

FACULDADE CATÓLICA SALESIANA DO ESPÍRITO SANTO

VANDERLAINE ROSA

**EVENTOS ADVERSOS DE MEDICAMENTOS, A PERCEPÇÃO E CONDUTA DO  
ENFERMEIRO**

VITÓRIA  
2014

VANDERLAINE ROSA

**EVENTOS ADVERSOS DE MEDICAMENTOS, A PERCEPÇÃO E CONDUTA DO  
ENFERMEIRO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Ingrid Frederico Barreto

VITÓRIA  
2014

VANDERLAINE ROSA

**EVENTOS ADVERSOS DE MEDICAMENTOS, A PERCEPÇÃO E CONDUTA DO ENFERMEIRO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, por:

\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup> Ingrid Frederico Barreto - Orientador

\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup> Fabiana Campos Franca - FCSES

\_\_\_\_\_  
Prof. Rosemery Andrade - FCSES

Dedico a Jeová Deus acima de tudo.  
E também aos meus filhos, minha madrinha, meu tio, e aos meus pais .

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Jeová Deus, pelo dom da vida, por ter me dado saúde, coragem e força para superar as dificuldades, por todas as bênçãos recebidas, pelo discernimento concedido ao longo dessa jornada e pela oportunidade de realizar esta graduação.

Aos meus filhos Richard e Kheyla, a minha madrinha Alexandrina ao meu tio Frizera, aos meus pais Leandro e Marilene e ao meu cachorro Bass: Obrigada pela paciência, incentivo, força e carinho. Valeu a pena toda distância, todo sofrimento, todas as renúncias. Valeu a pena esperar. Hoje estamos colhendo, juntos, os frutos do nosso empenho! Esta vitória é muito mais de vocês do que minha!!!

Aos meus familiares, ao Jonas Junior, a Letícia (lele) e a Penha pela força, incentivo e apoio.

A minha professora e orientadora Ingrid Frederico Barreto, pela sua orientação, sua dedicação, incentivo, apoio e confiança, muito obrigada por me ajudar a realizar meu sonho de ter uma graduação e de ser um profissional melhor.

A todos os *professores* por me proporcionar o conhecimento não o apenas racional, mas a manifestação do caráter e afetividade da educação processo de *formação profissional*, por tanto que se dedicaram a mim, por terem não apenas ensinado, mas por terem me feito aprender. A palavra mestre, nunca fará justiça aos *professores* dedicados aos quais sem nominar tem meu eterno agradecimento.

Agradeço também ao meu amigo e irmão de coração Evaldo Falcão e Camila Ortega, que trouxeram um brilho especial à minha vida, agradeço de todo o meu coração. Sem vocês, este percurso não teria sido tão gratificante e não teria feito tanto sentido. Obrigada por terem sido incansáveis ao longo destes quatro anos, com o seu afeto, apoio, incentivo, paciência, generosidade e dedicação. Foram sem dúvida, o meu ponto de equilíbrio em muitos momentos. Tem sido extraordinariamente ótima esta partilha.

Aos restantes colegas/amigos do curso de enfermagem, o meu obrigado pela amabilidade, companheirismo e amizade. Agradeço também a minha equipe de estágio, que são pessoas maravilhosas, obrigada pela sua amizade, sua sabedoria e conhecimento que cada um me proporcionou, pois aprendi muito.

Ao professor de estagio Marcos meu sincero agradecimento pela sua sabedoria e seus ensinamentos, a professora Luciene (tia Lu) muito obrigada pelos seus ensinamentos, sua paciência, sua dedicação e seu incentivo e apoio que nunca permitiu que eu desistisse, e que realmente acredito de verdade que eu iria conseguir ir ate o final, muito obrigada por acreditar na existência do meu potencial.

*Meus agradecimentos* a minhas amigas da unidade Coronariana do hospital CIAS, principalmente a Thamara, a Micheli, a Alexandra e a Cléia por essa conquista, sem a força de vocês, sem trocas de plantões, suas dedicações eu não teria conseguido alcançar minha vitória.

Ao aos meus enfermeiros e enfermeiras, em especial, Neide, Marli, Clarissa, Márcia por me ajudar sempre que precisei me dando sua sabedoria, seus ensinamentos, suas experiências e seu incentivo de nunca desistir e sempre continuar em frente e me tornar um profissional que faça a diferença. À minha coordenadora de enfermagem Karina, pois sem o apoio e dedicação a minha pessoa não teria conseguido minha formação.

As minhas amigas e minhas irmãs de coração Aline e Fabiana obrigada pelo colo, abraços, mimos, alento e essencialmente por acreditarem na existência de meu potencial. Não tenho palavras para agradecer o que vocês fazem por mim tanto na minha vida profissional quanto pessoal. AMO MUITO VOCÊS.

Aos meus plantões diurnos a Bianca, a Damiana, a Eline, a Fabíola, a Luzia, a Luziomara, a Magnair, a Natalia, a Nislene (Nis), a Solange, a Rosangela, a Stefanea, a Sabrina, a Paula e a Wanessa, pois tenho uma equipe de pessoas excepcionais e dedicadas, que a qualquer momento de suas vidas estão dispostas a te ajudar, a te ergue novamente quando você cai, são grandes mulheres de fibra e garra são mulheres conquistadoras que tive o prazer de conhecê-las e fazer parte de suas vidas, então meu muito obrigado. Aos companheiros dos plantões noturnos que deram a sua contribuição para que isto fosse possível. Ao corpo médico que faz parte da minha equipe, pela atenção e explicações. Aos meus pacientes que me ajudaram direta ou indiretamente, partilharam o seu tempo, as suas histórias, os seus conhecimentos e sua sabedoria comigo, o meu muito obrigado por permitir expandir os horizontes e me tornar uma pessoa humanamente mais “rica”.

## RESUMO

Este estudo tem como objetivo geral verificar no âmbito da segurança do paciente o papel e a assistência do enfermeiro à frente dos eventos adversos decorrentes da aplicação de medicamentos. Os objetivos específicos consistiram em conhecer o processo de gerenciamento de eventos adversos e também iatrogênicos relacionados a medicamentos em ambiente hospitalar; discutir a assistência de enfermagem e importância da educação permanente. A pesquisa aplicada consistiu em uma revisão bibliográfica sistemática utilizando material disponibilizado no banco de dados do Scielo, Bireme, Lilacs, Revistas digitais abrangendo publicações em língua portuguesa, no período de 2000 ao primeiro semestre de 2014. Os eventos adversos resultam da prática médica e da assistência de enfermagem causando danos e colocando em risco a segurança do paciente e como fatores estão as péssimas condições e ambiente de trabalho, jornada de trabalho, falta de educação permanente e as falhas humanas. A pesquisa bibliográfica mostrou causas, consequências, prevalência dos eventos adversos no contexto da saúde brasileira com base em diferentes estudos, pesquisas e concepções teóricas que tratam do tema. Pode-se concluir que as possibilidades de controle, redução e prevenção dos eventos adversos estão na formação continuada do profissional. O evento adverso é um acontecimento não intencional, que pode levar dano ou prejudicar o cliente por tempo determinado se o profissional não estiver preparado para lidar com as intercorrências que podem surgir.

**Palavras-chave:** Eventos adversos. Segurança do paciente. Enfermeiro. Assistência.

## **ABSTRACT**

This study has the general objective check on the safety of the patient and the role of nursing in front of adverse events resulting from the application of drugs. The specific objectives consisted in knowing the process of managing adverse events and drug-related iatrogenic also in a hospital setting; discuss the nursing care and the importance of continuing education. . The researched applied consisted of a systematic literature review using the material on the SciELO database, Bireme, Lilacs, Digital Magazines covering publications in English, from 2000 to the first half of 2014. Adverse events resulting from medical practice and nursing care causing damage and endangering patient safety and how factors are the bad conditions and working environment, working hours, lack of education permanent and human failures. A literature search revealed the causes, consequences, prevalence of adverse events within Brazilian health based me different studies, research and theoretical concepts that deal with the subject. It can be concluded that the possibilities for control, reduction and prevention of adverse events are in the continuing education of professional .O adverse event is an unintended event that can lead damage or harm the client for a specified time if the professional is not prepared to deal with the complications that can arise.

**Keywords: Adverse Events. Patient safety. Nurse. Assistance.**



## LISTA DE FIGURAS

Figura 01 - Gasto público com a saúde no Brasil.....	32
Figura 02 - Níveis da qualidade nos serviços de saúde .....	37
Figura 03 - Localização e cavidades do coração .....	41
Figura 04 - Infarto agudo do miocárdio .....	44
Figura 05 - Elementos da qualidade da saúde.....	54
Figura 06 - Painel dos erros médicos que poderiam ser evitados no Brasil.....	65

## LISTA DE TABELAS

Tabela 01 - Níveis de classificação da pressão arterial. ....	43
Tabela 02 - Medicamentos utilizadas em doenças cardiovasculares.....	45
Tabela 03 - Ocorrência de eventos adversos em hospitais.....	64
Tabela 04 - Gerenciamento de EAM em hospitais. ....	69
Tabela 05 - Notificações de eventos adversos à NOTIVISA. ....	70

## LISTA DE SIGLAS

AIS - Ações Integradas de Saúde

ANVISA - Agencia Nacional de Vigilância Sanitária

AVC - Acidente Vascular Cerebral

AVE - Acidente Vascular Encefálico

COREN-SP - Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

CQH - Programa de Controle de Qualidade do Atendimento Médico-Hospitalar

DAC - Doença Arterial Coronária

EA - Eventos Adversos

EAM - Eventos Adversos com Medicamentos

IAM - Infarto Agudo do Miocárdio

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Pan-americana de Saúde

PNSP - Programa Nacional de Segurança do Paciente

RDC - Resolução da Diretoria Colegiada

REBRANESP - Rede Brasileira de Enfermagem do Estado de São Paulo

PNQ - Prêmio Nacional da Qualidade

SBC - Sociedade Brasileira de Cardiologia

SUS - Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>27</b>
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>30</b>
2.1 CONTEXTUALIZAÇÕES SOBRE OS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL. ..	30
<b>2.1.1 Acessibilidade aos serviços de saúde.....</b>	<b>32</b>
2.1.1.1 Fatores que influenciam o uso e acesso aos serviços de saúde.....	33.
<b>2.1.2 Avaliação de desempenho hospitalar na saúde pública brasileira.....</b>	<b>34</b>
<b>2.1.3 Contexto hospitalar da rede privada de saúde brasileira e questão da qualidade dos serviços.....</b>	<b>35</b>
2.2 ASPECTOS GERAIS DA QUALIDADE EM SERVIÇOS.....	37
2.3 ANATOMIA E FISIOLOGIA DO SISTEMA CIRCULATORIO.....	39
<b>2.3.2 Doenças cardiovasculares.....</b>	<b>41</b>
2.4 IATROGENIAS CAUSADAS POR MEDICAMENTOS USADOS EM DOENÇAS DOS SISTEMA CARDIOVASCULAR.....	46
<b>2.4.1 Erro médico (iatrogenia): o maior risco à segurança do paciente.....</b>	<b>48</b>
2.4.1.1 Erros com medicação.....	49
2.5 QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE.....	51
2.6 PRINCIPAIS ASPECTOS DA SEGURANÇA E DIREITOS DO PACIENTE.....	55
2.7 O TRABALHO DE ENFERMAGEM E O PROFISSIONAL ENFERMEIRO.....	60
<b>2.7.1 A importância e necessidade da educação continuada .....</b>	<b>61</b>
2.8 EVENTOS ADVERSOS COM MEDICAMENTO.....	64
<b>2.8.1 Conceito de eventos adversos.....</b>	<b>66</b>
2.9 A ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO E OS PROBLEMAS RELACIONADOS A EVENTOS ADVERSOS COM MEDICAMENTOS.....	71
<b>3 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>76</b>

REFERÊNCIAS.....	78
------------------	----

## 1 INTRODUÇÃO

A saúde tem se tornado um fator de preocupação social e dos desafios da saúde pública. Neste contexto, surgem novos modelos de administração cuja prioridade tem sido a qualidade e cada vez mais a enfermagem tem se qualificado buscando prestar assistência de enfermagem com qualidade, comprometida eticamente nas ações do cuidado (FACHINELLI; SOUZA; CECCHETTO, 2010).

A qualidade no processo da assistência de enfermagem é a prestação de um cuidado com excelência, com maior promoção de bem-estar para o paciente balanceando as perdas e ganhos durante o cuidado, o que exige gerenciamento e planejamento das ações com avaliação constante dos resultados, portanto, não está restrita ao número de procedimentos realizado e sim com a evolução do cliente. A assistência de enfermagem prestada ao paciente é um fator determinante para a sua recuperação, tornando-se fundamental que seja livre de danos e com uso racional do recurso (VENTURI, 2009).

Mas, existem diversos fatores que interferem na qualidade da assistência de enfermagem, como por exemplo, os Eventos Adversos (EA) caracterizados como qualquer ocorrência de danos ou lesão causado no paciente e/ou cliente pela assistência realizada pela equipe decorrente ou não do uso de medicação (FRANCO et al., 2010).

O evento adverso em nada favorece a prestação da assistência com qualidade, tendo em vista que leva risco ao paciente, comprometendo sua segurança. Esse acontecimento é um resultado negativo da assistência desenvolvida pela equipe de saúde (FACHINELLI; SOUZA; CECCHETTO, 2010).

O EA é um acontecimento não intencional, que pode levar dano ou prejudicar o cliente, comprometendo sua segurança e tem relação com cuidado e não com a doença em si, além disso, pode aumentar o tempo de internação ou levar o paciente à morte. O incidente também é um acontecimento não intencional, entretanto não coloca o paciente em risco de morte, apenas aumenta o tempo de sua permanência no hospital. Tanto o EA quanto os incidentes contrariam o princípios de qualidade dos serviços das organizações de saúde, pois essa instituição tem a visão ofertar ao cliente um cuidado com risco e danos diminuído (BRAGA et al., 2006).

Nas organizações hospitalares há uma série de fatores de risco que podem desencadear os eventos adversos como nível tecnológico, recursos humanos, realização de procedimentos que não compete ao profissional, baixa motivação, lacunas ou inexistência da sistematização e documentação da assistência de enfermagem, realização de procedimentos sem supervisão entre outros (BRAGA et al., 2006).

De acordo com estudos de Mendes e outros (2005) e com a Organização Mundial de Saúde (OMS) pode-se observar eventos adversos provenientes de processos cirúrgicos, uso de medicamentos, intervenções médicas, tratamento não-medicamentos, retardamento do diagnóstico ou erro no diagnóstico. Em torno de 20% dos eventos adversos estão relacionados a medicamentos. Eventos Adversos relacionados a Medicamentos (EAM) são quaisquer danos ao paciente atribuído ao uso de medicamentos. Podendo ocorrer do uso adequado ou inadequado do medicamento ou até mesmo falta do deste. Observar alguns aspectos da condição de saúde do paciente, como por exemplo, os eventos adversos associados a medicamentos e a partir da identificação deles definir ações e aprimorar a assistência de enfermagem é um caminho que auxilia a construir a qualidade de da assistência prestada e à segurança do paciente (TORRES; CASTRO, 2007).

Dentro de uma instituição hospitalar a administração de medicamentos abrange uma equipe multiprofissional. Para que esse procedimento ocorra de forma segura é preciso uma organização de todo o processo até chegar ao paciente. Esse processo se inicia com a prescrição, seguida do fornecimento da medicação, preparação e administração ao paciente. Cabendo a enfermagem a preparação e administração do medicamento, essa por sua vez pode identificar falhas ocorridas nos processos anteriores, entretanto a maioria das vezes isso não ocorre, com isso a responsabilização do ocorrido é conferida a enfermagem (FRANCO et al., 2010).

Saúde é uma das principais necessidades básicas do ser humano para que ele possa exercer sua profissão, ter lazer, conviver em sociedade. Nesta perspectiva este estudo investiga o seguinte problema: em caso de eventos adversos por medicamentos, qual o papel da a assistência de enfermagem junto ao paciente?

Este estudo tem como objetivo geral estudar os possíveis eventos adversos de medicamentos na assistência do enfermeiro em pacientes cardiopatas.

Os objetivos específicos buscam em conhecer o processo de gerenciamento de eventos adversos relacionados a medicamentos em ambiente hospitalar, contextualizando a importância da assistência de enfermagem.

