

ANÁLISE DE EVENTOS ADVERSOS EM UM CENTRO CIRÚRGICO AMBULATORIAL

Analysis of adverse events in an outpatient Surgical Center

Análisis de eventos adversos en un centro de Cirugía Ambulatoria

Flávia Giendruczak da Silva¹, Nery José de Oliveira Junior²,
Dionísia Oliveira de Oliveira³, Diana Rodrigues Nicoletti⁴, Emily Comin⁵

RESUMO: **Objetivo:** Analisar os eventos adversos notificados no Centro Cirúrgico para a segurança do paciente. **Método:** Trata-se de um estudo documental retrospectivo para investigar as notificações dos eventos adversos acontecidos em um Centro Cirúrgico ambulatorial privado. **Resultados:** Por meio do Serviço de Epidemiologia e Gerenciamento de Risco (SEGER), foram coletados os dados da pesquisa, durante o ano de 2014, tendo como resultados 250 notificações de eventos. **Conclusão:** Mediante a pesquisa constatou-se uma deficiência no processo de notificação e reconhecimento pelos profissionais da instituição diante das situações de eventos adversos ou falhas no processo de cuidados.

Palavras-chave: Segurança do paciente. Enfermagem de centro cirúrgico. Cuidados perioperatórios.

ABSTRACT: **Objective:** To analyze the adverse events reported in the Surgical Center for patient safety. **Method:** This is a documentary retrospective study to investigate the reporting of adverse events happened in a private outpatient Surgery Center. **Results:** Through the Epidemiology Service and Risk Management (SEGER), the survey data for the year 2014 were collected, with 250 event notifications as results. **Conclusion:** Through the survey, it was found a deficiency in the notification and recognition process by the professionals of the institution in face of situations of adverse events or failures in the care process.

Keywords: Patient safety. Operating room nursing. Perioperative care.

RESUMEN: **Objetivo:** Analizar los eventos adversos reportados en la Sala de Operaciones para la seguridad del paciente. **Método:** Se trata de un estudio retrospectivo documental para investigar los informes de eventos adversos ocurrió en un Centro De Cirugía ambulatoria privada. **Resultados:** A través del Servicio de Epidemiología y Gestión de Riesgos (SEGER) se recogieron los datos de la encuesta para el año 2014, con los resultados de 250 notificaciones de eventos. **Conclusión:** A través de la encuesta era una deficiencia en el proceso de notificación y reconocimiento por parte de los profesionales de la institución frente a situaciones de eventos adversos o fallas en el proceso de atención.

Palabras clave: Seguridad del paciente. Enfermería del quirófano. Cuidados perioperatorios.

¹Enfermeira. Especialista em Centro Cirúrgico. Enfermeira da Sala de Recuperação do Hospital Moinhos de Vento. E-mail: flavia_gsilva@yahoo.com.br

²Enfermeiro. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Enfermeiro Responsável Técnico do Hospital Giovanni Battista, Sistema de Saúde Mãe de Deus. Docente da Faculdade de Desenvolvimento do Rio Grande do Sul (FADERGS). E-mail: nery.oliveirajr@gmail.com

Avenida Jacuí, 638/311, Cristal, 90810-150, Porto Alegre (RS), Brasil. Telefone: (51) 3378-9919

³Enfermeira. Especialista em Gestão em Saúde e Controle de Infecção. Enfermeira do Controle de Infecção e Gestão de Risco do Hospital Giovanni Battista, Sistema de Saúde Mãe de Deus. E-mail: dionisia.oliveira@maedeus.com.br

⁴Estudante do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Ritter dos Reis. E-mail: diana.nicoletti@hotmail.com

⁵Estudante do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Metodista do IPA. E-mail: emilycomin@hotmail.com

Recebido: 09 nov. 2015 – Aprovado: 23 nov. 2015.

