of Inspector General. US Department of Health and Human Services, 2012. Disponível em: <https://oig.hhs.gov/oei/reports/oei-06-09-00091.pdf>. Acesso em: 31/07/2017.

MACHADO, M.H. PESQUISA PERFIL DA ENFERMAGEM NO BRASIL. FIOCRUZ 2012. <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem-no-brasil>. Acessado em 04/11/2016.

MAINZ, J. 2003. **Defining and Classifying Clinical Indicators for Quality Improvement**. *Int. J Qual Health Care* 2003; 15: 523-30. Disponível em: https://oup.silverchair-cdn.com/oup/backfile/Content_public/Journal/intqhc/15/6/10.1093/intqhc/mzg081/2/mzg081.pdf?Expires=1491576561&Signature=QRrQXiQPXyRFCInXxSrbem2ohfhyCV3sR40PbSx79O49y8LYI9T~OqOjcSZUAVS9WvWgYB8byAnE88Mdn0HY4eWBp504m2U1Z17pa3XlpMSBsbj0lSqj7LJVesTHF6wE7R1r1WqeIHfLOSXVeGreeWMR11rJr-Lu7aWbedar3cnWUxV9caCYzfmNLLNGDTPNxd9MWpuePPzeSRxFgqJORBHOeJJq7wK6rJmMUI0I0AfaeMNqmx5b~x-1g4Fi6F7yIdeiYKT3021pxB3B8jZdfBNTBqb9LrRQfaNyAiHIWURUFEUIKqaNf~WsHEGY-4qnVb-WWRqRR0hanw6r-M4eHA_&Key-Pair-Id=APKAIUCZBIA4LVPVAVW3Q. Acessado em: 31/03/2017.

MASSAROLI, A. SAUPE, R. **DISTINÇÃO CONCEITUAL: EDUCAÇÃO PERMANENTE E EDUCAÇÃO CONTINUADA NO PROCESSO DE TRALALHO EM SAÚDE - 2005**. Disponível em <http://www.abennacional.org.br/2SITE/Arquivos/N.045.pdf>. Acessado em 19/11/2016.

MELNYK, BM, Fineout-Overholt E. **Making the case for evidence-based practice.in: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice**. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins; 2005.p.3-24. Encontrado em <http://file.zums.ac.ir/ebook/208-Evidence-Based%20Practice%20in%20Nursing%20&%20Healthcare%20-%20A%20Guide%20to%20Best%20Practice,%20Second%20Edition-Be.pdf>. Acessado em 31/03/2017. Apud GALVÃO, C.M. **EDITORIAL - Níveis de Evidência**. Acta Paul

Enferm 2006; 19(2): V. Encontrado em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n2/a01v19n2.pdf>. Acessado em 30/03/2017.

MENESES, R.O.; TIGRE, I.M.A.L.; SALES, L.M.S.; VIEIRA, S.F.; LOPES, R.S.; MONTEIRO, M.G. **Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências.** Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, vol. 18, núm. 1, enero-marzo, 2014, pp. 122-129. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n1/1414-8145-ean-18-01-0122.pdf> Acessado em 21/08/2017.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro.** Tradução de Catarina Eleonora F. da Silva e Jeanne Sawaya; revisão técnica de Edgard de Assis Carvalho. 2º ed.– São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2000. <http://www.teoriadacomplexidade.com.br/textos/textosdiversos/SeteSaberes-EdgarMorin.pdf>. Acessado em 11/03/2016.

NEUHAUSER, D. **HEROES AND MARTYRS OF QUALITY AND SAFETY** Florence Nightingale gets no respect: as a statistician that is, 2003. Disponível em <http://qualitysafety.bmj.com/content/12/4/317.full.pdf+html> Acessado em 08/09/2016.

OLIVEIRA, et. al. **Educação permanente e qualidade da assistência à saúde: aprendizagem significativa no trabalho da enfermagem,** 2011. <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v11n1/v11n1a05.pdf> Acessado em 09/03/2016

OLIVEIRA, G.J.; OLIVEIRA, E. S.; LELES, C.R. **TIPOS DE DELINEAMENTO DE PESQUISA DE ESTUDOS PUBLICADOS EM PERIÓDICOS ODONTOLÓGICOS BRASILEIROS R.** Revista Odonto Ciência – Fac. Odonto/PUCRS, v. 22, n. 55, jan./mar. 2007. Site BVS RIPSА – REDE INTERNACIONAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. Disponível em: <http://www.ripsa.org.br/vhl/indicadores-e-dados-basicos-para-a-saude-no-brasil-idb/conceitos-e-criterios/>. Acessado em 05/11/2016.