O desenvolvimento desta pesquisa se respalda na relevância social, acadêmica e profissional do tema. No contexto social, investigar os EAMs é disponibilizar mais informações sobre um problema que pode afetar a saúde de qualquer ser humano, assim, a leitura de pesquisas e estudos científicos amplia o acesso às informações. No plano acadêmico, este estudo espera contribuir com novas pesquisas deixando em aberto canais para futuras investigações. No plano profissional, a pesquisa estimula e proporciona a aquisição de novos conhecimentos.

Os procedimentos metodológicos aplicados a este estudo o caracterizam como uma pesquisa de revisão bibliográfica que tem como base materiais já publicados, revistas, jornais, teses, dissertações, livros e anais de eventos científicos, necessários para validar os dados descritos. Todo estudo em algum momento necessita de uma pesquisa bibliográfica que possibilita investigar a ocorrência de vários fenômenos do assunto estudo, dessa forma tornando a pesquisa muito mais ampla (GIL, 2010).

Para a elaboração foi necessário realizar uma busca eletrônica nos bancos de dados do Scielo (Scientific Electronic Library Online), Bireme, Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) abrangendo publicações em língua portuguesa, no período de 2000 ao primeiro semestre de 2014. Também foi utilizado livros que abordem o tema, além de diretrizes e protocolos criados pela Sociedade Brasileira de Cardiologia. Os descritores usados na busca eletrônica constituíram: enfermagem, eventos adversos de medicamentos, cuidados de enfermagem. Posteriormente ao levantamento das fontes de referências, os dados obtidos foram organizados e analisados o conteúdo bibliográfico, esclarecendo os objetivos estabelecidos para uma interpretação e análise das fontes pesquisadas, seguida da finalização com a redação do trabalho.





## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 CONTEXTUALIZAÇÕES SOBRE OS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

A saúde constitui uma área que exige profissionais habilitados, qualificados e com significativo nível de conhecimento. Instituições sem infraestrutura e profissionais sem qualificação para prestar assistência e atendimento ao usuário de clínicas, hospitais, unidades de emergências a situação pode se tornar grave problema social. Assim, a organização dos serviços de saúde se torna uma ação fundamental para atender as necessidades dos pacientes, em especial, a saúde pública brasileira. A formação da saúde se dá em quatro pilares: ensino, gestão, atenção e controle social e trabalhando em conjunto com essa proposta estão os aspectos éticos, estéticos, tecnológicos e organizacionais que representam a potencialidade para formação de profissionais da saúde (CECCIN; FEUERWERKER, 2004).

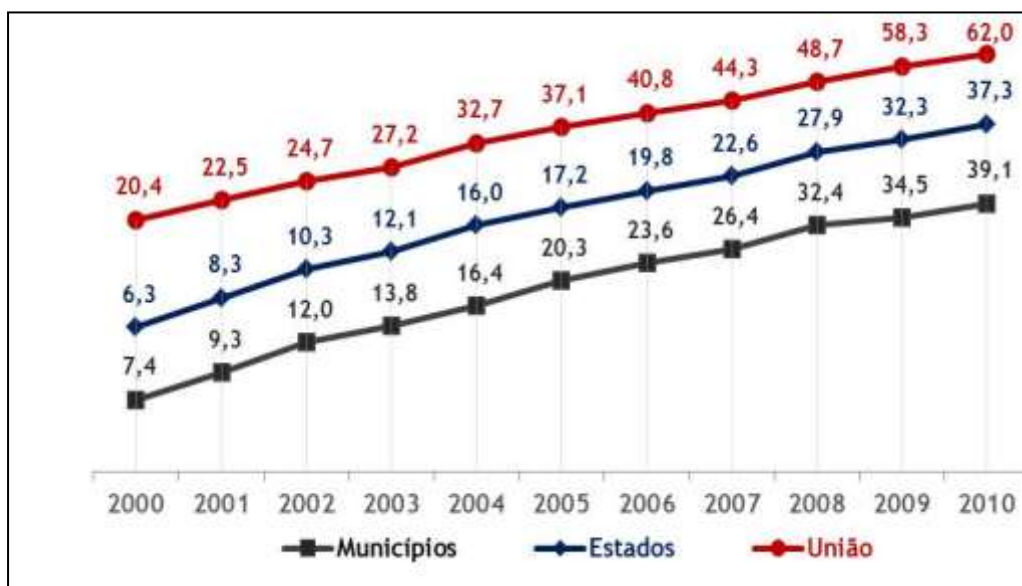
A gestão dos serviços públicos de saúde no Brasil é responsabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) nas últimas décadas passou por importantes mudanças estruturais para sua adequação à modernização e também pelo processo de reestruturação dos setores produtivos no Brasil. Para efetivar a implantação do SUS, canais legais através da Lei Orgânica de Saúde nº. 8.080/1990 detalharam os princípios e diretrizes do sistema, estabelecendo a organização básica das ações e serviços de saúde quanto à direção, gestão, competências e atribuições de cada esfera do governo; e a participação da comunidade na gestão do sistema. Na evolução de estratégias para mudanças na política de saúde do país ocorreu a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS), um projeto formalizado através de Portaria em conjunto com os Ministérios de Saúde, da Previdência Social e da Educação e Cultura, com a finalidade de reorganização institucional da assistência à saúde (CARVALHO, 2001).

Mas ainda há muitos problemas a serem solucionados, como por exemplo, a centralização dos serviços. Buscando alternativas, o SUS passou a trabalhar com o sistema de Atenção Básica centrada nas necessidades dos diversos grupos populacionais conforme demanda a nova organização de trabalho e a Portaria Ministerial n.º. 648/2006 que consolidou em seus princípios gerais, a ESF como responsável pela reorganização da atenção básica no país. A efetivação da

descentralização gestonária (ARRETCHE, 2000).

Essa nova proposta organizacional e de trabalho para a saúde está condicionada aos seguintes fatores de ordem, estrutural, capacidade de gasto ou capacitação político-administrativa, que incide a descentralização; institucional: o peso das instituições envolvidas nas políticas e programas, levando em conta as políticas prévias, regras constitucionais normatizadoras e a engenharia operacional; ação política: envolvendo as relações entre os vários níveis de governo e as relações entre Estado e sociedade Mas, um fato é inquestionável em todo esse processo: o gasto com a saúde pública no Brasil é significativo, mas não reflete na qualidade dos serviços, haja vista a demanda existente e também os problemas estruturais ainda predominantes (ARRETCHE, 2000).

Figura 1 – Gasto público com a saúde no Brasil.



Fonte: Brasil (2010)

Reorganizar o SUS e impor um novo modelo de gestão na saúde pública através das Unidades Básicas de Saúde esta é a principal proposta do Programa Saúde da Família, uma ação estratégica do Governo Federal voltada para as populações mais pobres da sociedade brasileira. Com esta proposta, o ponto central é humanizar o atendimento, resolver os problemas de saúde e analisar e avaliar dos dados de referência necessários para garantir a continuidade do atendimento (CARVALHO, 2001). Mas ainda persiste o problema de acesso aos serviços de saúde na

sociedade brasileira.

### **2.1.1 Acessibilidade aos serviços de saúde**

Um dos maiores desafios da saúde pública brasileira é o acesso aos serviços de saúde. A análise da relação entre trabalho e subjetividade na perspectiva da teoria psicodinâmica do trabalho destaca a existência da vetorização dupla: 'eficácia e qualidade do trabalho; objetivo social', questões discutidas na sociedade contemporânea. Quando associadas à saúde pública brasileira – eficácia e qualidade – se tornam mais um dos desafios a serem vencidos, levando em conta os problemas, especificidades que caracterizam o setor (VIACAVA et al.; 2002).

Uma das características dos serviços de saúde no Brasil é o caos no atendimento, hospitais superlotados, profissionais desqualificados, da demanda elevada, da falta de eficácia, dificuldade de acesso: o usuário chega às unidades de saúde, alguns morrem em frente aos hospitais devido a falta de atendimento. Um dos principais obstáculos do acesso aos serviços públicos de saúde é a estruturação do sistema de marcação de consulta, agendamento de consulta por telefone e a prestação de serviços especializados (as chamadas especialidades médicas). Nesse contexto, ainda é a falta de ações direcionadas ao acolhimento à demanda espontânea e lista de espera nas Unidades Básicas (quando existem), o que causa e mantém um dos mais antigos problemas: as filas e o longo tempo para a consulta e/ou realização de exames (CUNHA; SILVA, 2010).

O serviço de saúde brasileiro é complexo, classificado como sem qualidade e estrutura para atender a demanda. Uma pesquisa realizada por Pineault, nos anos de 1980, apontou alguns fatores determinantes que levam à busca pelos serviços de saúde: necessidade de atendimento, o tipo de usuário, os prestadores de serviços, organização, o tipo de serviço, que ainda hoje caracterizam a procura pelos serviços públicos de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Esses determinantes retratam a realidade brasileira: o usuário só procura o SUS quando necessita e a maioria somente em casos graves, a impossibilidade de pagar um plano de saúde privado, as condições socioeconômicas. O problema é quando precisa o usuário muitas vezes peregrina pelas instituições de saúde em busca de

socorro. Corroborando esse pensamento, estudos brasileiros destacam que as instituições de saúde apresentam problemas gerenciais complexos e que na perspectiva dos sistemas de avaliação e de incentivos desempenham papéis essenciais (MARINHO, 2001).

Assim, é possível destacar que o acesso ao serviço público de saúde, em termos de instituições disponibilizadas ao usuário é realidade, mas quando se trata da eficácia desse serviço, a realidade é bem diferente. Independente do quadro e da falta de estrutura física e de recursos humanos há indicadores que classificam o desempenho dos hospitais públicos. Problemas gerenciais clássicos afetam os hospitais brasileiros – da gestão à qualificação profissional, passando pela infraestrutura deficitária – e para monitorar esse processo e avaliar o desempenho, as instituições de saúde devem recorrer à análise de desempenho para, então, disponibilizar dados que permitem comparar a eficiência dessas unidades a partir de bancos de dados de abrangência nacional (LOBO et al., 2006).

#### 2.1.1.1 Fatores que influenciam o uso e acesso aos serviços de saúde

Ninguém busca atendimento de saúde se estiver com a condição física e mental saudáveis, a não ser em caso de exames de rotina que fazem parte de um processo preventivo. Um dos elementos dos serviços de saúde é o acesso, uma referência à entrada e à continuidade do tratamento, ou seja, entrada e recebimento de cuidados. Esse processo tem como fatores que caracteriza o acesso e o uso de serviços de saúde, os fatores individuais são predisponentes, surgem antes do problema de saúde; os fatores capacitantes são meios disponíveis para obtenção da assistência à saúde; as necessidades de saúde, ou seja, condições de saúde percebidas pelas pessoas ou diagnosticadas por profissionais de saúde (VIACAVA et al., 2002).

A produção de serviços para atender a demanda é o que caracteriza o acesso aos serviços de saúde, logo se percebe que o brasileiro ao se deparar com inúmeras e diversificadas dificuldades em acessar esses serviços, levando e conta que suas necessidades de cuidados e assistência à saúde não são atendidas e ficam abaixo das expectativas. O SUS não apresenta disponibilidade de recursos financeiros e nem profissionais que qualificam e identificam a acessibilidade de potenciais usuários (VIACAVA et al., 2002).

### **2.1.2 Avaliação de desempenho hospitalar na saúde pública brasileira**

A avaliação de desempenho ganha uma importância cada vez maior pelo fato de poder diagnosticar o desempenho, coletar dos seus dados e informações sobre o desempenho dos empregados, pode direcionar suas ações e políticas no sentido de melhorar o desempenho organizacional, por intermédio de programas de melhoria do desempenho individual e grupal dos funcionários (GIL, 2001).

A mensuração das dimensões da assistência hospitalar exige o conhecimento dos “indicadores mínimos aceitáveis de instalações, equipamentos, organização administrativa, qualificações profissionais e avaliações qualitativas da assistência proporcionada, análise dos erros diagnósticos [...]”. Os indicadores que permitem mensurar essas informações e apontar o desempenho hospitalar são os percentuais de mortalidade, complicações, extirpação de tecidos normais em cirurgias, frequência de interconsultas, de cesáreas, avaliação do desempenho dos programas implantados (NORONHA, 2001, p. 5).

Avaliação de desempenho é uma das necessidades das instituições hospitalares em função da complexidade dos serviços e assistência hospitalar que prestam porque os indicadores dessa avaliação apontam os caminhos para o acompanhamento de processos e dos resultados alcançados e a serem alcançados. Um problema a ser solucionado é a modelagem dos sistemas de informação hospitalares que define a forma de medir os produtos e os identificam através os seguintes aspectos: uso de medidas sumárias da atividade hospitalar para comparar comparação com o estado de saúde da população de referência e o uso de medidas dos produtos intermediários - pacientes/dia, óbitos, altas – ou seja, considerados produtos finais quando a questão é analisar custos, produtividade e eficiência de hospitais (JÚNIOR, 2004).

O Programa de Controle de Qualidade do Atendimento Médico-Hospitalar (CQH) é o instrumento utilizado para coletar os indicadores de produtividade, financeiros e de recursos humanos de vários hospitais da rede pública e privada, no entanto, somente 20% deles apresentam iniciativas consistentes de melhoria da qualidade (MALIK, 2000).

O serviço público de saúde nas áreas de média ou alta complexidade é competência

dos Estados e para melhor gerenciamento da assistência constitui um trabalho regional e caracterizado pela hierarquização das ações. Quando se analisa o setor público, principalmente em relação à eficácia e desempenho do setor de saúde, estudos e pesquisas preconiza a necessidade de metodologias para esses fins, levando em conta que se trata de uma área complexa, o que eleva o grau de necessidade de medidas voltadas para essa finalidade (MARINHO, 2001).

### **2.1.3 Contexto hospitalar da rede privada de saúde brasileira e questão da qualidade dos serviços**

Os serviços de saúde no Brasil se classificam em três áreas de atendimento que são os hospitais públicos, os privados conveniados ou contratados pelo SUS e os privados com e sem fins lucrativos sem nenhum vínculo com a política pública de saúde. Os serviços de saúde na esfera privada têm crescido significativamente no Brasil considerando o número de hospitais, no entanto, diferentes pesquisas indicam falhas no processo de gestão financeira em relação ao controle de custos, mensuração de resultados, investimento e planejamentos (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

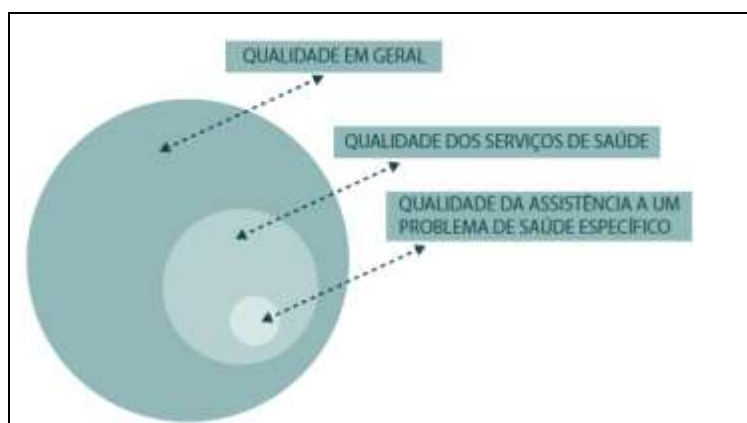
Em algumas instituições de serviços hospitalares na rede privada encontram dificuldade em agregar valor e qualidade nos serviços devido a problemas na gestão, que na maioria dos casos, são barreiras em relação aos programas de qualidade, como por exemplo, o impacto que ocorre quando as necessidades do paciente usuário do serviço público se deparam com o atendimento prestados pelas unidades privadas, ou ainda aspectos subjetivos e diversificados que há nas “demandas do público e no comportamento dos profissionais que geram dificuldades no processo de racionalização e a padronização da gestão dos processos responsáveis pela criação dos serviços” (GURGEL Jr.; VIEIRA, 2002).