DOI: 10.5327/Z1414-4425201500040004

INTRODUÇÃO

O Centro Cirúrgico (CC), por sua complexidade, exige um olhar diferenciado no cuidado do paciente, com atuação de diferentes profissionais e integração de várias unidades. Sua especificidade necessita de atenção nos processos que cercam o paciente. Com base nesta premissa, entende-se que a atividade no CC envolve tarefas complexas, plenas de variação e de incerteza, exercidas em condições ambientais dominadas pela pressão e pelo *stress*. Logo, essas atividades requerem do profissional atenção redobrada nos processos que envolvem o paciente¹.

Nesse contexto, podemos ressaltar as inúmeras cirurgias que são realizadas diariamente, explicitando a segurança do paciente no preparo perioperatório. O ambiente hospitalar apresenta diversos riscos à saúde dos pacientes, os quais podem gerar um agravamento no processo de recuperação. Portanto, considera-se importante o papel do profissional na identificação dos fatores que podem afetar a segurança do paciente e a avaliação de medidas de prevenção à exposição aos riscos e danos decorrentes do atendimento².

As instituições hospitalares estão cada vez mais preocupadas em garantir um atendimento de qualidade a seus clientes. Nesse âmbito, a segurança do paciente, por meio do gerenciamento de riscos, tem recebido destaque com a implementação de medidas de prevenção à exposição aos riscos, bem como aos danos ao cliente decorrentes da assistência à saúde³. Por isso, a equipe deve ficar atenta às atividades desenvolvidas para que sejam evitados erros advindos de despreparo e desatenção na assistência ao paciente.

Estudos demonstram que os avanços científicos e tecnológicos têm aumentado a cada ano, gerando um número maior de procedimentos cirúrgicos, impactando assim indiretamente na ocorrência de eventos adversos⁴. Nesse contexto, é discutível a importância da segurança em relação aos eventos adversos que possam ser ocasionados durante a assistência pelas equipes, sendo necessário rever medidas de prevenção de danos e riscos à saúde do paciente⁵. Muitos dos eventos adversos ocasionados pela equipe de Enfermagem são devidos aos erros de medicações, quedas dos pacientes, extubação, queimaduras durante o procedimento, hemorragias por desconexão de drenos e outros, no entanto vários estudos estão sendo realizados para avaliação dos serviços e dos protocolos utilizados nas instituições⁶.

Algumas limitações ainda persistem apesar dos estudos prévios realizados, sendo necessário avaliar as notificações realizadas diante do despreparo e da ausência de conhecimento de muitos profissionais.

A preocupação pela segurança do paciente vem sendo um assunto muito discutido pelas instituições hospitalares. O cuidado prestado pelos profissionais está cada vez mais complexo, exigindo conhecimento técnico-científico e habilidades específicas para cada caso. Com base no exposto, levanta-se o seguinte questionamento: quais os eventos adversos mais notificados no centro cirúrgico?

Este estudo teve como finalidade avaliar a segurança do paciente perante os eventos adversos no centro cirúrgico, apontando as possíveis causas para sua ocorrência, e avaliar o conhecimento dos profissionais diante das notificações dos erros realizados pelas equipes que atuam no centro cirúrgico.

OBJETIVO

Analisar os eventos adversos notificados no Centro Cirúrgico para a segurança do paciente.

MÉTODO

Trata-se de um estudo documental retrospectivo para investigar as notificações dos eventos adversos acontecidos em um Centro Cirúrgico ambulatorial privado da cidade de Porto Alegre. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Mãe de Deus sob o nº 035820/2015 e CAAE 44507515.3.0000.5328.

O hospital conta com 170 funcionários, 90 dos quais são trabalhadores da Enfermagem, e sua principal estratégia é o atendimento cirúrgico ambulatorial. Além do serviço cirúrgico (Centro Cirúrgico e Sala de Recuperação Pós-Anestésica), a instituição oferece serviço de Hemodiálise e Oncologia. O Centro Cirúrgico dispõe de 8 salas operatórias, nas quais são realizadas, aproximadamente, 800 cirurgias mensais, e os procedimentos estéticos representam 80% da produção cirúrgica, seguidos de cirurgias traumatológicas, entre outras de baixa complexidade.

