

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**LIDIANE MIRANDA MILAGRES**

**GESTÃO DE RISCOS PARA SEGURANÇA DO PACIENTE: O  
ENFERMEIRO E A NOTIFICAÇÃO DOS EVENTOS ADVERSOS**

**JUIZ DE FORA – MG  
JULHO DE 2015**

LIDIANE MIRANDA MILAGRES

**GESTÃO DE RISCOS PARA SEGURANÇA DO PACIENTE: O  
ENFERMEIRO E A NOTIFICAÇÃO DOS EVENTOS ADVERSOS**

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-graduação Stricto Sensu da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Tecnologia e comunicação no cuidado em saúde e enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Sonia Maria Dias

**JUIZ DE FORA – MG  
JULHO DE 2015**

LIDIANE MIRANDA MILAGRES

## GESTÃO DE RISCOS PARA SEGURANÇA DO PACIENTE: O ENFERMEIRO E A NOTIFICAÇÃO DOS EVENTOS ADVERSOS

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-graduação Stricto Sensu da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Data de aprovação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### BANCA EXAMINADORA:

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Sonia Maria Dias – Orientadora  
Universidade Federal de Juiz de Fora

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Edinêis de Brito Guirardello - Titular  
Universidade Estadual de Campinas

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Heloísa Campos Paschoalin - Titular  
Universidade Federal de Juiz de Fora

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Daisy Maria Rizatto Tronchin - Suplente  
Universidade de São Paulo

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Edna Barbosa de Castro - Suplente  
Universidade Federal de Juiz de Fora

**JUIZ DE FORA – MG  
JULHO DE 2015**

*Dedico esta dissertação aos meus pais, que, desde os meus primeiros passos, estimularam meu desenvolvimento intelectual. Amo vocês!*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por sempre me indicar a melhor direção.

À minha mãe, Isabel, e ao meu pai, Luiz Carlos, exemplos de bondade, caráter, dignidade e ética, pelo constante estímulo e apoio.

Ao meu marido, Cris, pelo amor e parceria incondicional em todos os momentos dos últimos 13 anos de nossas vidas.

Aos meus irmãos, Luiza e Cacau, pela amizade, torcida e incentivo.

Aos familiares e amigos pelo carinho, lealdade e por entenderem minha ausência neste período de dedicação ao mestrado.

À orientadora, Prof<sup>a</sup>. Sonia Maria Dias, pelo acolhimento, contribuições, disponibilidade, por apoiar as minhas sugestões e por compreender as minhas dificuldades cotidianas.

Aos professores do mestrado, especialmente às professoras Heloísa Campos Paschoalin, Edna Barbosa de Castro e Vânia Maria Freitas Bara, pela consideração, apoio e contribuições essenciais.

À coordenação e secretaria do mestrado pelo carinho, presteza e disponibilidade.

Aos colegas de turma por terem compartilhado comigo aprendizado, angústias e conquistas.

À Prof<sup>a</sup> Edinêis de Brito Guirardello pela disponibilidade e importantes contribuições, que me auxiliaram a reconduzir a fundamentação teórica; e à Prof<sup>a</sup> Daisy Maria Rizzato Tronchin pela disponibilidade e solicitude.

À Direção e à RT de enfermagem do Hospital Regional João Penido – FHEMIG - pelo apoio ao desenvolvimento deste estudo.

Aos enfermeiros que participaram da pesquisa com tanta consideração.

## RESUMO

Este estudo trata da gestão de risco como estratégia para segurança do paciente. Tem por objeto de estudo o processo de notificação dos eventos adversos. Os objetivos traçados foram: identificar o conhecimento de enfermeiros acerca de evento adverso, gestão de risco e segurança do paciente; descrever, a partir de relatos de enfermeiros, suas ações frente à ocorrência de evento adverso no cenário de seu trabalho; descrever as facilidades e dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros para a notificação de evento adverso. Utilizou-se como metodologia um estudo de natureza exploratória com abordagem qualitativa, cujo cenário foi um hospital geral público situado em uma cidade da Zona da Mata mineira. Como referencial teórico, utilizaram-se estudos sobre segurança do paciente, gestão de riscos e notificação de incidentes e eventos adversos. A coleta de dados foi realizada através de entrevista semiestruturada, no período de novembro a dezembro de 2014, com 20 enfermeiros que exercem suas atividades laborais no referido serviço, e as respostas foram analisadas por meio da técnica de análise de conteúdo, emergindo três categorias temáticas: o saber do enfermeiro acerca de evento adverso, gestão de risco e segurança do paciente; o fazer do enfermeiro diante de um evento adverso; e facilidades e dificuldades encontradas pelos enfermeiros na notificação de evento adverso. Os resultados permitiram identificar que os enfermeiros dominam os temas evento adverso, gestão de riscos e segurança do paciente. Quanto à aplicabilidade das etapas do processo de notificação de eventos adversos, ficou evidente que a notificação desses eventos é uma prática cotidiana de enfermeiros, entretanto, nos depoimentos de alguns profissionais, observaram-se lacunas na notificação, que favorecem a subnotificação de eventos adversos. A análise temática do discurso dos sujeitos também permitiu expressar que, durante o processo de notificação dos eventos adversos, o enfermeiro se depara com aspectos que facilitam e dificultam este processo. Considerou-se que há atitudes profissionais favoráveis à notificação e também aquelas que interferem no sucesso do processo de notificação de eventos adversos, merecendo enfoque nos treinamentos, que podem ser utilizados como ferramenta para auxiliar na melhoria da segurança do paciente.