Discutir a temática qualidade é um tanto polêmico e complicado se considerar a diversidade na qual ela se insere: educação, saúde, alimentação, serviços, etc. Em se tratando da qualidade no campo da saúde, buscando torná-la mais efetiva de modo que reflita na segurança do paciente, a OMS colocou dois conceitos nessa discussão, isto é, responsividade cuja abordagem envolve o respeito que tem como base a ética, dignidade e confidencialidade e a orientação para o cliente que tem

relação com instalações adequadas, agilidade do atendimento, etc. (VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

O processo de monitoramento da qualidade dos serviços privados de saúde ocorre com a acreditação que fiscaliza, investiga as informações relacionadas ao desempenho do hospital que conforme expressa o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar que traz em sua proposta abordar a “compreensão de que os procedimentos serão realizados dentro das normas estabelecidas, pois assim proporciona resultados diferentes para todo o corpo pertencente ao ambiente de saúde” (KURCGANT et al. 2009, p. 84).

Figura 2 - Níveis da qualidade nos serviços de saúde



Fonte: Gama, Saturno (2013).

O serviço de saúde que integra estes três níveis de qualidade, ou seja, no aspecto geral, dos serviços de saúde e da assistência específica a um tipo de problema na saúde está prestando uma assistência segura ao paciente, pois a qualidade dos serviços é um atributo da segurança do paciente. A qualidade dos serviços de saúde é avaliada por alguns critérios definidos para atestá-la ou não e uma instituição de saúde tem seus serviços avaliados fundamentados nas seguintes exigências que possuem valor legal: habilitação, licença sanitária ou alvará, credenciamento; certificação, acreditação, e por último, o Prêmio Nacional da Qualidade – PNQ (GAMA; SATURNO, 2013).

Seja na esfera pública ou no atendimento privado de saúde devido as falhas técnicas, profissionais e de infraestrutura a discussão acerca da qualidade da assistência, dos serviços e da segurança do paciente levam a outro caminho, ou



seja, à humanização das práticas hospitalares o que evidencia a rejeição de fatores que permeiam a saúde no Brasil como, por exemplo, o grau de violência a que o usuário está exposto quando busca o serviço e não encontra, a baixa qualificação de profissionais, questionamento em relação ao baixo nível “técnico da assistência, péssimas condições de trabalho, problemas de comunicação entre profissionais, equipes de saúde e usuários, questões estas que interferem e impedem estabelecer a qualidade nos serviços de saúde” (DESLANDES, 2004, p. 5).

Algumas questões importantes estão diretamente associadas à segurança dos pacientes e velhos problemas ainda persistem nesta esfera e ao longo do processo de mudança, vão se transformando também, sendo que, na década de 1970 o empecilho na gestão da qualidade e segurança do paciente eram o acesso aos serviços de saúde, entre os anos de 1970 a 1990 passou a ser o acesso e o direito. Por volta dos anos 90 a 2000 surge a questão da qualidade e no século XXI o problema passou a ser a segurança e o custo (ANVISA, 2010).

## 2.2 ASPECTOS GERAIS DA QUALIDADE EM SERVIÇOS

As discussões que envolvem o tema qualidade em todos os segmentos de mercado são baseadas em estudos desenvolvidos na área organizacional e se expandiu para os demais setores de serviço. Nesse contexto, para respaldar a qualidade dos serviços e da assistência em saúde é preciso destacar os principais aspectos da qualidade em serviços. Um tipo de serviço pode ser executado ou não a partir de um produto sólido, mas sua relação está diretamente associada à necessidade do consumidor e suas características predominantes são a intangibilidade, a inseparabilidade, a variabilidade, valor real que é a aceitação do usuário e a perecibilidade. Assim, na formação do triângulo de serviços temos o usuário integrado à estratégia, sistemas e pessoas (ALBRECHT, 2004).

Quadro 2 - Características e diferenças entre bens tangíveis e serviços intangíveis

<b>Bens físicos</b>	<b>Serviços</b>
Tangível	Intangível
Produção e distribuição separadas do consumo	Produção, distribuição e consumo são processos simultâneos.
Uma “coisa”	Uma atividade ou processo.
Valor principal produzido em fábricas	Valor principal produzido nas interações entre comprador e vendedor.
Usuários não participam do processo de produção	Usuários participam do processo de produção
Pode ser mantido em estoque	Não pode ser mantido em estoque.
Transferência de propriedade	Não transfere propriedade

Fonte: Adaptado de Albrechdt (2004)

Essas características apresentadas pelos serviços são difíceis de serem controladas, daí a necessidade de definir estratégias que possibilitem transformar em tangível, o que é intangível, conforme o aumento da produtividade dos fornecedores, padronizando a qualidade, mas considerando a variabilidade, influenciando a demanda e melhorando a oferta, observando a perecibilidade do serviço. Mas, um fator é inquestionável: a qualidade é requisito em todo tipo de serviço ou produto, é exigência do paciente em se tratando de saúde e requisito quando se trata de atendimento (ALBRECHDT, 2004).

Para acompanhar as mudanças de mercado, as empresas continuamente devem repensar, seu modelo de gestão, estratégias e objetivos de negócio, revisar os pontos importantes como, por exemplo, os serviços prestados e sua qualidade. Os serviços constituem “ações de desempenho decorrentes das operações da empresa e sua característica é ser intangíveis” e na prestação de serviços a diferença da qualidade pode estar nas informações, na execução dos trabalhos, no conhecimento técnico, nos equipamentos, na agilidade e desempenho do profissional (LAS CASAS, 2008, p.3).

A qualidade dos serviços prestados por uma empresa é identificada através da satisfação dos clientes, fornecedores e dos empregados que executam as tarefas. E pode ser alcançada a partir da observação das exigências do cliente. Mesmo com

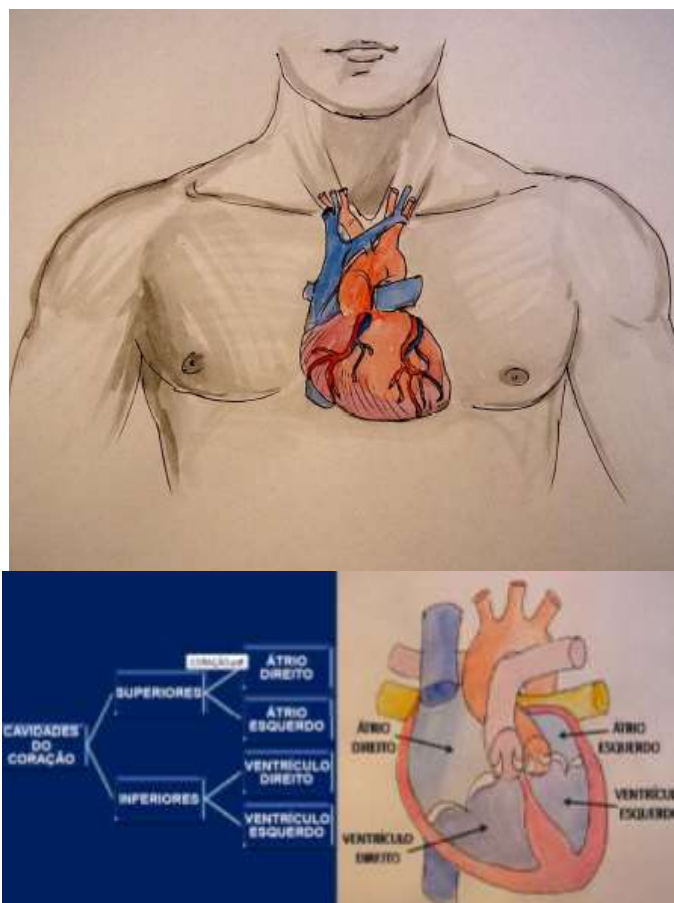
avanços e diversificados recursos tecnológicos, e mesmo que as empresas tenham à sua disposição profissionais treinados e capacitados, alguns fatores podem comprometer a qualidade do serviço. No contexto global, a qualidade constitui um elemento estratégico no universo organizacional, lembrando que sua formação ocorre no processo de produção de modo a ser inserida no produto e/ou serviços disponibilizados no mercado. Em se tratando da qualidade dos serviços, ela resulta da liderança e da cultura da empresa que é focada no cliente interno ou externo, no planejamento do serviço, no uso competente da informação e da tecnologia, além de outros fatores tais a consciência da necessidade de se prestar serviço de qualidade no mercado, independente do segmento de exploração (PALADINI, 2010).

A busca pelos serviços no cenário brasileiro data de 1956 com a criação da Comissão de Simplificação da Burocracia e desde então a proposta vem sendo aprimorada e em 2005 foi criado o Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização (GESPÚBLICA), cujo modelo de gestão se respalda em sete elementos prioritários: liderança, estratégias e planos, cidadãos e sociedade, informações e conhecimento, pessoas, processos e resultados (BRASIL, 2005).

### 2.3 ANATOMIA E FISIOLOGIA DO SISTEMA CARDIOVASCULAR

A anatomia humana é composta por diversos sistemas e um deles é o cardiovascular que é formado pelo coração que fica situado na cavidade torácica, suas camadas são o pericárdio, miocárdio e o endocárdio. Os outros componentes são as artérias e as veias. Compete ao sistema cardiovascular transportar os nutrientes, os hormônios e os gases, defender os glóbulos brancos e anticorpos e, ainda, eliminar os resíduos deixados pelo metabolismo celular. O coração possui duas cavidades: superior que se subdivide em átrio direito e átrio esquerdo e a inferior que engloba o ventrículo direito e o ventrículo esquerdo (TORTORA, 2004).

Figura 3 – Localização e cavidades do coração



Fonte: Wordpress (2012)

Outras funções de responsabilidade do sistema cardiovascular ocorrem em conformidade com os tecidos e órgãos aptos a receber os suprimentos e principal tarefa transferir, entre os pulmões, o oxigênio e gás carbônico entre os pulmões, bem como os tecidos periféricos. Contudo, como ocorre a absorção de nutrientes intestinais e perfusão do fígado pelos vasos gastrointestinais, assim a circulação renal ganha maior importância e se torna a peça fundamental para manter a homeostasia da água e eletrólitos e eliminar produtos de degradação celular. Também compete ao sistema cardiovascular distribuir os líquidos nos compartimentos extracelulares, hormônios nos órgãos-alvo e transportar células e substâncias necessárias para imunizar a imunidade e coagulação (TOPOL, 2005).

As patologias que afetam o sistema e os vasos sanguíneos são denominadas doenças cardiovasculares e a hipertensão e ataque cardíaco decorrente de doença das artérias coronárias são as mais comuns entre os pacientes. Os principais fatores de riscos para a manifestação de doença cardiovascular além da hipertensão são a

diabetes mellitus, obesidade, histórico de doença cardíaca na família, idade, sedentarismo, dislipidemias, sexo, tabagismo (GAMA; BIASI; RUAS, 2012).

### **2.3.1 Doenças cardiovasculares**

Em se tratando de doenças cardiovasculares, a mais comum é a hipertensão arterial sistêmica que é na definição da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC, 2010, p.7) se trata de uma “[...] uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA), associada a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo [...]”.

Condição preocupante em diversas sociedades, a hipertensão tem como uma de suas principais características os níveis elevados de pressão arterial sistólica e/ou diastólica, superiores a 140/90 mmHg que afetam o coração, vasos sanguíneos, rins e encéfalo, causam alterações metabólicas que aumenta a probabilidade de problemas cardiovasculares fatais e não-fatais (BRASIL, 2006).

No Brasil, as mortes decorrentes das doenças cardiovasculares representam 33%, e são a principal causa de internações no setor público, além de ser o fator fundamental da origem das doenças cardiovasculares, caracterizando-se como umas das principais causas de redução da qualidade e expectativa de vida. A hipertensão é responsável por 25% e 40% da causa de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e Acidente Vascular Encefálico (AVE), respectivamente (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006).

A hipertensão pode ser causada pelo estresse provocado pelas preocupações originadas do trabalho, questões familiares, a má alimentação pelo consumo de produtos saturados de cloreto de sódio (sal) e ainda a falta de atividade física. Na sociedade norte-americana, mais de 24% da população (quase 43 milhões de pessoas) são consideradas hipertensas. No contexto brasileiro, este percentual varia entre 15 a 20% somente entre os adultos. A hipertensão tem sido um dos fatores responsáveis pelo maior risco de mortalidade e morbidade cardiovasculares (BRUM et al., 2005).

Cerca de 7,6 milhões de pessoas por ano morrem devido a problemas decorrentes da hipertensão arterial sistêmica, vitimadas por Acidente Vascular Cerebral (AVA) e

Infarto agudo do Miocárdio (IAM). Em 2012 a estimativa foi de que uma em cada três pessoas é hipertensa, ou seja, mais de dois bilhões de pessoas, sendo que na China, de uma população de 1,3 bilhões de pessoas, 200 milhões são hipertensos (OMS, 2012).

Para um indivíduo ser considerado hipertenso precisa estar incluso entre a linha demarcatória dos valores de PA sistólica  $\geq 140$  mmHg e/ou de PA diastólica  $\geq 90$  mmHg em medidas de consultório. Para diagnosticar o hipertenso é preciso que o processo de aferição seja validado por medidas repetidas, em condições ideais e em pelo menos três ocasiões (SBC, 2010).

Tabela 1 - Níveis de classificação da pressão arterial.

<b>Categoria</b>	<b>Sistólica (mmHg)</b>	<b>Diastólica (mmHg)</b>
Pressão ótima	<120	<80
Pressão normal	<130	<85
Pressão limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	$\geq 180$	$\geq 110$
Hipertensão sistólica isolada	$\geq 140$	<90

Fonte: Adaptado das VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. SBC (2010, p.6).

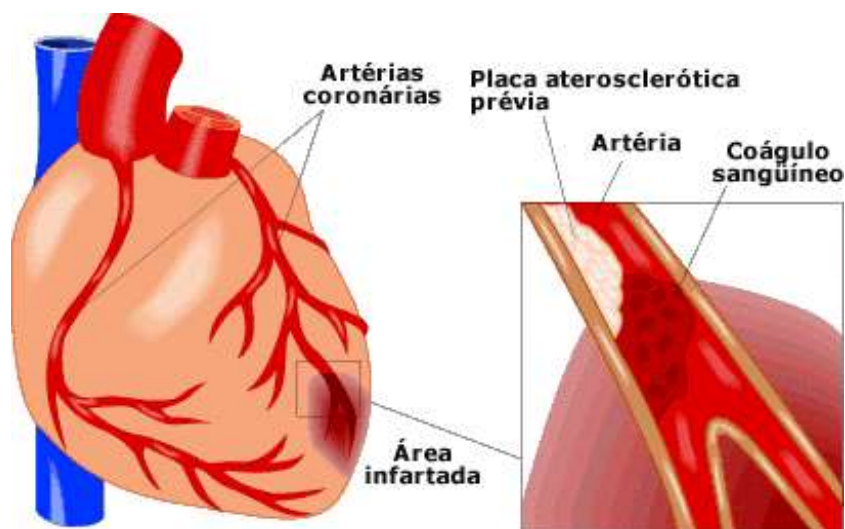
Em conformidade com a classificação da Tabela Figura 1, a hipertensão arterial sistêmica requer maior atenção e cuidado quando a pressão arterial está na condição limítrofe, assim, o indivíduo precisa do acompanhamento de uma equipe de saúde para o trabalho de prevenção cujo objetivo é reverter o quadro clínico e evitar que entre em outros estágios da hipertensão arterial. A cor verde indica que a pressão arterial está normal, a cor amarela é um sinal de alerta podendo ser revertida mais facilmente se ao indivíduo acometido, forem estabelecidas pela

equipe de saúde com intensa participação do enfermeiro, metas de intervenção e tratamento não medicamentoso para melhorar os fatores modificáveis que levam ao aumento da pressão e a cor vermelha representa os riscos de hipertensão arterial sistêmica mais instalada e de minucioso controle e indica a necessidade de cuidados médicos e assistência de enfermagem com tratamento medicamentoso e não medicamentoso. A HAS é uma ameaça à saúde e representa um potencial risco de Doenças Cardiovasculares Ateroscleróticas, Acidente Vascular Cerebral, Doença Coronariana, Insuficiência Vascular Periférica e Cardíaca (SANTOS et al., 2005).

Outra doença cardiovascular é o aneurisma, ou seja, dilatação diametral de um centímetro e meio das artérias coronárias em relação ao seu tamanho normal. No ventrículo esquerdo a causa do aneurisma é a expansão que pode ocorrer após o paciente sofrer um infarto e também devido a dilatação da zona isquêmica, que causa o alongamento com fibrose decorrente da perda de contratilidade (SBC, 2010).