A coleta de dados foi realizada por meio do banco de dados do serviço, via consulta à plataforma de notificações, sendo feita análise com base na qualidade dos dados e coerência. A notificação dos eventos é realizada mediante um sistema de notificação anônimo (Anexo 1), via intranet, o qual é aberto a todos os níveis da organização. Essas notificações ficam registradas em uma plataforma à qual o Serviço de Epidemiologia e Gerenciamento de Risco (SEGER) dá continuidade no tratamento da notificação, com o instrumento de qualidade e

análise de causa-efeito (Diagrama de Ishikawa) e o plano de ação. O SEGER e o sistema de notificação de eventos adversos informatizado existem na instituição desde 2012.

Neste sistema há instrumento de notificação específico para cada evento adverso ocorrido ou queixa técnica a ser notificada. Para o preenchimento, não se faz necessário cadastro prévio, e somente a equipe do gerenciamento de risco tem acesso às informações.

O hospital classifica as suas notificações em:

- queixa técnica – qualquer suspeita de alteração, irregularidade, mau funcionamento de um produto e/ou material relacionado a aspectos técnicos ou legais e que poderá ou não causar dano à saúde individual e/ou coletiva;
- quase falha – qualquer variação de processo que não afeta o desfecho, mas cuja recorrência acarreta uma chance significativa de um evento adverso sério;
- erro de processo – um evento que não é consistente com a rotina de cuidados ou procedimentos do hospital;
- erro de medicação – qualquer ato não intencional no processo de prescrição, dispensação, transcrição ou administração de uma droga ou medicamento;
- evento adverso – são incidentes não desejados, problemas terapêuticos, danos iatrogênicos ou qualquer ocorrência inadvertida diretamente associada com cuidados ou serviços prestados na jurisdição de um estabelecimento de assistência à saúde. Podem resultar de atos deliberados ou de omissão;
- evento sentinela – uma ocorrência inesperada envolvendo morte ou dano sério, físico ou psicológico, ou o risco advindo desta.

Dano sério refere-se, especificamente, à perda de um órgão ou função. A expressão “ou o risco advindo desta” inclui qualquer variação de processo para o qual uma recorrência pode levar a uma chance significativa de um evento adverso sério^{7,8}.

Dentre as suas classificações, o hospital define como evento adverso as notificações de: bacteremia, erro de medicação, extravasamento, flebite, queda, retirada de cateter, úlcera por pressão (UP), reação adversa, parada cardíaca (PCR), hiperglicemia, hipoglicemia severa, evento adverso propriamente. Os demais eventos são classificados em: erro de processo, queixa técnica e quase falha.

Foram incluídos e analisados todos os registros completos de incidentes notificados via plataforma de registro institucional no período de janeiro a dezembro de 2014. Os critérios

de exclusão foram as notificações realizadas com preenchimento incorreto ou incoerente ao assunto.

Os dados foram analisados conforme número de notificações, o motivo do relato, a categoria profissional e a qualidade da informação. Os dados coletados foram armazenados no banco de dados eletrônico e submetidos à planilha eletrônica do Microsoft Excel versão 2010, analisados estatisticamente e apresentados em frequências absoluta e relativa.

RESULTADOS

O SEGER da instituição é atuante e fica responsável pelo recebimento de todas as notificações registradas na plataforma e por dar seguimento e tratamento a estas. No ano de 2014, foram realizados na instituição 6.186 procedimentos com finalidade estética e curativa.

Durante o ano de 2014, foi realizado o registro de 250 notificações destas na instituição, 90 (36%) foram registradas pelo Centro Cirúrgico e 19% (n=17) foram consideradas eventos adversos. A ocorrência de eventos adversos no CC no período do estudo foi de 2,8% (n=17/6.186).