OLIVEIRA, M.B., FERNANDEZ, B.P.M. **Hempel, Semmelweis e a verdadeira tragédia da febre puerperal.** SCIENTLE Studia. São Paulo, v.5, n1, p. 49-79, 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ss/v5n1/a03v5n1.pdf>. Acessado em 09/09/2016.

OLIVEIRA, J.R., XAVIER, R.M.F., JÚNIOR, A.F.S. **Eventos adversos notificados ao Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária (NOTIVISA): Brasil, estudo descritivo no período 2006 a 2011.** Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 22(4): 671-678 out-dez 2013. <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v22n4/v22n4a13.pdf>. Acessado em 28/03/2017

OMS, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Organización Mundial de Salud, Patient Safety. Who Press, 2009. Disponível em http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf Acessado em 19/11/2016.

PEREIRA, A.T.C.; SCHMITT, V.; DIAS, M.R.Á.C. Ambientes virtuais de Aprendizagem. In:_____ BARBOSA, R.M. Ambientes Virtuais de Aprendizagem. Artmed Editora, 2000. p. 4-22. Disponível em <http://www.pucrs.br/famat/viali/tic_literatura/artigos/ava/2259532.pdf> Acessado em 12/08/2017.

Portal da Saúde – SUS – Programa Nacional de Segurança do Paciente, 2017. Encontrado em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/dahu/seguranca-do-paciente>. Acessado em 23/03/2017. Copyright © 2017 Portal da Saúde – Ministério da Saúde – www.saude.gov.br.

REZENDE, JM. À sombra do plátano: crônicas de história da medicina [online]. São Paulo: Editora Unifesp, 2009. O juramento de Hipócrates. pp. 31-48. ISBN 978-85-61673-63-5. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>. Disponível em <http://books.scielo.org/id/8kf92/pdf/rezende-9788561673635-04.pdf>. Acessado em 10/07/2017.

RIBEIRO, T.S.; SANTOS, V.O. **Segurança do Paciente na Administração de Quimioterapia Antineoplásica: uma Revisão Integrativa**. Revista Brasileira de Cancerologia 2015; 61(2): 145-153. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_61/v02/pdf/09-revisao-de-literatura-seguranca-do-paciente-na-administracao-de-quimioterapia-antineoplasica-uma-revisao-integrativa.pdf Acessado em: 25/03/2017.

ROSSWURM, M.A; LARRABEE, J.H. **A model for change to Evidence-based practice. IMAGE: Journal of Nursing Scholarship** 1999; 31(4): 317-22. Apud GALVÃO, C.M.; SAWADA, N. O. **PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS: estratégias para sua implementação na enfermagem. Rev. Bras. Enferm, Brasília (DF)** 2003; 56(1): 57-60. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n1/a12v56n1.pdf> Acessado em 10/10/2016.

REASON, J.T.; CARTHEY, J.; LEVAL M. R. **Diagnosing “vulnerable system syndrome”: an essential prerequisite to effective risk management**. Quality in Health Care 2001; 10 (Suppl II):ii21–ii25. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1765747/pdf/v010p0ii21.pdf>. Acessado em 25/07/2017.

REIS, C. T., MARTINS, M., LAGUARDIA, J. **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, p. 2033 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n7/18.pdf> Acessado em 30/07/2017.

SILVA et al., 2011. **ANÁLISE DO SISTEMA DE NOTIFICAÇÕES EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA – NOTIVISA.** Encontrado em: <http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2012/v26n4/a3478.pdf>. Acessado em 28/03/2017.

SITE BVS RIPSA – REDE INTERNACIONAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. Disponível em: <http://www.ripsa.org.br/vhl/indicadores-e-dados-basicos-para-a-saude-no-brasil-idb/conceitos-e-criterios/>. Acessado em 05/11/2016.

SITE METODOLOGIA CIENTÍFICA e TECNOLÓGICA. Disponível em <https://metodologiaetecnologia.com.br/2011/06/13/escalas-de-evidencia-cientifica/>. Acessado em 26/10/2016.

SITE DA OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Encontrado em: http://www.paho.org/bireme/index.php?option=com_content&view=article&id=33:historia&Itemid=153. Acessado em 26/03/2017.

SITE PROQUALIS, 2016. Disponível em: <http://proqualis.net/manual/cirurgias-seguras-salvam-vidas-segundo-desafio-global-para-seguran%C3%A7a-do-paciente-orienta%C3%A7%C3%B5es>. Acessado em 07/11/2016.

SOARES et al., 2015. **Nível de evidência das tecnologias de cuidado de enfermagem na angioplastia de membros inferiores** Ver. Elet. Enf. [Internet], 2016. Acta Paul Enferm 2009; 22(Especial - 70 Anos):882-3. <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe/08.pdf>. Disponível em: [file:///C:/Users/claudia/Downloads/36763-187819-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/claudia/Downloads/36763-187819-1-PB%20(1).pdf) Acessado em: 25/03/2017.