O infarto agudo do miocárdio é também um tipo de doença cardiovascular, Figura 2, que consiste na morte do cardiomiócitos decorrente da isquemia prolongada cuja causa é a trombose por meio de um processo migratório do subendocárdio para o subepicárdio em função da “rotura súbita e formação de trombo das placas vulneráveis, inflamadas, ricas em lipídios e com capa fibrosadelgada” (PESARO; SERRANO JR.; NICOLAU, 2012, p. 2).

Figura 4 – Infarto agudo do miocárdio



Fonte: Wordpres (2012).

A angina também classificada como doença cardiovascular, se trata de um tipo de síndrome cuja característica é a dor no peito o oxigênio suficiente não chega ao músculo cardíaco, levando o indivíduo ter a sensação de que seu peito está sendo pressionado. A causa mais comum da angina é a doença nas artérias, no entanto outros aspectos podem sinalizar o problema, tais como anomalias na válvula aórtica (estenose que diminui a sua extensão), insuficiência (regurgitação) e estenose subaórtica hipertrófica. Os sinais mais comuns que indicam o problema podem ser os seguintes tipos de dor ou incômodo: dor torácica, epigástrico, mandíbula, ombro, dorso, membros superiores. A doença pode se desenvolver ou se tornar mais grave dependendo do tipo de atividade física que o indivíduo pratica, pelo estresse emocional e pode ser controlada com a utilização de nitroglicerina e seus derivados (SBC, 2010).

Temos ainda classificada como doença cardiovascular a aterosclerose que deixou de ser específica de pessoas com idade avançada para um tipo de doença inflamatória crônica subclínica que se manifesta ainda idade infantil na infância. Sua causa, segundo Santos e outros (2008, p. 2) tem origem na perda da ação protetora “do endotélio decorrente da inflamação, aumento dos riscos cardiovasculares, elevação da propensão à vasoconstrição, trombose, inflamação e proliferação celular na parede do vaso”.

As doenças cardiovasculares são responsáveis anualmente por cerca de trezentos mil óbitos entre os brasileiros, além de ser considerado pelo Ministério da Saúde o principal grupo de causas de morte, o que requer os órgãos oficiais investimento em qualificação profissional que possibilita o aprimoramento do conhecimento sobre essas patologias e contribui para melhor trabalho preventivo e tratamento (BRASIL, 2006).

Estudiosos e pesquisadores tendem a não predizer a possibilidade de doença arterial coronária (DAC) com base somente no histórico clínico e exame físico, no entanto, estudos desenvolvidos por Diamond e Forrester indicaram que essa possibilidade, pois pesquisando dados tais como sexo, idade e o tipo de dor presente concluíram que esse procedimento clínico simples indica a predisposição para o problema (SANTOS et al., 2008).

Entre as doenças e males súbitos que podem acometer a saúde do homem estão as



doenças cardiovasculares: a doença arterial coronariana (angina pectoris), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca e morte súbita; a doença cerebrovascular, manifestada por acidente vascular cerebral hemorrágico e isquêmico, e ataque isquêmico transitório; e a doença arterial periférica, por claudicação intermitente (MION, NOBRE, 2000).

Uma relação de medicamentos usados no tratamento de doenças cardiovasculares está disponível no site oficial do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013).

Tabela 2 – Medicamentos utilizados em doenças cardiovasculares.

Glicosídeos cardíacos	Digoxina: comp. 0,25 mg; sol. inj. 0,25 mg/mL (H); sol. oral 0,5 mg/mL
Antiarrítmicos	Lidocaína, Cloridrato 2%; sol. inj. 20 mg/mL. Propranolol: comp. de 40 e 80 mg. Quinidina Verapamil: comp. de 200, 40 e 80 mg; sol. In. 2,5 mg/L (H)
Antianginosos	Ácido Acetilsalicílico: comp. 100 mg. Heparina Sódica: sol. inj. 5.000 UI/mL (H). Isossorbida, Dinitrato: comp. sublingual 5 mg. Propranolol: comp. 40 mg comp. 80 mg. Verapamil: comp. 40 mg comp. 80 mg
Anti-hipertensivos	Diuréticos: espironolactona -comp. 25 mg; hidroclorotiazida comp. 25 mg.
Bloqueadores beta adrenérgicos	Metopropol: comp. 50 mg. Propranolol comp. 40 mg e comp. 80 mg.
Bloqueadores alfa adrenérgicos	Doxazosina: comp. 1 mg ; comp. 4 mg sulcado.
Bloqueadores adrenérgicos centrais	Metildopa: comp. revest. 250 mg.
Bloqueadores de canais de cálcio	Verapamil: comp. 40 mg; comp. 80 mg
Vasodilatadores diretos	Hidralazina: comp. 25 mg, sol. inj. 20 mg/mL (H). Nitroprusseto de Sódio: pó p/ infusão 50 mg/amp. (H).
Antagonistas do sistema renina-angiotensina	Captopril: comp. 25 mg sulcado
Diuréticos	Acetazolamida: comp. 250 mg. Espironolactona comp. 25 mg. Furosemida: comp. 40 mg, sol. inj. 10 mg/mL (H); Hidroclorotiazida: comp. 25 mg . Manitol sol. inj. 200 mg/mL (H).
Medicamentos usados no choque vascular	Dobutamina: sol. inj. 12,5 mg/mL (H); Dopamina: sol. inj. 5 mg/mL (H); Epinefrina sol. inj. 1 mg/mL (H); Poligena 3,5% sol. inj. 35 mg/mL (H).

Fonte: Brasil (2013).

Esses medicamentos auxiliam no tratamento das doenças cardiovasculares e deles que podem ocorrer os eventos adversos derivados da iatrogenia. Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam que no Brasil as doenças do

coração são responsáveis por 16,7 milhões de mortes ao ano e a projeção até 2020 é que continuem sendo a principal causa de mortalidade e incapacitação. Entre os problemas de saúde de origem cardiovascular estão (AVEZUM, GUIMARÃES, PIEGAS, 2005).

#### 2.4 IATROGENIAS CAUSADAS POR MEDICAMENTOS USADO EM DOENÇAS DO SISTEMA CARDIOVASCULAR

Qualquer dano psíquico ou material causado ao paciente pelo médico é o que se denomina iatrogenia que tem no número de medicamentos prescritos e nos eventos adversos os principais fatores que levam a esse problema. Mas, a iatrogenia também pode estar associada a fatores decorrentes da polifarmácia, idade, funcionalidade e a presença de doenças crônicas não transmissíveis no indivíduo. Contudo quando se trata da iatrogenia a colocação mais aceita e que justifica o acontecimento decorre da prática médica negativa, ou seja, errada em relação a indicação do medicamento. Nenhum médico está isento ou é impassível de cometer a iatrogenia, não importa se dispõe de recursos tecnológicos que o auxilie no diagnóstico ou nos aspectos terapêuticos. Desta forma, para evitar conflitos no entendimento e no significado, Michael Balint criou uma definição mais clara e coloca o médico como um sujeito iatrogênico, por isso esse profissional deve ser mais atento e cuidadoso a atenção ao paciente (TAVARES, 2007).

Essa discussão, ou seja, de colocar o médico como sujeito iatrogênico sugere uma mudança denominativa que se ajuste mais adequadamente ao conceito, portanto ao contrário de iatrogenia o termo deveria ser 'iatropatogenia' porque nos dá a noção a postura negativa do médico, consistindo em ações que causa e/ou podem causar danos ao paciente. Fora essa temática em relação à denominação, a iatrogenose (iatrogenia) envolve os danos materiais decorrentes da medicação, cirurgias desnecessárias, mutilações, os prejuízos psicológicos têm correlação com o comportamento, palavras e atitudes do profissional médico. Mas, é preciso destacar que a iatrogenia não é somente uma falha por parte do médico, outros profissionais ligados à saúde também podem errar, como por exemplo, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas, profissionais que compõem a equipe médica (PADILHA, 2001).

Muitos fatores além da ação do médico podem contribuir para a iatrogenia no paciente, entre elas podemos citar as condições de trabalho, principalmente de médicos e enfermeiros que mantêm maior contato com o paciente, lembrando que a jornada de trabalho é exaustiva, o ritmo de trabalho acelerado e marcado pela pressão em salvar vidas, o que interfere na condição física e mental dos profissionais, excesso de atendimento (consultas por dia e em mais de uma instituição de saúde). Todo esse processo é gerenciado pela pressa, correria no dia-a-dia o que pode ser um fato negativo no preenchimento do prontuário cujas informações dos pacientes também podem ser distorcidas pela caligrafia do médico (na maioria dos casos, difícil de ler e identificar). Nessa perspectiva dos fatores caóticos presentes no exercício profissional do médico e enfermeiros, uma alternativa que pode atenuar e minimizar uma parcela significativa desses problemas relacionados à iatrogenia é interdisciplinaridade (TAVARES, 2001).

Em casos efetivo da iatrogenia ocorrem alguns tipos de repercussões, como por exemplo, a omissão do médico em relação ao seu erro ou falha e isso quebram a relação de confiança com seu paciente e resulta em demanda jurídica, que pode classificar a falha como erro médico, e as punições, variam de acordo com o fato ocorrido partindo da mais simples à mais grave que é a perda do registro junto ao conselho de medicina. Porém, se o profissional médico assume que errou, sua relação com o paciente pode não ser totalmente danificada e nesses casos o paciente que sofreu o dano reconhece a passividade de todo ser humano errar e não interrompe a relação médico-paciente algo que se resolve a partir de ação conciliatória (TAVARES, 2001).

#### **2.4.1 Erro médico (iatrogenia): o maior risco à segurança do paciente**

O número de médicos atuantes no Brasil levando em consideração o atual cenário e o ritmo de crescimento populacional e de escolas de medicina até 2020 mais de meio milhão de médicos estarão em atividade (500.157 profissionais) para atender a uma população de 207.143.243 habitantes, o que significa 2,41 médicos para cada 1.000 brasileiros. Em 2010 um total de 359.046 médicos atendia 193.252.604, ou seja, 1,86 médicos para 1.000 habitantes. Em 2050, serão 912.333 médicos para atender a 215.287.463 brasileiros que corresponde a 4,24 médicos para cada 1.000

habitantes (CFM, 2013).

O mau “resultado ou resultado adverso que resulta da ação ou omissão do médico, por inobservância de conduta técnica, estando o profissional no pleno exercício de suas faculdades mentais” é a definição de erro médico apresentada no Manual de Orientação Ética Disciplinar do Conselho Federal de Medicina, exceto em casos decorrentes do tipo de doença, lesões que o médico precisa realizar para evitar e/ou tratar um mal de maiores proporções ao paciente (FILHO, 2003, p. 5).

Em relação aos médicos no atendimento ao paciente, há dispositivos legais que tratam desta questão. Mas, o que dispõe os principais mecanismos legais quanto se trata do erro médico em relação à imperícia, imprudência ou negligência. A Constituição Federal/88: art. 5º, inciso X: “são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito à indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação” (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988).

O Código Civil (2002): art. 186: “aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito”. No art. 927 adverte: “aquele que, por ato ilícito (arts. 186 e 187) causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo”.

O Código de Defesa do Consumidor: art. 14, parágrafo 4º: a “responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante a verificação de culpa”.

O Código Penal, art. 13 faz a seguinte referência de erro médico: deixar de “prestar assistência, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, à criança abandonada ou extraviada, à pessoa inválida ou ferida, desamparo ou em grave e iminente perigo; ou não pedir, nesses casos, o socorro da autoridade pública [...]”.

Temos ainda a Lei nº 9.434/97 que trata do transplante de órgãos e a lei nº 8.974/95 que dispõe sobre a engenharia genética e que constituem mecanismo legal de punição quanto a conduta médica.

No campo da saúde, as discussões e estudos sobre os erros humanos no atendimento ao paciente ainda é uma temática recente, em se tratando de saberes relacionados a essa questão, a saúde privada ou pública ainda demonstra inércia e atraso quanto a ciência da segurança, bem como na educação e formação dos

profissionais cuja característica mais acentuada nos últimos 20 anos, quando o acesso à informação se tornou mais amplo e quase ilimitado, é a desconfiança em relação aos médicos. Essa desconfiança se estende aos enfermeiros, farmacêuticos e a qualquer outro profissional que presta serviços e assistência à saúde enfermeiros, farmacêuticos e outros profissionais lidarem com o erro humano nas organizações de saúde (ROSA; PERIN, 2003).

#### 2.4.1.1 Erros com medicação

O erro pode ocorrer em qualquer tipo de profissão e em algumas os danos podem ser permanentes, reversíveis e em outras situações pode levar à morte, principalmente se no campo da saúde. Há dois modos que se aplicam à análise dos erros humanos na área da saúde: o pessoal e o sistêmico, que constituem abordagens diferentes, antagônicas, sendo a mais comum que se aplica em caso de erros são a abordagem sistêmica por considerar o homem um ser passível de falhas e que errar é consequência, não causa o que direciona maior importância para a segurança dos sistemas (ROSA; PERIN, 2003).

A preocupação e as medidas legais voltadas para a possibilidade de erro médico são indicativos relacionados à qualidade dos serviços e da assistência ao paciente. Esses aspectos também estão associados aos erros de medicação que podem ocorrer a qualquer momento, seja na prescrição, preparação ou administração do remédio ao paciente, estes são os tipos de erros básicos no exercício profissional do médico e da assistência de enfermagem (SILVA, 2010).

Em 2004, foi criada pela OMS a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente e o Brasil visando proporcionar segurança do paciente faz parte desta proposta cujo objetivo é desenvolver ações que aumentem a segurança do paciente, melhore a qualidade na assistência. A finalidade é identificar as prioridades nessa área em vários locais, bem como deliberar prioridades que tenham importância para todos os países que a compõe, entre elas está a assistência às mães e aos recém-nascidos, ao idoso, os eventos adversos relacionados a erros de medicação, fragilidade na cultura de segurança, competências e habilidades inadequadas dos profissionais de saúde e infecções relacionadas à assistência (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

Tendo em vista a segurança do paciente o Ministério da Saúde (MS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) lançou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), com os objetivos de prevenir e diminuir a ocorrência de eventos adversos – incidentes levam a prejuízos aos pacientes como quedas, administração errada de fármacos, erros em processos cirúrgicos em todos os serviços (BRASIL, 2013).

No processo de organização da saúde é necessário ter uma cultura de segurança para redução dos eventos adversos. Essa cultura é compreendida como uma série de valores, ações, aptidões e a padronização de procedimentos individuais e coletivos, assim com um compromisso organizacional de qualidade e com segurança. Para isso, é necessário avaliar as ações vigentes e por meio dessa avaliação planejar, implementar ações que visam promover a segurança do paciente e qualidade na assistência (REIS, 2013).

Diante dos inúmeros problemas que afetam e/ou podem afetar a segurança do paciente, como por exemplo, falhas na assistência, infraestrutura hospitalar insuficiente, profissionais mal qualificados entre outros, em 2010 o Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP) juntamente com a Rede Brasileira de Enfermagem do Estado de São Paulo (REBRANESP) criaram 10 passos que contribuem para a segurança do paciente que são: identificação do paciente, cuidado limpo e seguro, cateteres e sondas, cirurgia segura, administração segura de sangue e hemocomponentes, envolver o paciente em sua segurança, prevenção de queda, prevenção de úlcera por pressão, segurança na utilização da tecnologia (AVELAR, 2010).

Um trabalho de revisão junto a 1.100 publicações no período de 1997-2002 investigando a qualidade indicou como possíveis problemas: aplicação desnecessária de tratamento prolongado ao paciente, atraso no compartilhamento dos resultados, indicação de tratamentos incorretos ou inapropriados, dispensa de tratamento profilático recomendado, falhas no processo de monitoramento, revisão e controle, equipamentos com problemas e falta de qualificação profissional e/ou de programas de treinamento e capacitação (LA FORGIA, 2009).

## 2.5 QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE

A qualidade dos serviços de saúde na sociedade brasileira há anos tem sido uma questão discutida, criticada e classificada como inexistente, haja vista os problemas que persistem no modelo de gestão adotado pelo SUS. Não é uma preocupação específica de quem necessita dos serviços, mas também dos órgãos públicos que oferecem os serviços. O ambiente e as condições de trabalho são aspectos primordiais para a construção da qualidade de assistência em saúde (BRASIL, 2005).