Na Tabela 1, observa-se a distribuição da frequência dos eventos adversos (n=17) e as ocorrências administrativas (n=73). Quanto ao tipo, verificou-se que o maior número de notificações — 40% (n=36) do total — está relacionado ao erro de processo (falha no seguimento da rotina, protocolos), seguido de queixa técnica relacionada a suspeita de alteração,

Tabela 1. Distribuição das notificações administrativas e dos eventos adversos na plataforma de notificações, segundo o tipo. Porto Alegre, 2014.

Notificações administrativas/ eventos adversos	Frequência	%
Erro de processo	36	40
Queixa técnica	34	37,8
Evento adverso	7	7,8
Erro de medicação	5	5,6
Quase falha	3	3,3
Reação adversa	2	2,2
Flebite	1	1,1
Queda	1	1,1
Úlcera pro pressão	1	1,1
Total	90	100

irregularidade e/ou mau funcionamento de um produto e/ou material em 37,8% (n=34), evento adverso relacionado ao próprio paciente em 7,8% (n=7), erro de medicação em 5,6% (n=5) e quase falha em 3,3% (n=3). Apenas 2% das notificações está relacionado à queda (um caso) e flebite (um caso).

No mês de março, após a realização de capacitação institucional referente às notificações de eventos adversos, foi percebido o aumento do número de notificações para 45% (n=45), sendo 18% delas realizadas pelo CC (Figura 1). O mês em que houve o menor número de notificações relacionadas ao CC foi julho. Em média, foram realizadas 7,5% das notificações, e esse é o mês com maior demanda de trabalho, considerado como alta temporada.

Na Figura 1, está registrado o número total de eventos notificados na plataforma comparando ao número de eventos notificados relacionados ao Centro Cirúrgico no período do estudo. As notificações relacionadas a eventos adversos foram as menores quando comparadas aos erros de processos, para os quais se identificou o maior de notificações.

Com relação ao maior número de eventos notificados, identificou-se o erro de processo (40%). Destes erros, a maior prevalência foi o descumprimento das rotinas e dos padrões relacionados à Enfermagem – 63,9% (n=23), seguido dos médicos – 27,8% (n=10) e administrativos – 8,4% (n=3). Do total dos eventos, 37,8% estão relacionados à queixa

técnica, prevalecendo principalmente problemas na refrigeração do ambiente (n=28), seguidos dos equipamentos (n=6), que necessitam da manutenção preventiva anualmente.

Quanto aos eventos adversos relacionados ao próprio paciente, foram cinco casos, dois dos quais foram queimaduras ocasionadas com eletrocautério. Quanto aos erros de medicação, relacionaram-se a erros na prescrição de medicamentos em dois casos, seguidos de mais três ocorrências na administração destes. As evidências maiores de quase falha foram relacionadas a erros de identificação (falta da pulseira de identificação, identificação inadequada). Quanto à reação adversa, houve duas ocorrências de reação cutânea. Dentre os casos em que houve uma ocorrência: UP grau I, pelo mau posicionamento em uma cirurgia de longa duração; seguido de uma flebite grau I e uma queda na sala de recuperação em razão de o paciente não aderir às orientações da Enfermagem. Vale mencionar que não houve queda ao solo, mas sim um desnível de altura, sem danos.