WHO. **Patient Safety: Rapid Assessment Methods for Estimating Hazards.** Genebra; 2003. Disponível em http://www.who.int/patientsafety/activities/system/en/rapid_assessment_methods.pdf. Acessado em 06/09/2016.

World Health Organization. **The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety.** Version 1.1. Final Technical Report. Chapter 3. The International Classification for Patient Safety. Key Concepts and Preferred Terms [Internet]. Cidade: WHO; 2009 [cited 2011 Jul 4]. Available from: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_chapter3.pdf Acessado em 23/03/2017.

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. **Global priorities for patient safety research.** © World Health Organization 2009. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44205/1/9789241598620_eng.pdf Acessado em 06/09/2016.

ZAGHI, et al., **Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática.** Livro 1. Agência Nacional de Vigilância Sanitária | Anvisa, 2013. Disponível em http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf. Acessado em 07/08/2017.

ANEXOS

ANEXO A - Processo de higienização das mãos através da lavagem simples com água e sabão da ANVISA.

HIGIENIZE AS MÃOS: SALVE VIDAS

Higienização Simples das Mãos



1. Abra a torneira e molhe as mãos, evitando encostar na pia.



2. Aplique na palma da mão quantidade suficiente de sabonete líquido para cobrir todas as superfícies das mãos (seguir a quantidade recomendada pelo fabricante).



3. Ensaobie as palmas das mãos, friccionando-as entre si.



4. Esfregue a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda (e vice-versa) entrelaçando os dedos.



5. Entrelace os dedos e fricione os espaços interdigitais.



6. Esfregue o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta (e vice-versa), segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem.



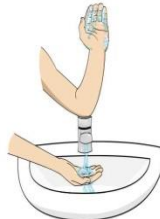
7. Esfregue o polegar direito, com o auxílio da palma da mão esquerda (e vice-versa), utilizando movimento circular.



8. Friccione as polpas digitais e unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha (e vice-versa), fazendo movimento circular.



9. Esfregue o punho esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita (e vice-versa), utilizando movimento circular.



10. Enxágüe as mãos, retirando os resíduos de sabonete. Evite contato direto das mãos ensaboadas com a torneira.



11. Seque as mãos com papel-toalha descartável, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos.

Para a técnica de Higienização Anti-séptica das mãos, seguir os mesmos passos e substituir o sabonete líquido comum por um associado a anti-séptico.



Fonte: site Influenza da Universidade Federal de Minas Gerais.
http://www.influenza.lcc.ufmg.br/DVD/material/cartaz_sabaoReimpressao.pdf. Acessado em 12/10/2016.

HIGIENIZE AS MÃOS: SALVE VIDAS

Higienização das Mãos com preparações alcoólicas
(Gel ou Solução a 70% com 1-3% de Glicerina)



SEGURANÇA DO PACIENTE

- 1 Identificar corretamente o paciente.
- 2 Melhorar a comunicação entre profissionais de Saúde.
- 3 Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos.
- 4 Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos.
- 5 Higienizar as mãos para evitar infecções.
- 6 Reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão.

Melhorar sua vida, nosso compromisso.



The bottom section of the poster features a row of logos. From left to right: the OMS logo with the text 'É tempo de agir e o tempo é tempo de SAÚDE.'; the 'SAÚDE SEGURANÇA' logo with a blue cross; the 'SUS' logo with a blue cross; the 'ANVISA' logo with a green cross and the text 'Agência Nacional de Vigilância Sanitária'; and the 'BRASIL' logo with the text 'GOVERNO FEDERAL' above it and 'COM MUITO MAIS E SEM MUITA FALCÃO' below it.

Fonte: Site Hospital Servidores do Estado
<http://www.hse.rj.saude.gov.br/profissional/boletim/bol46/epedit.asp>. Acessada em 12/10/2016.

10 PERGUNTAS-CHAVE PARA MELHORAR A SEGURANÇA DO PACIENTE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

TIRE SUAS DÚVIDAS COM O SEU MÉDICO OU OUTRO PROFISSIONAL DE SAÚDE!