Assim como as grandes empresas possuem uma política de qualidade, no campo da saúde a situação não deve ser diferente, pelo contrário, deve ser um requisito. D’Innocenzo; Adami e Cunha (2004) desenvolveram um estudo sobre a qualidade dos serviços em saúde e nele apresentam a trajetória os principais fatos que caracterizam a trajetória do movimento em busca da qualidade nesta área no mundo e no cenário brasileiro:

- América Latina: a identificação de ações voltadas para a qualidade dos serviços em saúde não é tão expressiva como nos Estados Unidos, Canadá e na Europa, mas a “Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e a Federação Latino-Americana de Hospitais propôs um modelo de acreditação de hospitais, discutido em diversos países e considerado passível de adoção dada sua flexibilidade” (D’INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2004, p. 86);

- Canadá: segue o mesmo caminho norte-americano, mas desde 1983 predomina uma lei do Ministério da Saúde que exige dos hospitais a implantação de programas que garantam a qualidade dos serviços;

- México: cobertura, acessibilidade e qualidade nos serviços de saúde são significativas e refletem melhoria nos principais indicadores de saúde da população infantil e materna, mas D’Innocenzo; Adami; Cunha (2004) destaca que os resultados podem não ser conquista única do programa;

- Estados Unidos: buscam a melhoria dos hospitais e faculdades de medicina desde o começo do século 20 Estados Unidos desde o início do século 20 e o processo de fiscalização e monitoramento é competência de uma comissão conjunta de associações de saúde de diferentes áreas (hospitais, profissionais médicos e

enfermeiros, odontólogos, etc.).

- Brasil: a projeção dos movimentos e ações em busca da qualidade dos serviços de saúde se tornam evidentes nos anos de 1990, envolvendo a área pública e instituições particulares, uma conotação social decorrente do Código de Defesa do Consumidor, Manual dos Direitos do Paciente e da Constituição da República Federativa Brasileira canais abertos para “orientação, conhecimento, responsabilidades dos direitos do cidadão, melhorando a relação entre profissionais de saúde, pacientes e clientes e humanização do atendimento” (D’INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2004, p. 87).

A assistência humanizada contribui para eliminar a impessoalidade do atendimento profissional ao cliente, além de tornar mais afetiva e respeitosa a relação entre enfermeiro e paciente sem, necessariamente, deixar de lado a técnica que o atendimento exige (COSTA; LUNARDI; SOARES, 2003).

A qualidade é um aspecto importante em todos os tipos de serviços, e se torna primordial quando se trata de saúde. Para a Organização Mundial de Saúde, qualidade da assistência em saúde envolve cinco dimensões: segurança (evitar lesões e danos que possam ser causados); efetividade (tem o conhecimento científico com base); atenção centrada no paciente (respeito e responsividade em relação ao paciente); oportunidade/aceso (diminuir o tempo de espera e atrasos) eficiência (evitar desperdício, sem alterar a qualidade do cuidado prestado); equidade (qualidade invariável em relação ao cuidado) (ANVISA, 2013).

A gestão da qualidade da assistência na saúde requer ações que auxiliem o processo e nesse sentido alguns aspectos devem ser considerados. Em se tratando do paciente e também do enfermeiro relacionadas à segurança e sua importância, bem como demais cuidados para evitar exposição aos riscos. O que o paciente conhece acerca de suas necessidades, ou até mesmo lhe falta ocasiões e/ou possibilidades para se “autorrealizar sem comprometer sua saúde física ou suas condições sociais e econômicas é qualidade de vida” e esse entendimento tem relação com a sua segurança, além facilitar seu envolvimento na discussão acerca da qualidade dos serviços de saúde e da assistência que recebe e, ainda, sobre o quanto é fundamental ser consciente acerca de sua saúde (OMS, 2012, p.3).

Formação inicial, disponibilidade de profissionais, mercado de trabalho, dispositivos

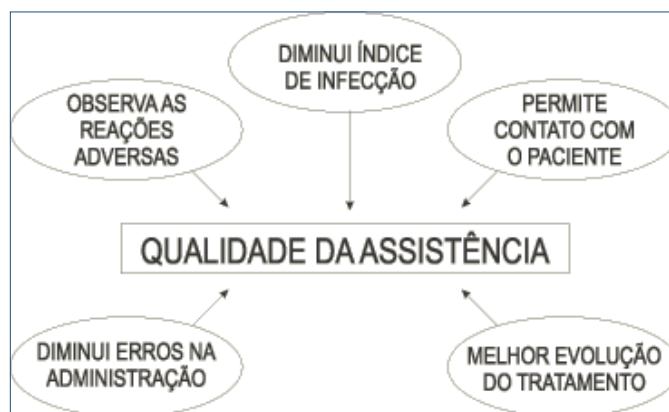


legais, políticas, estrutura e organização das instituições são requisitos para promover e garantir uma assistência de qualidade é influenciado levando em consideração que “a partir desses fatores informações serão gerados subsídios em caso de necessidade de intervenções para alcançar os resultados esperados” (D’INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2004, p. 87).

Não é fácil avaliar a qualidade dos serviços de saúde, mas predomina entre os administradores que o sistema de avaliação e os indicadores de desempenho devam ser adequados de modo a proporcionar apoio administrativo e tornar o processo de tomada de decisão o mais certo possível. No entendimento da OMS, uma assistência de qualidade à saúde é um processo no qual temos presentes elevado nível de competência, eficiência em relação ao uso dos recursos, grau mínimo de riscos e alto nível de satisfação (ESCRIVÃO, 2004).

Avaliar a qualidade no campo da saúde parte de variáveis relacionadas à gestão m conforme com os sistemas, assim, os serviços são avaliados e medidos a partir das “condições estruturais dos serviços, parâmetros físicos, habilitação de pessoal, e/ou do desempenho do equipamento e ainda pelos indicadores do processo, função de sensibilidade das tarefas ou especificação da assistência médica [...]” (D’INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2004, p. 88).

Figura 5 – Elementos da qualidade da saúde.



Fonte: Portal de Enfermagem (2013)

Não podemos afirmar que a qualidade é um requisito específico de um segmento de mercado, mas não se questiona a multidimensionalidade que seu conceito abrange e muito menos que a abordagem é de acordo com o que se pretende avaliar. Em se

tratando da saúde, a qualidade se caracteriza pelo seu caráter quantitativo em relação ao cuidado com o paciente, com a assistência que é prestada. Assim, quando se usa a qualidade para avaliar os serviços de saúde estamos monitorando entre outros aspectos, principalmente o desempenho dos serviços, a programação de ações de melhoria de qualidade e a orientação aos pacientes quanto as suas escolhas que devem ser o mais informativa possível. Assim, o que caracteriza a qualidade nos serviços de saúde são a validade, confiabilidade e viabilidade dos mesmos (GOUVEA; TRAVASSO, 2010).

Se a qualidade dos serviços de saúde estiver correlacionada à humanização do atendimento, em face de esse contexto, um desafio deve ser vencido: envolver, literalmente, o enfermeiro e até os médicos a humanização de modo que utilizem suas potencialidades para a prática de ações mais acolhedoras, menos frias e mais humanas. Mas é questionável a designação de humanizar a prática em saúde era (des) humanizada ou não era feita por e para humanos, assim humanizar valoriza a qualidade do cuidado, o reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais e o diálogo e seus significados opõem-se à violência, como antítese do diálogo e negação da pessoa do paciente (CAETANO et al., 2007).

## 2.6 PRINCIPAIS ASPECTOS DA SEGURANÇA E DIREITOS DO PACIENTE

Englobando características de ser uma prática social cujas funções se aplicam no contexto administrativo, assistencial e educativo, a prática de enfermagem exige alguns requisitos que dão suporte à segurança do paciente que são o conhecimento científico, relações profissionais e as relações interpessoais, sem esquecer que este tipo de trabalho é desenvolvido de forma que podem ser simples ou complicados. Em se tratando da enfermagem o processo profissional é processo é complicado, daí é preciso combinar educação, cuidado e gerenciamento dos serviços (LEOPARDI; GELBCKE; RAMOS 2001).

Muitos problemas fazem parte do universo da saúde, em especial a saúde pública no Brasil. Nos últimos anos, a enfermagem tem sido a causa de alvo de críticas nos meios e comunicação quanto a formação, capacidade e qualificação dos profissionais, sejam novos e/ou experientes. E uma grande preocupação tem sido a

segurança do paciente em função dos danos que podem advir. Os danos que podem ser causados atingem o paciente, a família, os profissionais envolvidos no cuidado, organização de saúde, assistência e sociedade (OLIVEIRA, 2010).

Proporcionar qualidade de assistência e garantir a segurança do paciente nas instituições de saúde é prioridade da Organização Mundial de Saúde (OMS) e isto pode ser alcançado com ações que reduzam os riscos de danos desnecessários a um percentual mínimo de aceitação levando em conta aquilo que “[...] é viável diante do conhecimento, recursos disponíveis e contexto no qual a assistência foi realizada frente ao risco de não tratamento” (BRASIL, 2013, p. 4).

Em 2009, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1.820 dispondo em nove artigos os direitos e deveres dos usuários da saúde. O art. 2º expressa que “toda pessoa tem direito ao acesso a bens e serviços ordenados e organizados para garantia da promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação da saúde”. Nele determina que a acessibilidade aos serviços deve ser na rede pública, as unidades de Atenção Básica que integra os centros, os postos e as unidades de saúde da família. E os demais parágrafos tratam do atendimento de urgência, emergência, encaminhamento a especialidades e procedimento em caso de dificuldades (BRASIL, 2009).

Interessante também são as disposições do art. 3º que determina: “toda pessoa tem direito ao tratamento adequado e no tempo certo para resolver o seu problema de saúde” e destaca que a qualidade, continuidade são os principais aspectos a ser considerada a agilidade do atendimento ao paciente, além de destacar as informações que devem ser coletadas acerca da condição de saúde, equipe multiprofissional entre outras determinações expressas em nove incisos (BRASIL, 2009).

Também faz parte do direito assegurado ao paciente ser atendimento dentro dos padrões de humanização que se propõe a assistência à saúde, por parte de médicos e equipe de enfermagem, principalmente, além de contar profissionais habilitados e qualificados, condições ambientais ideais e conforto. No contexto brasileiro, a humanização dos profissionais de saúde é uma crescente, exigindo atenção em inúmeros aspectos. Portanto, humanizar os cuidados em saúde tem como pressuposto a essência do ser, respeito à individualidade e a necessidade da

construção de um espaço concreto nas instituições de saúde que legitime o humano das pessoas envolvidas. É dar qualidade à relação profissional da saúde-paciente (PESSINI; BERTACHINI, 2004).

A humanização e trabalho de enfermagem são convergentes, contudo, nem por isto essa proposta deve ser concebida, no âmbito da profissão, como mero modismo. Devemos lembrar que os profissionais de enfermagem também necessitam de cuidados e a qualidade da assistência ao paciente pode cair face a decepção e desmotivação. Em hospitais do Brasil, pesquisas e estudos indicam que quando se destina ao paciente um trabalho profissional fundamentado na humanização ocorre melhora do ambiente hospitalar, redução do tempo de internação, aumento do bem-estar de pacientes e funcionários, diminuição das faltas de trabalho entre a equipe de saúde, e redução dos gastos hospitalar (COSTA; LUNARDI; SOARES, 2003).

A assistência de enfermagem com caráter humanitário exige preparo técnico e teórico do profissional e nessa perspectiva o torna responsável por uma atitude individual voltada para o resgate dessa humanização em relação à predominância dos recursos tecnológicos nesses ambientes (CAETANO et al., 2007).

O art. 9º da Portaria nº 1.820/09 determina que “o direitos e deveres dispostos nesta Portaria constitui em a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde” (BRASIL, 2009).

Toda ação que busca resultados positivos precisa de regulamentação. Assim, para assegurar que a organização da saúde torne prioridade a segurança do paciente, de acordo com a ANVISA (2013) alguns dispositivos legais além de regulamentar auxiliam a fiscalizar:

- a) Resolução nº. 2606/06: estabelece as diretrizes para elaboração, validação e implantação de protocolos de reprocessamento de produtos médicos;
- b) Resolução nº. 2605/06: determina a lista de produtos médicos classificados de uso único proibidos de ser reprocessados;
- c) Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) ANVISA nº 156/06: especifica acerca de registro, rotulagem e reprocessamento de produtos médicos;
- d) RDC nº. 08/2009: medidas para redução da ocorrência de infecções por microbactérias de crescimento rápido;
- e) RDC nº 02/2010: gerenciamento de tecnologias em saúde em estabelecimentos

de saúde;

f) RDC nº 06/2012: definição das boas práticas de funcionamento para as unidades de processamento de roupas;

g) Portaria nº. 529/2013: cria o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

Com a publicação dessas resoluções espera-se proporcionar maior segurança ao paciente. O Programa Nacional de Segurança do Paciente trouxe como proposta monitorar e prevenir danos ao paciente decorrente do trabalho de danos na assistência à saúde e definiu como suas principais ações criar seis Protocolos de Segurança do Paciente (problemas de incidência mais alta); publicar RDC da ANVISA (torna obrigatório criar Núcleos de Segurança do Paciente na esfera dos serviços de saúde, notificar os eventos adversos relacionados a assistência do paciente) e o Edital de Chamamento Público na esfera do setor produtivo da saúde para propor medidas que possibilitem ampliar a segurança dos pacientes (BRASIL, 2013).

O eixo central do PNSP está fundamentado em quatro pontos essenciais para que o programa alcance os resultados esperados e promova a qualidade dos serviços e a segurança do paciente: estimular uma prática assistencial segura; envolver o paciente na própria sua segurança; incluir o tema e discussão no âmbito do ensino; incentivar pesquisas voltadas para essa temática (ANVISA, 2013).

Visando explicitar com objetividade e clareza essa proposta, o programa apresenta o conceito de cultura de segurança do paciente definido pela OMS em cinco perspectivas: a primeira é direcionada à inclusão de todos os profissionais de saúde no cuidado com o paciente; a segunda tem a segurança como prioridade e coloca em segundo plano as questões financeiras e operacionais; a terceira incentiva aspectos importantes que são a identificação, notificação e resolução dos problemas nesta área; a quarta tem como base o aprendizado organizacional decorrente de incidentes; e a quinta faz referência aos “recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança” (PNSP, 2013, p. 7).

Cada vez mais se tornando um problema com grandes proporções e a partir de estudos que apresentavam diferentes conceitos de erro em saúde (uma variação

entre 17-24 definições) a OMS criou a Classificação Internacional de Segurança do Paciente e a partir desta classificação, o Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente apresentou os conceitos-chave na língua portuguesa, o que facilita o entendimento de leigos e profissionais de segurança, danos, riscos, incidentes e também as referências acerca de circunstâncias notificáveis, incidente sem lesão, evento adverso (PNSP, 2014).

Quadro 2 – Conceitos da Classificação Internacional de Segurança do Paciente da OMS.

<b>Conceitos-chave na Classificação Internacional de Segurança do Paciente</b>	
Segurança	Reduzir a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.
Danos	Comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.
Risco	Probabilidade de um incidente ocorrer.
Incidente	Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.
Circunstância notificável	Incidente com potencial dano ou lesão.
<i>Near miss</i>	Incidente que não atingiu o paciente.
Incidente sem lesão	Incidente que atingiu o paciente, mas não causou dano.
Evento Adverso	Incidente que resulta em dano ao paciente.

Fonte: Ministério da Saúde, PNSP (Brasil, 2014, p. 7).

Com essa classificação a OMS pretendeu inserir mundialmente no campo da saúde critérios básicos para garantir a qualidade da assistência, dos serviços e a segurança do paciente. A qualidade da assistência é meio que torna possível diminuir, controlar e prevenir os riscos a que os pacientes estão expostos (VIACAVA et al., 2012).

Outra questão importante quando se trata da segurança do paciente é a avaliação de desempenho dos sistemas de saúde que no Brasil compete ao Projeto de Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde (Proadess) apresentar a metodologia de avaliação levando em conta a segurança, cuidado com a qualidade e os indicadores para trabalhar cada uma das dimensões (VIACAVA et al., 2012).

Responsabilidade profissional de enfermeiro, diversidade de papéis sociais

assumidos, precárias condições de trabalho, dificuldade de manter relações pessoais saudáveis em ambientes que geram mal-estar docente e desmotivação. A sobrecarga dos profissionais de saúde devido às longas jornadas, ritmo excessivo de trabalho, esforços físicos, somadas ao próprio ambiente conturbado é responsável por 52,6% a 70% do total de eventos adversos detectados (NASCIMENTO et al. 2008).