DISCUSSÃO

Os dados sugerem que houve subnotificação e que esta pode estar vinculada ao desconhecimento dos profissionais com relação às consequências que podem acometer o paciente e

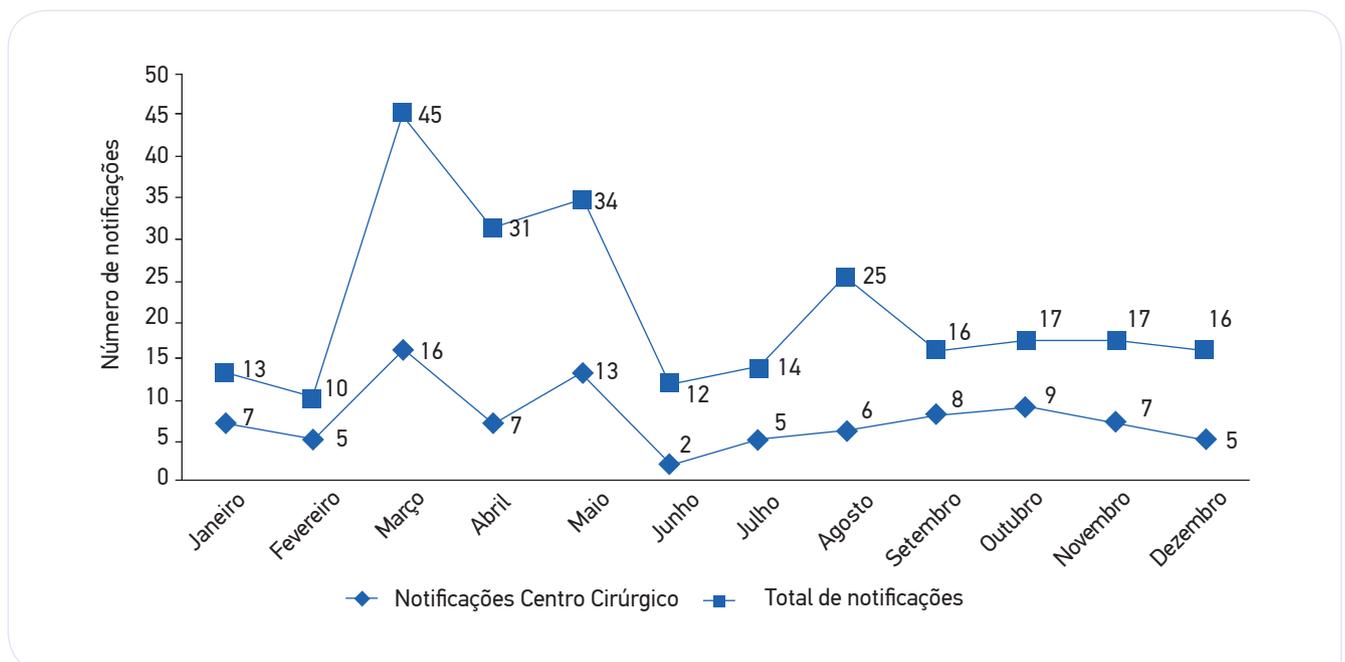


Figura 1. Número de notificações no Centro Cirúrgico e o número total de notificações no período de janeiro a dezembro de 2014.

do medo de punição pela instituição. Algumas das muitas razões que levam o profissional a não relatar os incidentes se baseiam em sentimentos como vergonha, autopenitência, medo da crítica de outras pessoas e do litígio. A instituição deve incentivar as ações de participação e valorização dos profissionais desenvolvendo uma cultura não punitiva, e sim ações educativas⁹.

A notificação é considerada um meio de comunicação prático, que possibilita à instituição o conhecimento de fatos inesperados e indesejados, proporcionando a construção de um banco de dados e a execução de modificações e o planejamento de processos mais seguros, permitindo a prevenção de futuros eventos adversos.

O ato de notificar pelos profissionais deve ser estimulado de forma contínua, visto que sua análise repercute na prevenção desses eventos, sendo importante que reconheçam o erro como uma falha no processo e não uma forma de reprimir, mas sim de subsidiar o planejamento de estratégias que minimizem sua ocorrência e/ou evitem novos erros.