**Palavras-chave:** segurança do paciente, gerenciamento de segurança, equipe de enfermagem.

## ABSTRACT

This study deals with risk management as a strategy for patient safety. Its object of study is the process of notification of adverse events. The objectives were: to identify the knowledge of nurses about adverse events, risk management and patient safety; describe, starting from nurses reports, their actions toward the occurrence of adverse events in the setting of their work; to describe the advantages and difficulties faced by nurses to the adverse event notification. It was used as a study methodology exploratory qualitative approach, whose scenario was a public general hospital located in a city in Zona da Mata mineira. As a theoretical framework, we used studies of patient safety, risk management and reporting incidents and adverse events. Data collection was conducted through semi-structured interviews, from november to december 2014, with 20 nurses who perform their labor activities of the service, and the answers were analyzed using content analysis technique, emerging three thematic categories: knowledge of nurses about adverse events, risk management and patient safety; do the nurse before an adverse event; and facilities and difficulties encountered by nurses in adverse event notification. The results showed that nurses dominate the adverse event issues, risk management and patient safety. The applicability of the steps of adverse event reporting process, clarified that the notification of adverse events is a daily practice of nurses, however, the statements of some professionals, found gaps in the notification, which favor underreporting of adverse events. The subject of discourse thematic analysis also allowed to express that during the process of notification of adverse events, the nurse is faced with aspects that facilitate and hinder this process. There were considered to professional attitudes favorable to the notification and also those that affect the success of adverse event notification process, deserving focus on training, which can be used as a tool to assist in improving patient safety.

**Keywords:** patient safety, security management, nursing staff.

**LISTA DE FIGURAS**

<b>Figura 1-</b>	Modelo do Queijo Suíço de James Reason.....	26
<b>Figura 2 -</b>	Dinâmica do Sistema de Modelos Gerais de Erros.....	28
<b>Figura 3 -</b>	Processo de Gestão de Riscos.....	31



## LISTA DE QUADROS

**Quadro 1** - Áreas de ação do Programa de Segurança do Paciente da OMS... 19

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AHRQ	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APSF	<i>Australian Patient Safety Foundation</i>
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN-SP	Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo
DSPS	<i>Danish Society for Patient Safety</i>
EA	Evento Adverso
FHEMIG	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
GEMS	<i>Generic Error-modelling System</i>
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IACS	Infecções Associadas aos Cuidados da Saúde
IHI	<i>Institute for Healthcare Improvement</i>
JCAHO	<i>Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizatons</i>
JCI	<i>Joint Commission International</i>
NAS	<i>Nursing Activities Score</i>
NBR	Norma Brasileira de Regulamentação
NHS	<i>National Health Service</i>
NOTIVISA	Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária
NPSA	<i>National Patient Safety Agency</i>
NPSF	<i>National Patient Safety Foundation</i>
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PSP	Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
REBRAENSP	Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente
Rede RM	Rede Nacional de Monitoramento da Resistência Microbiana
SGQ	Serviço de Gestão da Qualidade
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHO	<i>World Health Organization</i>

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
	OBJETIVOS.....	15
<b>2</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....</b>	<b>16</b>
2.1	HISTÓRICO DA SEGURANÇA DO PACIENTE.....	16
2.2	O ERRO .....	24
2.3	A GESTÃO DE RISCOS.....	29
2.3.1	<b>O Processo de notificação dos incidentes e eventos adversos.....</b>	<b>36</b>
<b>3</b>	<b>PERCURSO METODOLÓGICO.....</b>	<b>41</b>
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS.....</b>	<b>46</b>
4.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	46
4.2	CATEGORIAS ELENCADAS.....	48
4.2.1	<b>O saber do enfermeiro acerca de evento adverso, gestão de risco e segurança do paciente .....</b>	<b>48</b>
4.2.2	<b>O fazer do enfermeiro diante de um evento adverso.....</b>	<b>52</b>
4.2.3	<b>Facilidades e dificuldades encontradas pelos enfermeiros na notificação de evento adverso.....</b>	<b>58</b>
4.2.3.1	<b>Facilidades.....</b>	<b>59</b>
4.2.3.2	<b>Dificuldades.....</b>	<b>66</b>
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>78</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>82</b>
	<b>APÊNDICE.....</b>	<b>95</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>96</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A questão da segurança da assistência aos pacientes nas instituições parece um assunto tão óbvio e incorporado ao cotidiano que, quando noticiada pela mídia a ocorrência de erros na assistência à saúde, como cirurgias em locais e pacientes errados e superdosagens de medicações, entre outros, a reação é de perplexidade. Entretanto, apesar do cuidado em saúde trazer enormes benefícios a todos os envolvidos, a ocorrência de erros é possível, e os pacientes podem sofrer graves consequências, até mesmo o óbito (CARVALHO *et al.*, 2012).