## 2.7 O TRABALHO DE ENFERMAGEM E O PROFISSIONAL ENFERMEIRO

Prestar assistência à saúde é o que define o trabalho de enfermagem que no contexto profissional trata-se de uma prática social cooperativa destinada a desenvolver ações assistenciais, administrativas e educativas, exercida por várias categorias profissionais, hierarquizadas por complexidade de concepção e execução que exige conhecimento científico, estabelecimento de relações profissionais e interpessoais. A assistência de enfermagem, que exige conhecimento científico, estabelecimento de relações profissionais e interpessoais. Sua principal característica é ser desenvolvida em instituições de saúde pública ou privada, ou seja, é uma atividade institucionalizada (RODRIGUES; PACHECO, 2007).

O conhecimento científico, as relações profissionais e interpessoais são os elementos que a prática de enfermagem requer do profissional, considerando que toda e qualquer atividade relacionada ao seu exercício e desempenho de suas funções ocorre a partir de processos que podem ser simples ou complicados. No caso da enfermagem, destacam que o processo é complicado e exige a combinação de três ações básicas e não dissociadas: educação, cuidado e gerência dos serviços de enfermagem (LEOPARDI; GELBCKE; RAMOS, 2001).

A formação do enfermeiro o torna um profissional capaz de desempenhar diferentes atividades na assistência à equipe de enfermagem e ao paciente, daí a necessidade de manter-se em constante processo de formação contínua em relação aos dispositivos legais que regulamentam a profissão, nas mudanças que podem afetar e/ou aprimorar sua prática e conhecimentos e habilidades técnicas. O profissional de enfermagem como educador em saúde é ainda um sanador de problemas. Por meio da consulta de enfermagem, no ambulatório ou no local de trabalho é capaz de esclarecer aos empregados e empregadores suas funções como educadores e

eternos vigilantes da saúde (GENTIL; RAMOS; WHITAKER, 2008).

As características das ações que formam compõem a frente de trabalho da enfermagem que são: cuidar: basicamente atua como um identificador da profissão, através e no qual a atuação da enfermagem visa atender as necessidades relacionadas à saúde do ser vivo; o trabalho educar: o foco é despertar a sensibilidade acerca da conscientização dos assuntos relacionados à saúde individual e coletiva, fundamentado no respeito, crenças, hábitos, valores e conhecimentos das partes envolvidas. A comunicação exige planejamento de acordo a quem se destina, ou seja, em conformidade com o objeto de trabalho e o trabalho gerenciar: privativo do enfermeiro tem como característica a atividade provedora de recursos humanos, físicos e materiais no desenvolvimento do cuidado e/ou da educação (LEOPARDI et al., 2001).

### **2.7.1 A importância e necessidade da educação continuada em enfermagem**

É básico que o profissional enfermeiro tenha um conhecimento teórico acerca do seu trabalho, mas para agregar valor e qualidade em suas funções necessita de treinamento padronizado para atender. Nesse sentido, a aprendizagem continuada aumenta a capacidade de reflexão, de criticidade e o habilita para ser um profissional com potencial de transformação e de promover mudanças (CECAGNO, 2003).

A Educação Continuada é um conjunto de práticas usuais que objetivam mudanças na formação e atenção à saúde, visto que busca proporcionar ao indivíduo a aquisição de conhecimentos, para que ele atinja sua capacidade profissional e desenvolvimento pessoal, considerando a realidade institucional e social (BEZERRA, 2003).

A assistência do profissional de enfermagem, por exemplo, a pacientes com ventilação mecânica requer capacidade e conhecimento para detectar os sinais e distúrbios que ameaçam a vida e então estabelecer as prioridades que norteiam o exercício da sua função e o desenvolvimento de suas atividades. Do contrário, pode colocar em risco a segurança do paciente (PAZIN-FILHO et al., 2003).

O trabalho do enfermeiro está diretamente associado ao currículo da profissão, pois



é o instrumento que define a linha de ação dos conhecimentos a transmitidos. Nesse processo alguns elementos são inseparáveis e se desenvolvem de forma conjunta, ou seja, o saber e a ação, a teoria e a prática, mas essa aprendizagem formal, ao longo do seu processo de desenvolvimento e da aquisição da experiência profissional deve e precisa ser reconstruída e aprimorada para enfatizar a importância e relevância da integração “aprender-conhecer, aprender-fazer, aprender-ser e aprender-viver juntos, ou seja, promover a efetivação destes que são os pilares da educação” (DELORS, 2001, p. 3).

A educação do profissional de enfermagem também está inserida no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN) que no art. 18 trata dos direitos e responsabilidades dos profissionais, enfatizando que uma das prioridades do enfermeiro é “manter-se atualizado, ampliando seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais, em benefício da clientela, da coletividade e do desenvolvimento da profissão” (MAGALHÃES, IDE, 2000).

A regulamentação do exercício profissional de enfermagem é tratada no Decreto 94.406/87 que especifica no art. 8º, II, n que faz parte de do seu processo de aprendizagem participar de “programas de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde, particularmente nos programas de educação continuada”.

A educação continuada para o exercício e prática de enfermagem é um requisito fundamental, considerando que o enfermeiro desempenha atividades que requer atenção integral a saúde e o aprimoramento do conhecimento e de suas técnicas possibilitam que prestem uma assistência de qualidade ao paciente (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Quando se trata da assistência de enfermagem, a formação e educação continuada do enfermeiro se tornam elementos estratégicos e fundamentais no exercício profissional, levando em conta que as condições e infraestrutura dos serviços prestados aos pacientes apresentam fragmentações em relação ao cuidado, ao desempenho da equipe e em destaque, todo o processo de trabalho, pois são atividades centradas no desempenho individual das funções e da técnica de divisão (RIBEIRO; MOTTA, 2007).

Um aspecto também importante no exercício da profissão de enfermeiro é a educação em saúde que amplia o conhecimento teórico e prático, promove a

melhoria, motiva mudança de atitudes nos comportamentos no contexto geral da saúde (GUEDES et al., 2010).

O enfermeiro como aplicar da educação à saúde, considerando ser uma ação de cunho político e social, essa proposta deve ter como embasamento artifícios, métodos, técnicas que promovam a desalienação, transformação e a emancipação dos sujeitos envolvidos, assim a educação perde a sua característica de ser, em muitos casos, somente informativa, normativa e isto muda quando os usuários refletem acerca das bases sociais de sua vida e concebem a saúde como um direito e não uma concessão (ALFARO-LEFREVE, 2005).

A consulta de saúde também é importante para melhorar o desempenho do enfermeiro porque a sistematização da assistência que este profissional presta prioriza o atendimento efetivo e humanizado, amplia a sua percepção em identificar problemas e favorece a criação de um plano de ações que contribui para a recuperação da saúde do paciente. Entrevista para coleta de dados, exame físico, diagnóstico de enfermagem, prescrição, cuidados e orientação são elementos que constituem a Consulta de Enfermagem. O diagnóstico auxilia o enfermeiro é um tipo de documento que aponta a conduta do adotar “[...] as condutas de resolutividade própria, ou de encaminhamento ao profissional ou serviço competente, no caso de a intervenção fugir ao seu âmbito de atuação” (MACIEL, ARAÚJO, 2003, p. 208).

Envolver os profissionais de saúde na prevenção da hipertensão é o primeiro passo para promover mudanças necessárias no estilo de vida e hábitos do hipertenso, e nesse contexto, é essencial que todos aqueles que compõem a equipe de profissionais abordem os aspectos de prevenção e de promoção à saúde, mantenham o público informado, desenvolvam programas educativos e faça a avaliação periodicamente de forma a melhorar, corrigir falhas, reestruturar e adequar as necessidades à realidade do paciente, desenvolvendo pesquisas sobre a prevenção e o controle da hipertensão arterial (FENSTERSEIFER, GASPERIN, 2006).

A promoção da saúde no campo dos sistemas de saúde tem como base fortalecer a atenção básica e a gestão organizando com o propósito de atender em grande número os problemas de saúde e a enfatizar ações de promoção da saúde e de prevenção (DILÉLIO et al., 2011).

## 2.8 EVENTOS ADVERSOS COM MEDICAMENTOS

Em 2005, a Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ, 2013) apresentou dados de um estudo acerca da avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais, os resultados podem ser observados na Tabela 3.

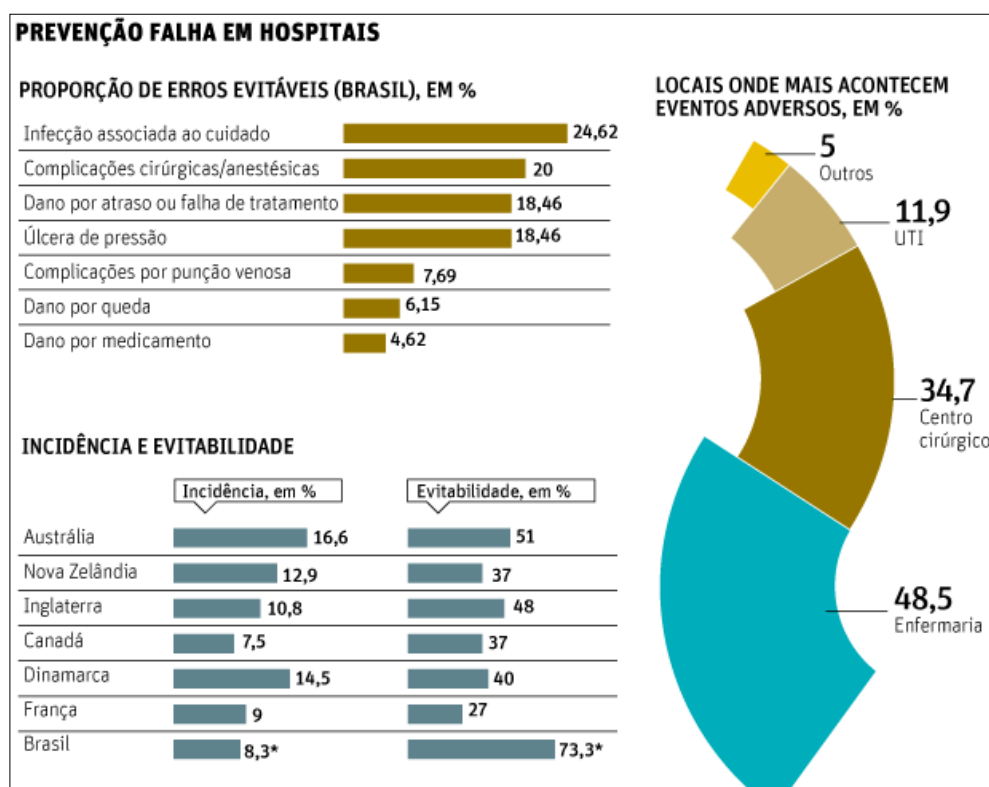
Tabela 3 – Ocorrência de eventos adversos em hospitais

<b>País</b>	<b>Incidência (%)</b>	<b>Evitáveis (%)</b>
Brasil	7,6	66,7
Nova Zelândia	11,3	61,6
Austrália	16,6	50
Dinamarca	9	40,4
França	14,5	27,6
Espanha	14,6	42,8
Canadá	7,5	37

Fonte: Fiocruz (2013).

De acordo com a Fiocruz a cada 10 clientes recebidos nas instituições hospitalares pelo menos um paciente é vítima de um evento adverso. A incidência de eventos adversos no Brasil é de 7.6%, sendo que 66,7% poderiam ser evitados. Em 2013, um levantamento acerca das falhas humanas em hospitais brasileiros mostrou que tipos de erros ocorrem com mais frequência e que poderiam ter sido evitados. O mesmo estudo apresenta um quadro comparativo do percentual de incidência de erros médicos no Brasil em relação a Austrália, Nova Zelândia, Canadá, Inglaterra e França. Também é apresentado os locais de maior ocorrência dos eventos adversos (FIOCRUZ, 2013).

Figura 6 – Painel dos erros médicos que poderiam ser evitados no Brasil.



Fonte: FIOCRUZ (2013).

A ocorrência de Eventos Adversos (EA) pode ser grave até mesmo fatal, além de onerosa para o paciente e instituição de saúde. Dessa forma torna-se importante a segurança do paciente e o reconhecimento da relevância de criação de práticas de uma assistência segura ao cliente, tendo como foco a prevenção de erros e desenvolvimento de uma cultura de segurança que abrange os profissionais de saúde, organização e paciente (REIS, 2013).

Em um trabalho de revisão sistemática da literatura acerca dos indicadores de segurança do paciente classificado como agudos, em instituições hospitalares os resultados indicaram que um dos fatores que causa a mortalidade e morbidade está associado aos cuidados ineficientes e inseguros que não se inserem na modalidade de irreparáveis, pelo contrário. Numa análise comparativa em relação aos eventos adversos, o estudo mostrou que em instituições hospitalares de outros países os danos causados decorreram da permanência prolongada e que um percentual médio de 5% dos internados acaba contraindo algum tipo de infecção. No cenário brasileiro, a média de pacientes vitimado por alguns eventos adversos chega a 7,6% e o mais grave é que quase 70% dos eventos poderiam ter sido evitados (GOUVÊA;

TAVARES, 2010).

### **2.8.1 Conceito de eventos adversos**

Eventos adversos (EA) são ocorrências indesejáveis, não intencionais, de natureza danosa ou prejudicial que comprometem a segurança do paciente que se encontra sob os cuidados dos profissionais de saúde (VITURI; MATSUDA, 2009).

São decorrentes do cuidado e não da doença de base, ocasionando lesões mensuráveis no paciente e/ou prolongando o tempo de internação e/ou óbito. Os incidentes também são ocorrências não intencionais decorrentes do cuidado, entretanto, não acarretam óbito, lesões mensuráveis ou prolongamento do tempo de internação do paciente. Tais ocorrências contrariam os princípios da qualidade dos serviços nas instituições de saúde que buscam oferecer à clientela assistência com o mínimo de riscos e danos (GALLOTTI, 2003).

Nos hospitais, as situações que predispõem aos riscos de incidentes e eventos adversos, são: avanço tecnológico e baixa qualificação dos recursos humanos, distanciamento das ações próprias de cada profissional, desmotivação, ausência ou limitação da sistematização e documentação do cuidado de enfermagem, delegação de cuidados sem supervisão adequada, dentre outros (BECCARIA; PEREIRA; CONTRIM; LOBO; TRAJANO, 2009).

Os eventos adversos em decorrência de medicamentos podem desencadear sérios agravos à saúde, com consequências financeiras e sociais. Os eventos mais comuns são os erros de medicação, sendo os erros de prescrição os mais sérios no uso de medicamentos (ANACLETO et al., 2010).

Para compreender o que é eventos adversos temos que conhecer alguns conceitos apresentados por Franco e outros (2010): reação adversa envolve a questão injúria na medicação associada às doses determinadas com base na profilaxia, diagnóstico ou tratamento da doença; erro de medicação é quando ocorre falha na prescrição, dispensação, o preparo, administração e monitoramento; erros potenciais sem danos ao paciente pois a ação foi percebida antes de causar qualquer tipo de prejuízo ou injúria (FRANCO et al., 2010)

Para falar de eventos adversos relacionados a medicamentos é preciso fazer alguns

conceitos que incluem: reação adversa a medicamento é uma reação prejudicial ao medicamento, que ocorre de forma não intencional, com dosagens adequadas para o tratamento não proveniente de erro de medicação. Já o erro de medicação é um acontecimento que pode ser evitado, podendo levar ao uso incorreto da medicação. As reações adversas é um potencial risco de uma reação ao medicamento mesmo com seu uso adequado, sendo inevitável (ANACLETO et al., 2010; TORRES, CASTRO, 2007).

O erro de prescrição é um erro na deliberação ou escrita da prescrição, não intencional, esse erro pode diminuir a chance do tratamento ser efetivo e expor o paciente a um dano. O erro de dispensação ocorre na liberação da medicação com discrepância da prescrição e dispensação. Erro de administração qualquer alteração no preparo do fármaco (ANACLETO et al., 2010).

Os fármacos são utilizados para a promoção de um bem-estar físico e mental, tratamento clínico e prevenção. No ambiente das instituições de saúde os erros com medicamentos ocorrem desde a não administração, a uso inadequado, com isso podendo levar a eventos adversos. Esses erros podem acontecer em qualquer momento do processo de prescrição, preparação e administração ao cliente (DA SILVA et. al. 2011).