Em relação ao número de notificações realizadas, os maiores registros ocorreram nos meses em que houve capacitação dos profissionais sobre o assunto, e os menores registros ocorreram na alta temporada, meses em que os profissionais aumentam a demanda de trabalho. Nos serviços de saúde, os processos educativos devem ser contínuos e com objetivos definidos, buscando atender diretamente às necessidades da instituição e dos profissionais. A equipe de Enfermagem Perioperatória deve passar por treinamentos de habilidades efetivos e contínuos, além de simulações^{4,10}.

Quanto às ocorrências mais frequentes das notificações, os erros de processos relacionados ao descumprimento de rotinas e padrões institucionais pelos profissionais de Enfermagem, médicos e administrativos, destacou-se a ausência de educação permanente para atender às necessidades demandadas no processo assistencial no período estudado, além da integração de novos profissionais.

Seguido das notificações relacionadas à queixa técnica referente à refrigeração, evidenciou-se que no período estudado a instituição estava com grandes problemas relacionados à manutenção corretiva dos equipamentos, os quais, após reforma de todo o sistema de climatização de ambiente, apresentaram melhora significativa.

Quanto às principais ocorrências de eventos adversos envolvendo diretamente o paciente, foram identificadas as queimaduras ocasionadas pelo uso indevido do bisturi elétrico (BE). O risco de queimadura em decorrência do uso do

BE pode estar associado à colocação da placa neutra, bem como às instalações elétricas deficientes. Em razão dessa condição, uma das principais intenções de um programa de segurança nos hospitais deve ser o treinamento exaustivo a respeito do uso de equipamentos médicos energizados⁷, além da manutenção preventiva dos aparelhos, a fim de evitar qualquer instalação elétrica deficiente que possa por em risco a saúde das equipes assistenciais, corroborando a segurança do paciente cirúrgico.

Houve um caso de queda notificado durante o período do estudo, o que vem ao encontro do que ocorre durante a prática profissional, sendo os períodos pré e pós-operatório considerados de maior risco para quedas do que o período transoperatório. A queda pode ser explicada pela vigilância inadequada de pacientes sem condições físicas para deambular sozinhos ou pela não aderência às orientações prestadas pela equipe de Enfermagem.

Estudos apontam que a queda é o evento adverso mais comum entre os pacientes hospitalizados, totalizando cerca de 70% dos acidentes que ocorrem dentro do hospital. Os fatores de risco estão presentes principalmente em clientes internados em unidades cirúrgicas, o que evidencia a necessidade de aumentar a vigilância de pacientes que demandam assistência pós-operatória. Algumas medidas podem ser tomadas para evitar que quedas ocorram, como a elevação de grades nas camas, acompanhamento do paciente ao banheiro, entre outras ações preventivas¹¹.

Os eventos relacionados aos erros de medicação referiram-se à prescrição e à administração de fármacos. No contexto hospitalar, geralmente, a Enfermagem é responsabilizada por esses erros em razão de tais práticas estarem presentes em sua rotina. Porém, o erro de medicação é uma questão multiprofissional, não podendo limitar-se apenas a uma categoria profissional. A sobrecarga de trabalho, a prescrição médica e a identificação incorreta do paciente são fatores mais comumente envolvidos no erro da medicação¹².

A úlcera por pressão ocorreu em um único caso; foi identificada após o término de um procedimento de longa duração, evidenciando o mau posicionamento do paciente. O enfermeiro com o anestesiológico e a equipe cirúrgica decidem qual o melhor posicionamento do paciente na mesa cirúrgica, considerando o conhecimento científico das alterações anatômicas e fisiológicas do paciente, associado ao tipo de anestesia, ao tipo de procedimento e ao tempo cirúrgico a que será submetido, para que o posicionamento seja adequado e não ocasione complicações pós-operatórias^{4,13}.

CONCLUSÃO

Em relação à flebite, houve apenas um caso notificado na SR, classificado como grau I. Apesar da baixa incidência de flebite na instituição, é importante reforçar que ela é considerada uma complicação da terapia intravenosa (TIV) relacionada diretamente com o cuidado de Enfermagem, portanto são necessárias ações educativas e capacitação da equipe de Enfermagem no que concerne às especificidades da TIV, principalmente no que tange à detecção precoce da flebite¹⁴.