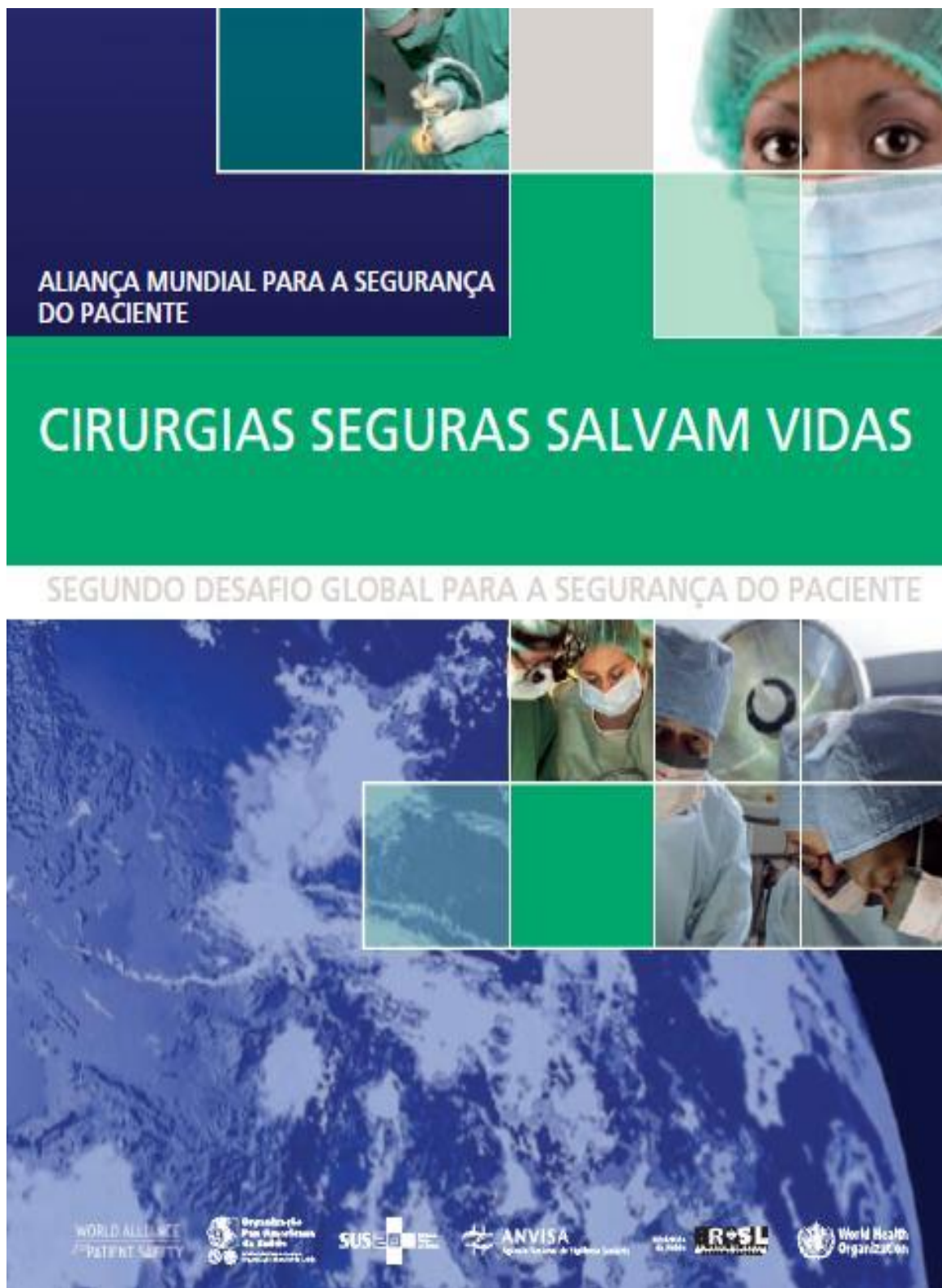
Faça as perguntas certas:

- 1 Qual o nome do problema que eu tenho? / Qual é o meu diagnóstico?
- 2 Quais são as minhas opções de tratamento?
- 3 Quais são as minhas chances de cura?
- 4 Como é realizado o exame ou procedimento?
- 5 Quando e como receberei os resultados do exame?
- 6 Como se soletra o nome do medicamento prescrito?
- 7 Quantas vezes ao dia e por quanto tempo devo usar esse medicamento?
- 8 É possível que haja alguma reação a esse medicamento?
- 9 Posso usar esse medicamento junto com outros que já utilizo, com algum alimento ou com algum líquido?
- 10 O tratamento mudará a minha rotina diária?

SUS ANVISA Ministério da Saúde BRASIL

Fonte: site do Hospital Santa Lucinda
http://www.hospitalsantalucinda.com.br/area_medica_profissionais_saude/comissoes_hospitalares.html.
Acessado em 12/10/2016.

ANEXO E – Manual de cirurgias seguras.



Fonte: site da Organização Pan - Americana de Saúde. Disponível em

http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=1183%3Alancamento-campanha-cirurgias-seguras-salvam-vidas-opas-oms-ms-sas-anvisa-cbc&Itemid=777. Acessado em 10/10/2016.