Em uma pesquisa realizada em quatro hospitais foi identificada uma série de eventos que podem levar a eventos adversos relacionados a medicamentos. Que incluem: erros relacionados ao paciente, relacionados ao horário, à prescrição/transcrição, solicitação, dispensação de medicamentos, preparo e administração de medicamentos, registro de medicamentos, falhas na comunicação e erros desencadeados por desorganização da unidade, entre outros. Outro fator que contribui para erros dentro das instituições de saúde é o treinamento inadequado, compreensão diminuída da importância da prescrição, hierarquia na equipe e falta de consciência dos erros. Enfermeiros e farmacêuticos devem colaborar com médicos para impedir erros que atinjam os pacientes, sendo corresponsáveis pela segurança do paciente (MIASSO et al., 2006).

Segundo Corbellini e outros (2011) outro fator que contribui para a existência de erros de medicação é a sobrecarga de trabalho, identificação errada do cliente, prescrição médica errada, interrupções durante o preparo da medicação,

necessidade de agilidade no processo de trabalho.

Dentre as atribuições da enfermagem cabe à administração de medicamentos, essa atribuição abrange conhecimento técnico-científico, habilidade técnica e atribui grande responsabilidade sobre o profissional. O preparo inadequado pode levar a eventos indesejáveis ao paciente, quando esse evento ocorre seja devido a uma ação individual ou coletiva da equipe, se espera do enfermeiro um processo decisório em pensamento para realizar uma intervenção (SANTOS; PADILHA, 2005).

A administração de medicamentos esta associada a uma grande ocorrência de eventos adversos nas instituições hospitalares, dessa forma tornou-se foco de atenção dos gerentes de enfermagem. Para que administração de medicamentos ocorra de forma segura o equipe de enfermagem carece estar embasada e a atenta aos seis acertos que são: medicamento correto, dose correta, paciente correto, via correta, hora certa e documento correto. Quando há episódio de erro de medicação é enfatizada a punição do profissional, não a educação, acarretando subnotificações e contribuindo para novos episódios (CORBELLINI et al., 2011).

Os eventos adversos podem estar associados à prescrição do medicamento, mas também à distribuição e administração. Nesse sentido, quando a questão envolve medicamento no contexto hospitalar, onde o paciente recebe a medicação somente por profissionais orientados pelo médico, os fatores que desencadeiam este tipo de problema estão associados à qualidade do serviço que envolve falhas de procedimento, prescrição, distribuição e administração, erros de medicação; e ainda risco intrínseco do medicamento e reação adversa do paciente ao remédio que resulta na alteração do quadro clínico para pior, estende a sua permanência no hospital, pode causar o óbito, desistência do tratamento, elevação dos gastos (ROSA; PERINI, 2003).

Nesse contexto, Torres; Castro (2007) apresentou a seguinte proposta de gerenciamento de eventos adversos no ambiente hospitalar, como mostra a Tabela 4.

Tabela 4 – Gerenciamento de EAM em hospitais.

<b>Esfera de atuação</b>		<b>Pontos de análise</b>
Qualidade do atendimento a Pacientes hospitalizados	Qualidade da prescrição	Número de medicamentos prescritos, legibilidade da prescrição, utilização de Denominação Comum Brasileira, presença de dados posológicos, data.
	Qualidade da distribuição/administração	Número de medicamentos enviados/administrados adequadamente.
Qualidade do atendimento a Pacientes ambulatoriais	Qualidade da receita	Número de medicamentos prescritos, legibilidade da receita, utilização de Denominação Comum Brasileira, presença de dados posológicos, data e assinatura do prescritor.
	Qualidade do atendimento médico e farmacêutico	Tempo de atendimento médico, tempo de dispensação, nível de conhecimento do paciente a respeito do tratamento prescrito.
Casos de eventos adversos	Identificação dos medicamentos em uso, gravidade do evento e estabelecimento de causalidade.	
Atitude profissional	Procedimentos adotados por profissionais de saúde frente a eventos adversos e dificuldades e obstáculos percebidos por esses para relatar eventos adversos.	

Fonte: Torres, Castro (2007).

Os fatores que levam à ocorrência de eventos adversos na área de medicamentos são focos de abordagem e investigação de diferentes estudos e pesquisas, mas a discussão na apresentação dos resultados aponta a dificuldades dos pesquisadores em obter abaixo qualidade dos registros em prontuários médicos (MAGALHÃES; CARVALHO, 2003).

Outro ponto que pode associar a dificuldade de acesso aos dados é o fato que na maioria dos casos, o erro ser individual, ou seja, cometido apenas por um profissional médico ou enfermeiro, subtende-se que essa postura tem como objetivo não expor o fato, o que torna a possibilidade de abrangência do conhecimento acerca da segurança do paciente uma estratégia perdida (ROSA; PERINI, 2003).

Também é importante, em se tratando de preservar a segurança do paciente, que os



eventos adversos sejam comunicados. Em seus estudos, Oliveira, Xavier e Júnior (2013) apresentam dados que indicam o número de eventos adversos e quais tipos de produtos envolvidos no período de 2006 a 2011 foram notificados ao Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária (NOTIVISA), como mostra a Tabela 5.

Tabela 5 – Notificações de eventos adversos à NOTIVISA.

<b>Produto</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>Total</b>
<b>Medicamento</b>	<b>54</b>	<b>2.174</b>	<b>5.707</b>	<b>7.602</b>	<b>9.586</b>	<b>12.573</b>	<b>37.696</b>
Vacina e imunoglobulina	01	60	42	37	264	146	550
Artigo médico-hospitalar	31	3.660	4.647	5.416	7.081	9.045	29.800
Equipamento o médico-hospitalar	2	304	246	159	268	884	1.827
Produto para diagnóstico de uso <i>in vitro</i>	-	44	47	46	44	109	290
Uso de sangue ou componentes	13	1.758	2.576	3.490	4.566	6.702	19.105
Cosméticos	1	21	66	171	251	225	735
Saneantes	-	48	91	140	215	120	614
Intoxicações	-	1.387	9.849	6.689	4.741	4.740	27.406
<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>9.456</b>	<b>23.271</b>	<b>23.750</b>	<b>27.016</b>	<b>34.508</b>	<b>118.103</b>

Fonte: Oliveira; Xavier; Júnior (2013).

Os dados indicam que o ano com menor número de ocorrência de evento adverso foi 2006. Mas é expressivo o crescimento anual, fechando 2011 com 118.103 notificações. Os eventos adversos com medicamentos é a notificação com mais ocorrência em praticamente todos os anos e fechou 2011 com 37.696 registros (OLIVEIRA; XAVIER; JÚNIOR, 2013).

Tem ainda outro fator essencialmente importante em relação ao profissional desconhecer e/ou ignorar a relevância de conceitos e procedimentos quanto ao EAM, além disso, abrir as informações significa divulgar que a farmacovigilância é competência de somente uma farmácia hospitalar. Um estudo junto a Unidade de Farmacovigilância do Centro de Vigilância Sanitária da Secretaria de Estado do Rio de Janeiro apontou que do número de notificações 58% são procedentes de farmacêuticos (CASTRO; CASTILHO, 2004).

## 2.9 A ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO E OS PROBLEMAS COM EVENTOS ADVERSOS COM MEDICAMENTOS

Para falar da assistência de enfermagem é importante apresentar quais são as funções e atribuições específicas do enfermeiro. Em 2006, o Ministério da Saúde através da Portaria nº. 648 aprovaram a Política Nacional de Atenção Básica e estabeleceu no Anexo I, as atribuições específicas do enfermeiro que consistem em:

I - realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;

II - conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações;

III - planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;

IV - supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem;

V - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem, ACD e THD e;

VI - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF (BRASIL, 2006 p)

Essas atribuições são fundamentais para a implementação da ESF como tática de reorganização do primeiro nível de atenção à saúde (BRASIL, 2006).

A assistência de enfermagem consiste no cuidado com o paciente, além de ministrar a prescrição médica recomendada pelo médico. Inúmeros problemas têm afetado a profissão de enfermagem, desde erros simples sem grandes prejuízos e ameaças à segurança do paciente até aqueles classificados como gravíssimos que podem impedir o exercício profissional (PAZIN-FILHO et al., 2003).

Na perspectiva de qualificar a assistência que presta ao paciente e agregar valor à saúde, enfermeiros procuram agir o mais corretamente possível dentro dos padrões éticos que os cuidados com o paciente e a saúde requerem. Assim, os eventos adversos com medicamentos, as iatrogenias que marcam o exercício profissional ofuscam a qualidade dos serviços e se apresentam como fatores que contradizem a prática eficaz de enfermagem. (PADILHA, 2006).

É preciso observar que as iatrogenias decorrentes da falha humana no cuidado com a medicação podem estar associadas 'estruturas assistenciais' e as pesquisas sobre o tema, que servem de orientação e até base para o desempenho profissional ainda são incipientes no cenário brasileiro. Outro fator a ser considerado é que a maioria dos estudos e pesquisas está centralizada nas falhas existentes na estrutura física e equipamentos e não mais especificamente sobre o trabalho do profissional enfermeiro (PADILHA, 2006).

Uma das principais responsabilidades do enfermeiro é proteger o paciente, o que também é uma exigência social que se converte em cobrança quando ocorrem problemas que colocam a segurança do paciente em risco. Um fator é importante nessa relação de cuidado do profissional com o paciente em se tratando de uma assistência segura e de qualidade: na faz muito tempo e os eventos adversos consistiam em uma temática não muito valorizada e muito pouco explorada fosse ao ambiente interno ou externo da profissão. Mas a abordagem mudou e face aos inúmeros problemas que ocorrem em relação aos cuidados, medicamentos e atenção ao paciente se tornou uma abordagem muito discutida e foco de estudos e pesquisas (LABBADIA et al., 2004).

Errar não é uma questão que se classifica como impossível, pelo contrário, o ser humano é sujeito e passível de errar em todos os segmentos de mercado. No entanto, quando ocorre no âmbito da saúde, a questão ganha uma amplitude maior e as discussões convertem para a qualidade da assistência e da formação do profissional (LABBADIA et al., 2004).

O processo de administrar medicamentos tem como característica ser multidisciplinar e complicado, mas somente um objetivo a ser alcançado que é a segurança do paciente e executar uma assistência com qualidade. Mas é preciso lembrar que nesse ambiente multidisciplinar os cuidados com a medicação do paciente começam com a prescrição do médico, passa pela vigilância e controle da farmácia e concluído com a aplicação por parte, ora do próprio médico e mais ainda pelo enfermeiro (CARVALHO, 2000).

Na prática de enfermagem, o profissional desempenha um trabalho de multifuncional. A reestruturação produtiva preconiza a flexibilização e a multifuncionalidade se enquadra nos moldes de uma sociedade do controle, que não

inclui reduzir direitos ou interferir na relação de trabalho que dentro desta proposta se torna mais ágil, otimizada, mas faz referencia a potencializar o processo produtivo por meio da capacidade da força de trabalho (IANNI, 2000).

A última etapa que completa a assistência e o cuidado com paciente é realizada pelo enfermeiro que tem como função preparar e aplicar a medicação, e nesse contexto que os eventos adversos com medicamento pode se efetivar se não houver o cuidado desde o início de todo o processo. Assim, a falha humana pode se manifestado ainda no começo com o médico e ser concluída com a ação do profissional enfermeiro (PADILHA, 2006).

O profissional não deve praticar suas atividades sem buscar conhecer o âmago de suas funções, e em se tratando do enfermeiro e da assistência que presta ao paciente, para que os procedimentos relacionados à aplicação dos medicamentos seja o mais distante das possibilidades de eventos adversos ou de agressão à segurança do paciente, um elemento essencial é o conhecimento do que sejam eventos adversos, suas consequências e, sobretudo os atores que podem gerá-los. Assim, é possível diminuir e controlar os riscos, definir ações preventivas, estar à frente das possíveis falhas que podem ser cometidas. Esse cuidado com a sua atividade profissional beneficiam o enfermeiro, qualifica seu trabalho, facilita a identificação das falhas e a busca de soluções em caso de erro (PEREIRA, 2009).

A falha humana no cuidado com o paciente e com a aplicação do medicamento é um dos fatores que geram os eventos adversos e em muitos casos o paciente é vítima de danos pequenos, médios, grandes, ou seja, de uma simples reação ao óbito. A prática de medicar requer do enfermeiro conhecimento científico (um dos requisitos para o exercício profissional), a precisão, visão e entendimento acerca do medicamento (D'INNOCENZO et al. 2010).

Assim, em caso de erros ou falhas o enfermeiro tem a obrigação de avisar o médico e comunicar a equipe de enfermagem, pois dependendo da situação e dos danos causados pode ou não ser necessária a ação do médico, a colaboração de outros profissionais. Detectou o erro, a postura do profissional é realizar um trabalho de avaliação criteriosa, identificar os pontos principais em relação ao medicamento, como por exemplo, hora da aplicação, que erro foi cometido, quando aconteceu, profissionais envolvidos, ou seja, em trabalho. Não, em hipótese nenhuma, omitira

informação, transferir responsabilidade ou ignorar o ocorrido (D'INNOCENZO et al. 2010).

Existem condutas que os profissionais de enfermagem na prática de suas atividades devem aplicar quando se trata de medicação. No entanto, a primeira e uma das mais importantes é a educação permanente. Segundo Nascimento e outros (208, p. 5) “precisão é o principal requisito para o preparo e a administração de medicamentos, bem como índice zero de erro e coloca a supervisão efetiva dos enfermeiros como forma de minimização de ocorrências”.

O eixo central da profissão de enfermagem é o cuidado com o paciente, o atendimento às suas necessidades, mas no dia-a-dia, a rotina, as condições de trabalho podem possibilitar os eventos adversos. Nesse sentido, o profissional de enfermagem precisa basear a sua prática com atenção, aplicar conhecimentos adquiridos e principalmente, integrar suas funções à equipe trocar ideias, verificar dados e informações, questionar e assim prestar uma assistência de qualidade e com menores possibilidades de erro (PEDREIRA, 2009).

A medida preventiva tem que ser educacional, o ambiente de trabalho e condutas administrativas. Quanto ao ambiente de trabalho é preciso estruturas físicas adequadas, recursos materiais necessários para emergências e urgências, melhora de condições de trabalho. As condutas administrativas advertências verbais e notificações de erros (NASCIMENTO et at. 2008).

A comunicação é um dos fatores que podem contribuir para erros de medicação. Problemas relacionados à comunicação podem produzir atos inseguros, que pode ser resultados da falta de comunicação, inexistência de comunicação ou interpretação equivocada. Dessa forma uma falha na comunicação pode desencadear contratempos para o paciente e equipe (SILVA et al., 2007).

Mesmo com todo conhecimento, atenção, cuidado e assistência com qualidade, o profissional de enfermagem ainda se depara com inúmeros desafios, sendo o primeiro e o mais perceptível é que o desempenho da função e as atividades não são favorecidos devidos dificuldades que fazem parte deste universo, por exemplo, o enfermeiro ter a responsabilidade de supervisionar, coordenar uma equipe, condições de trabalho que atendem as necessidades da profissão na maioria das situações, desvalorização profissional e salarial, individualidade do trabalho o que

amplia as possibilidades de erros e/ou falhas porque realiza mais de uma atividade, carga horária estressantes e plantões que sacrificam a sua condição física e mental. Todo este contexto ainda se agrava e abre espaços para a ocorrência de eventos adversos porque na agitação e ritmo acelerado de trabalho, o enfermeiro não encontra tempo ou se tempo é mínimo para que possa planejar sua ação, sito sem falar nos conflitos e problemas que surgem nas suas relações interpessoais no ambiente de trabalho (COLOMÉ; LIMA; DAVIS, 2008).



### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou proporcionar novas discussões sobre a assistência de enfermagem, eventos adversos decorrentes de medicamentos e apresenta uma revisão bibliográfica sobre o tema cujo objetivo foi verificar os eventos adversos na assistência de enfermagem, destacando as doenças cardiovasculares e a percepção do enfermeiro na assistência ao paciente.

Para isso descreveu os principais aspectos relacionados à iatrogenia causadas a pacientes provocados por falhas do medicamento prescrito pelo médico e/ou dos cuidados de enfermagem, motivo pelo qual contextualiza a importância da assistência de enfermagem e da formação do profissional.

Como resposta ao problema de pesquisa, que investigou qual a percepção e a conduta do enfermeiro frente ao paciente afetado por eventos adversos de medicamentos tendo como base artigos, livros e publicações de teses e dissertações focando o tema, a leitura do material, resultados de pesquisas e dados de órgãos oficiais de saúde foi possível perceber que médicos e enfermeiros são passíveis de erros, como qualquer outro profissional.