As notificações de eventos adversos na plataforma do SEGER são essenciais ao processo de assistência à saúde, pois retratam uma realidade documentada, além de garantirem a comunicação efetiva entre a equipe assistencial e os gestores de saúde, fornecendo um respaldo legal e, consequentemente, trabalhando para a segurança do paciente.

Diante do exposto, deve haver um comprometimento por parte dos profissionais de saúde em registrar o evento ocorrido de maneira detalhada, evitando a subnotificação, pois os registros de maneira fidedigna poderão contribuir para mudanças institucionais e corroborar para melhores resultados assistenciais. Os resultados encontrados nesta pesquisa demonstram que, para o gerenciamento dos eventos adversos, é necessário o envolvimento de todos os profissionais de saúde, a fim de haver uma conscientização sobre a importância das notificações e suas responsabilidades, garantindo a segurança do paciente e a qualidade do serviço prestado.

A presente pesquisa conclui que os números de notificações elevaram-se a partir das capacitações dos trabalhadores, além servir de estímulo, reforçando a importância dos registros dos eventos para uma melhoria no processo assistencial.

Em relação às limitações dos dados notificados, verificou-se que os registros estavam relacionados às rotinas e aos padrões institucionais, com maior notificação nas queixas técnicas, evidenciando um menor resultado referente aos eventos adversos ou falhas no perioperatório. Compreendemos que as notificações devem ser estimuladas e acompanhadas pelo serviço de Epidemiologia e Gerenciamento de Risco com base nos resultados apresentados durante o ano.

O registro correto e completo do evento adverso contribui para o desenvolvimento de um plano de ação na área cirúrgica; porém, quando o registro é escasso e/ou inadequado, compromete a assistência prestada ao paciente, assim como a análise do evento pelo serviço que gerencia as notificações.

Para que ocorra um registro coeso, se faz necessário acompanhar as notificações e os resultados na qualidade do atendimento na área cirúrgica ambulatorial, bem como estimular os registros dos profissionais no perioperatório, para prevenir eventos adversos e reforçar a segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Lima AM, Sousa CS, Cunha ALSM. Segurança do paciente e montagem de sala operatória: estudo de reflexão. *Rev Enferm UFPE on line*. 2013;7(1):289-94 [acesso em 2015 set 08]. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/4047/5522>
2. Oliveira Jr NJ. Segurança do paciente: o checklist da cirurgia segura em um centro cirúrgico ambulatorial [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2015. [acesso em 2015 ago 20]. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufrgs.br/da.php?nrb=000965823&loc=2015&l=1f2b9de8b7a025a7>
3. Fassini P, Hahn GV. Riscos à segurança do paciente em unidade de internação hospitalar: concepções da equipe de enfermagem. *Rev Enferm UFSM*. 2012;2(2):290-9 [acesso em 2015 ago 20]. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/4966/3753>
4. Grigoletto ARL, Avelar MCQ. Posicionamento cirúrgico de clientes submetidos à cirurgia de quadril: eventos adversos. *Rev SOBECC*. 2012;17(1):27-34.
5. Grigoletto ARL, Gimenes FRE, Avelar MCQ. Segurança do cliente e as ações frente ao procedimento cirúrgico. *Rev Enferm UFPE on line*. 2011;13(2):347-54 [acesso em 2015 jul 17]. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v13/n2/v13n2a22.htm
6. Capucho HC, Arnas ER, Cassiani SHBD. Segurança do paciente: comparação entre notificações voluntárias manuscritas e informatizadas sobre incidentes em saúde. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013;34(1):164-72 [acesso em 2015 set 03]. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/26538/24527>
7. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. Global Patient Safety Challenge: 2005-2006. [Internet]. 2005. [acesso em 2015 nov 17]. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/events/05/GPSC_Launch_ENGLISH_FINAL.pdf
8. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Diretrizes para o Gerenciamento do Risco em Farmacovigilância. [Internet]. 2008. [acesso em 2015 nov 17]. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/8236f400446ae386a886fd9a09637ab4/Farmaco+4_final.pdf?MOD=AJPERES