No entanto, quando a segurança do paciente está em risco e diferentes dados estatísticos mostram que a maioria dos eventos adversos poderiam ser evitados, uma questão fundamenta desponta, ou seja, a qualidade da assistência e da formação do profissional.

Os erros e eventos adversos têm origem na prática médica, na assistência do enfermeiro e ainda na farmacovigilância hospitalar. No entanto, nada justifica o significativo número de erros que ocorrem, sendo que alguns podem dar danos permanentes e outros levarem o paciente a óbito.

Podemos, sim, aceitar que as condições de trabalho que são estressantes, ritmo acelerado, baixos salários que indica a desvalorização profissional sejam as fontes que originam esses eventos, haja vista que para ter qualidade de vida, médicos e enfermeiros atuam em jornadas de trabalho cansativas, pois prestam serviços em turnos e instituições diferentes e os plantões entre outros fatores levam ao desgaste físico, mental e emocional.

Também percebemos que a falta de formação continuada é um atributo que causa a



falha humana e esta reflete no paciente. Aprimorar e ampliar conhecimentos são uma forma de o profissional qualificar a assistência que presta ao paciente e, ainda, agregar valor à saúde, por isso, quando se fala em formação continuada para enfermeiros, médicos e outros profissionais da saúde é entender que esse processo vai além da simplicidade de discutir até onde esses profissionais estão capacitados para assumirem ou não as suas funções e responsabilidades de enfermeiros, de cuidadores e guardiões da saúde.

Portanto, pode-se concluir que a formação, a qualidade dos serviços de saúde, a qualificação profissional constituem elementos que contribuem para a redução e controle dos eventos adversos causados por medicamentos e que o cuidado no trato dos medicamentos e com os pacientes são as ações estratégicas para a efetivação de uma assistência humanizada e de qualidade. Por outro lado, a falta de formação continuada para o enfermeiro, que exerce mais de uma atividade em uma instituição hospitalar, reduz as suas possibilidades de cometer erros e sua capacidade de construir e consolidar um trabalho mais eficaz e seguro junto ao paciente.

Os resultados alcançados mostram diferentes concepções em torno de um tema de alta relevância social, profissional e acadêmica, o que mostra que este caminha ainda pode e deve ser explorado por pesquisas de maior amplitude e focado no profissional de enfermagem.

Sendo assim e de suma importância que o enfermeiro continue se atualizando, aprimorando e reciclando para incrementar seus conhecimentos, para auxiliarem na redução das falhas ocorridas.

## REFERÊNCIAS

- ALBRECHT, K. **Serviços internos**. 3 ed. São Paulo: Thomson Pioneira, 2004.
- ALFARO-LEFREVE, R. **Aplicação do processo de enfermagem**: promoção do cuidado colaborativo. trad.: Regina Garcez. 5ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed, 2005.
- ANACLETO, T. A.; ROSA, M. B.; NEIVA, H.M.; MARTINS, A. P. M. Erros de medicação. *Farmacovigilância Hospitalar: Como implantar. Farmácia Hospitalar. Pharmacia Brasileira* – p.24. Janeiro/ Fevereiro, 2010.
- ANVISA. **Segurança do Paciente e qualidade em serviços de saúde**. Brasília. v.1, n.1, p. 1-12. Jan-Jul. de 2011. Disponível em <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/f72c20804863a1d88cc88d2bd5b3ccf0/BOLETIM+I.PDF?MOD=AJPERES>> Acesso em: abr. 2014.
- ARRETCHE, M. **Estado Federativo e Políticas Sociais**: determinantes da descentralização. Rio de Janeiro: Revan, 2000.
- AVELAR, AFM et al. **Cartilha 10 passos para a segurança do paciente**. São Paulo, 2010.
- AVEZUM A; GUIMARÃES HP; PIEGAS LS. Fatores de risco associados com Infarto Agudo do Miocárdio na região metropolitana de São Paulo e no Brasil. In: Nobre F, Serrano Junior CV. **Tratado de Cardiologia SOCESP**. São Paulo (SP): Manole; 2005.
- BECARIA, L.M.; PEREIRA, R.A.M.; CONTRIN, L.M.; AJEJE, S.M.A.; TRAJANO, D.H..J. Eventos adversos na assistência de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. **Rev Bras Ter Intensiva**. 2009; 21(3):276-282. Disponível em <[www.scielo.br/pdf/rbti/v21n3/a07v21n3.pdf+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=BR](http://www.scielo.br/pdf/rbti/v21n3/a07v21n3.pdf+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=BR)>. Acesso em mai. 2014.
- BRAGA, Q. P.; BEZERRA, A. L. Q.; PARANAGUA, T. T. B.; SILVA, A. E. B. C. Percepção dos profissionais de enfermagem sobre a ocorrência de eventos adversos e incidentes na unidade de pronto socorro de um hospital da rede sentinela. **Reunião Anual da SBPC**, 58. 2006, Florianópolis. Anais eletrônicos. São Paulo: SBPC/UFSC, 2006. Disponível em: <<http://www.sbpnet.org.br/livro/63ra/conpeex/pibic/trabalhos/QUREN.PDF>> Acesso em: abr. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006
- \_\_\_\_\_. **Programa nacional de gestão pública e desburocratização – GESPÚBLICA**. 2005. Disponível em: [http://www.gespublica.gov.br/gespublica/index\\_html](http://www.gespublica.gov.br/gespublica/index_html). Acesso em abr. 2014.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 1.820. **Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde.** Diário Oficial da União – Seção 1 -Nº 155. 2009.

\_\_\_\_\_. **Gasto público com a saúde.** 2009. Disponível em <<http://www.idisa.org.br>>. Acesso em mai. 2014.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Medicina. **Demografia médica do Brasil.** 2013. Disponível em <<http://portal.cfm.org.br>>. Acesso em jun. 2014.

\_\_\_\_\_. BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde: **medicamentos usados nas doenças cardiovasculares.** Disponível em <Acesso em jun. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **MS e ANVISA anunciam ações para segurança do paciente.** Abril 2013. Disponível em:<<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/10070/162/ms-e-anvisa-anunciam-acoes-para-seguranca-do-paciente.html>> Acesso em mai. 2014.

BRUM, PC et al. Hipertensão arterial e exercício físico aeróbio. IN: Negrão, CE & Barreto, ACP. **Cardiologia do Exercício: do atleta ao cardiopata.** Manole, 2005.

CAETANO, J.A.; SOARES, E.; ANDRADE, L.M.; PONTE, R.M. Cuidado humanizado em terapia intensiva: um estudo reflexivo. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem;** 11(2):325-330, jun. 2007.

CARVALHO V.T. C. Erros na medicação: análise das situações relatadas pelos profissionais de enfermagem. **Rev Med (São Paulo)** 2000; 33: 322-330.

CECAGNO, D. **Serviço de educação continuada na enfermagem nas instituições de saúde do município do Rio Grande.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem/Saúde), FURG/RS. 2003. Disponível em <[http://www2.ufpel.edu.br/cic/2008/cd/pages/pdf/CS/CS\\_01281.pdf](http://www2.ufpel.edu.br/cic/2008/cd/pages/pdf/CS/CS_01281.pdf)>. Aceso em abr. 2014.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **PHYSIS: Ver. Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, Vol. 14 (1); 41-65, 2004.

COLOMÉ, I. C. S; LIMA, M. A. D. S; DAVIS, R. Visão de enfermeiras sobre as articulações das ações de saúde entre profissionais de equipes de saúde da família. **Rev. Esc. Enferm USP.**v.42, n.2, p.256-261. 2008.

CORBELLINI, V. L.; MARIA CRISTINA LORE SCHILLING, M. C. L. FRANTZ, S. F.; GODINHO, T. G.; URBANETTO, J. S. Eventos adversos relacionados a medicamentos: percepção de técnicos e auxiliares de enfermagem. **Rev. bras. enferm.** v.64, n.2, p. 241-247, Mar- abr. 2011.

COSTA, C. A; LUNAARDI, F. W. D; SOARES, N. V. Assistência humanizada. **Rev. Bras. Enfermagem,** Brasília, v. 56, n. 3, p. 310-314, 2003

CUNHA, ABO; SILVA, LMV. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2010, vol.26, n.4, pp. 725-737. ISSN 0102-311X. Acesso em 26 jun. 2013.

DA SILVA, L. D.; BARBOSA, S. F.; DO PRADO, M. L.; DAL SASSO, G. T. M. Erros com medicamentos no contexto hospitalar: uma revisão bibliográfica. **Evidentia, Rev. Enf. Basada en la evidencia**. v.8, p.34, abr-jun, 2011.

DELORS, J. **Educação. Um tesouro a descobrir**. São Paulo: Cortez, 2001.

DESLANDES, S. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar comunicacional. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n.1, 2004.

DILÉLIO AS, et al. **Características da utilização de serviços de Atenção Básica à Saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção**. **Rev.Ciência & Saúde Coletiva**. v.16, n.11, p.4395-4404, 2011.

D'INNOCENZO, M.; FRANCO, J.N; RIBEIRO, G.; BARROS, B.P. A. Percepção da equipe de enfermagem sobre fatores causais de erros na administração de medicamentos. **Rev. bras. enferm.** v.63 n.6. p. 927-932. Brasília Nov./Dec. 2010.

ESCRIVÃO JRA. **Uso de indicadores de saúde na gestão de hospitais públicos da região metropolitana de São Paulo: relatório de pesquisa**. São Paulo (SP): Fundação Getúlio Vargas, Escola de Administração de Empresas de São Paulo; 2004.

FACHINELLI, T. S, SOUZA, E. N.; CECCHETTO, F. H. Iatrogenia ou Evento Adverso: percepção da equipe de enfermagem. **Rev. Enferm. UFPE online**. V.4, n.3,p.1377-1383. Jul/set 2010.

FENSTERSEIFER LM, GASPERIN D. As modificações do estilo de vida para hipertensos. **Rev. Gaúcha Enferm.** v.27, n.3, p.372-378, set. 2006.

FIOCRUZ. **Pesquisa sobre eventos adversos segue em destaque na mídia**. 2013. Disponível em <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/33367>>. Acesso em mai. 2014.

FRANCO, J. N; RIBEIRO, G.; D'INNOCENZO, M.; Barros, B. P. A.Percepção da equipe de enfermagem sobre fatores causais de erros na administração de medicamentos. **Rev. bras. enferm.** v.63 n.6. p. 927-932. Brasília Nov./Dec. 2010.

GALLOTTI, R.M.D. **Eventos adversos e óbitos hospitalares em serviço de emergências clínicas de um hospital universitário terciário: um olhar para a qualidade da atenção**. 2003. Disponível em <<http://bases.bireme.br/LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=408865&indexSearch=ID>>Acesso em mai. 2014.

GAMA, A.; SATURNO, P.J.; **A segurança do paciente inserida na gestão da qualidade dos serviços de saúde**. 2013. Cap. III. Disponível em <http://www.um.es/calidadsalud/archivos/capitulo-%20Assistencia%20Segura.pdf>>. Acesso em jun 2014.

GAMA, BIASI, RUAS, Prevalência dos fatores de risco para as doenças cardiovasculares em pacientes da rede SUS da UBS Progresso da Cidade de Erechim. **PERSPECTIVA**, Erechim. v.36, n.133, p.63-72, março/2012. Disponível em < [http://www.uricer.edu.br/new/site/pdfs/perspectiva/133\\_251.pdf](http://www.uricer.edu.br/new/site/pdfs/perspectiva/133_251.pdf)>. Acesso em jun. 2014.

GENTIL, R.C.; RAMOS, L.H.; WHITAKER, I.Y. Capacitação de enfermeiros em atendimento pré-hospitalar. **Rev. Latino-am Enfermagem**. v.16, n.2, p. XX-xx, mar-abr. 2008. Disponível em <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/pt\\_04.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/pt_04.pdf)>. Acesso em 27 abr. 2013.

GIL, A. C. **Administração de recursos humanos**. São Paulo: Atlas, 2001.

GOUVEA, S.S.D., TRAVASSOS, C. Indicadores de segurança do paciente para hospitais de pacientes agudos: revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 26(6):1061-1078, jun, 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n6/02.pdf>>.

GUEDES, N.G. et al. **Intervenções de enfermagem relacionadas à promoção da saúde em portadores de hipertensão**. 2010. Disponível em < <http://www.unifesp.br/acta/artigo.php?volume=25&ano=2012&numero=1&item=26>>. Acesso em 14 mai. 2013.

GURGEL JR, G.D; VIEIRA, M. M. F. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, 2002.

JÚNIOR, AE. Uso de indicadores de saúde na gestão de hospitais públicos da Região Metropolitana de São Paulo. In: Fundação Getúlio Vargas. **Relatório de Pesquisa nº. 9**. 2004. Disponível em <<http://gvpesquisa.fgv.br>>. Acesso em 22 jun. 2013.

KURCGANT, P. et al. Indicadores de qualidade e a avaliação do gerenciamento de recursos humanos em saúde. **Rev. Esc. Enferm USP**, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342009000600004&lang=pt&tlng=>](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000600004&lang=pt&tlng=>)>. Acesso em mai. 2014.

LABADDIA, L. L.; MATSUSHITA, M. S.; PIVETA, V. M.; VIANA, T. A.; CRUZ, F. S. L. O processo de acreditação hospitalar e a participação da enfermeira. **Revista de Enfermagem**, UERJ.2004;12(1):83-7. Disponível em < <https://www.univates.br/bdu/bitstream/10737/416/1/RosanaKalsing.pdf>>. Acesso em jun. 2014.

LA FORGIA, G. M.; COUTTOLENC, B. F. **Desempenho hospitalar no Brasil**: em busca da excelência. São Paulo: Singular, 2009.

LAS CASAS, AL. **Qualidade total em serviços**: conceitos, exercícios, casos práticos.4. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

LEOPARDI, M. T; GELBCKE, F. L; RAMOS, F. R.S. Cuidado: objeto de trabalho ou

objeto epistemológico da enfermagem? **Revista Texto & Contexto**, Florianópolis, vol. 10, n. 1, p.32-49, jan./ abr. 2001.

LOBO MSC; BLOCH KV; FISZMAN R; OLIVEIRA MR; RIBEIRO VJP. Sistema de Informações dos Hospitais Universitários (SIHUF/MEC): um banco de dados administrativo. **Cadernos de Saúde Coletiva**, 2006, 14 (1): 149 – 162

MACIEL ICF, ARAÚJO TL. **Consulta de enfermagem**: análise das ações junto a programas de hipertensão arterial em Fortaleza. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2003 Mar- Abr.; 11 (2): 20 -14.

MAGALHÃES, L. M. T.; IDE, C. A. C. **O ensino superior em enfermagem e o desafio da mudança**: os referenciais de um novo processo de formação. 2000. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo.

MALIK, A.M.; TELES, J.P. **Qualidade em saúde**. São Paulo, EAESP – FGV/NPP, 2000.

MARINHO A. **Hospitais Universitários**: indicadores de utilização e análise de eficiência. Texto para Discussão/IPEA. Rio de Janeiro, n. 833, 2001.

MIASSO, A. I.; CRIS RENATA GROU, C. R.; CASSIANI, S. H. B.; SILVA, A. E. B. C; FAKIH, F. T. Erros de medicação: tipos, fatores causais e providências tomadas em quatro hospitais brasileiros. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo. v.40, n.4, p. 524-532, Dez. 2006.

MION JR, D.; NOBRE, F. **Risco cardiovascular global**: da teoria a prática. 2.ed. São Paulo: Lemos-Editorial, 2000.

NASCIMENTO, K. C. et al. Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. **Rev. Esc. Enferm USP**. v.42, n.4, p.643-648. 2008. Disponível em <<http://www.unifil.br/portal/arquivos/publicacoes/paginas/2012.pf>>. Acesso em abr. 2014.

NORONHA, M.F. **Classificação de hospitalizações em Ribeirão Preto**. Paulo: FSP – USP, 2001 (Tese de Doutorado).

OLIVEIRA, R. B. **Eventos adversos com medicamentos favorecidos pelo sistema de medicação de um hospital público no município do Rio de Janeiro**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, p. 151, 2010.

OLIVEIRA, J.R.; XAVIER, R.M.F.; JÚNRIOR, 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.