9. Souza LP, Bezerra ALQ, Silva AEBC. Eventos adversos: instrumento de avaliação do desempenho em centro cirúrgico de um hospital universitário. *Rev. Enferm UERJ*. 2011;19(1):127-33 [acesso em 2015 set 27]. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a21.pdf>
10. Lipira LE, Gallagher TH. Disclosure of adverse events and errors in surgical care: challenges and strategies for improvement. *World J Surg*. 2014;38:1614-21 [cited 2015 Aug 15]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24763441>
11. Carneiro FS, Bezerra ALQ, Silva AEBC, Souza LP, Paranaguá TTB, Branquinho NCSS. Eventos adversos em uma clínica cirúrgica de uma Hospital Universitário: Instrumento de avaliação da qualidade. *Rev Enferm UERJ*. 2011;19(2):204-11 [acesso em 2015 ago 15]. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a06.pdf>
12. Corbellini VL, Schilling MCL, Frantz SF, Godinho TG, Urbanetto JS. Eventos adversos relacionados a medicamentos: percepção de técnicos e auxiliares de enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2011;64(2):241-7 [acesso em 2015 set 02]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a04v64n2.pdf>
13. Lopes CMM, Galvão CM. Posicionamento cirúrgico: evidências para o cuidado de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2010;18(2):287-94 [acesso em 2015 Ago 07]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/pt_21.pdf
14. Magerote NP, Lima MHM, Silva JB, Correia MDL, Secoli SR. Associação entre flebite e retirada de cateteres intravenosos periféricos. *Texto Contexto - Enferm*. 2011;20(3):486-92 [acesso em 2015 set 10]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n3/09.pdf>

Anexo 1. Instrumento de coleta dos dados.



SISTEMA DE SAÚDE
MÃE DE DEUS

<p>Hospital <input style="border: 1px solid #ccc;" type="text" value="Selecione o hospital"/></p> <p>Data <input style="border: 1px solid #ccc;" type="text"/> </p> <p>Tipo de Notificação</p> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px;"> <p><input type="checkbox"/> A. Queda</p> <p><input type="checkbox"/> B. PCR</p> <p><input type="checkbox"/> C. Erro Medicação</p> <p><input type="checkbox"/> D. Reação Adversa</p> <p><input type="checkbox"/> E. Near Miss (Quase Falha)</p> <p><input type="checkbox"/> F. Queixa Técnica (Produto / Medicação)</p> <p><input type="checkbox"/> G. Morte Inesperada / Evento Sentinela</p> <p><input type="checkbox"/> H. Outros (?)</p> </div> <p><input type="checkbox"/> Envolvimento/Dano ao Paciente?</p>	<p>Atendimento <input style="border: 1px solid #ccc;" type="text" value="Número"/></p> <p>Paciente <input style="border: 1px solid #ccc;" type="text" value="Nome"/></p> <p>Leito <input style="border: 1px solid #ccc;" type="text" value="Número"/></p> <p>Evento Adverso / Dano <input style="border: 1px solid #ccc;" type="text" value="Descrição"/></p> <p>Data Nascimento do Paciente <input style="border: 1px solid #ccc;" type="text"/></p> <p>Conduta Adotada <input style="border: 1px solid #ccc;" type="text" value="Descrição"/></p>
---	---

Caso queira receber algum retorno, preencha os campos abaixo

Nome <input style="border: 1px solid #ccc;" type="text"/>	<input style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px 10px;" type="button" value="Anexar Arquivo"/>
E-mail <input style="border: 1px solid #ccc;" type="text"/>	