Wachter (2013) sugere que a segurança do paciente deve ser valorizada, mais do que nunca, principalmente nos hospitais, onde os profissionais trabalham em busca do melhor para os pacientes, mas que, devido à elevada complexidade, estes podem estar em risco só pelo fato de lá se encontrarem. Nos hospitais, a chance de o erro acontecer é elevada pelo fato de a prestação de serviços estar ligada a complexas interações entre pessoas, instalações, equipamentos e medicamentos.

Conforme um estudo realizado por Aiken *et al.* (2012), em 12 países da Europa e nos Estados Unidos, o pessoal de enfermagem e a qualidade do ambiente de trabalho (suporte gerencial para o cuidado de enfermagem, bom relacionamento médico-enfermeiro, a participação do enfermeiro na tomada de decisões e as prioridades organizacionais sobre a qualidade dos cuidados) foram significativamente associados com a satisfação do paciente e qualidade e segurança do cuidado. Este estudo ainda aponta que a existência de uma força de trabalho de enfermagem qualificada e comprometida é determinante para melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados hospitalares e que a melhoria do ambiente de trabalho hospitalar pode ser uma estratégia organizacional, que pode contribuir para a melhoria da saúde.

Reconhecendo que a qualidade da assistência de enfermagem contribui, de forma direta, para uma boa evolução do quadro de saúde dos pacientes e sua satisfação diante dos cuidados recebidos e que essa qualidade está intimamente relacionada com a segurança da assistência prestada pela equipe de enfermagem, pretende-se com o presente estudo responder às seguintes indagações: como os enfermeiros de um hospital público agem diante da ocorrência de um evento

adverso? Quais são suas facilidades e dificuldades para notificar um evento adverso?

Para compreendermos melhor este estudo, é importante que conheçamos alguns conceitos. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define segurança do paciente como redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde, sendo dano compreendido como o comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo ser físico, social ou psicológico. Já incidente trata-se de um evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente, sendo que pode ser uma circunstância relatada, um quase erro (*near miss*), um incidente sem dano ao paciente ou um incidente com dano ao paciente, conhecido como evento adverso (EA). E o risco é entendido como probabilidade de um incidente ocorrer (WHO, 2009).

Nas últimas décadas, diante de vários estudos evidenciando a ocorrência de eventos adversos nas instituições de saúde ao redor do mundo, a preocupação com a segurança do paciente tornou-se assunto prioritário na área da saúde.

Em 1974, Mills (1978) comandou o primeiro estudo que utilizou como método a revisão retrospectiva de prontuários para avaliar a incidência de eventos adversos (EAs) em hospitais. Este estudo foi realizado na Califórnia e constatou que a incidência de eventos adversos era de 4,65%. Entretanto, foi o *The Harvard Medical Practice Study*, conduzido por Brennan et al. (1991), em hospitais do estado de Nova York, que tornou conhecida a magnitude dos problemas de segurança do paciente. Este estudo constatou uma incidência de EAs de 3,7%.

Posteriormente outros estudos foram realizados utilizando a mesma metodologia de revisão retrospectiva de prontuários e confirmaram uma alta incidência de eventos adversos, sendo 16,6% - Austrália (WILSON *et al*, 1995), 10,8% - Inglaterra (VINCENT *et al*, 2001), 11,3% - Nova Zelândia (DAVIS *et al*, 2001), 9% - Dinamarca (SCHIOLER *et al*, 2001), 14,5% - França (MICHEL *et al*, 2004) e 7,5% - Canadá (BAKER *et al*, 2004). A proporção de EAs evitáveis encontrada foi de 50,3%, 52%, 61,6%, 40,4%, 27,6% e 36,9% respectivamente.

Um estudo realizado por Aranaz-Andrés *et al*. (2011), envolvendo 58 hospitais localizados na Argentina, Colômbia, Costa Rica, México e Peru, buscou mais informações sobre a ocorrência de danos ao paciente em países em

desenvolvimento ou em transição. Este estudo constatou que de um total de 11.379 pacientes, 1.191 tiveram pelo menos um EA relacionado ao atendimento recebido e a taxa de prevalência foi estimada em 10,5%, sendo que mais de 28% causaram alguma deficiência, 6% foram associados à morte do paciente e quase 60% foram considerados evitáveis.

No Brasil, a avaliação da incidência de EAs foi realizada por Mendes *et al.* (2009), em três hospitais no Rio de Janeiro. Os autores levantaram que a incidência de EA foi de 7,6%, e, destes, 67% foram classificados como evitáveis. O estudo mostrou que os EAs mais frequentes foram as infecções associadas aos cuidados da saúde (IACS), como observado em outros países em desenvolvimento, representando 24,6% dos EAs evitáveis, seguidas das complicações cirúrgicas e/ou anestésicas, 20%; atraso ou falha no diagnóstico e/ou tratamento, 18,4%; úlceras por pressão, 18,4%; complicações na punção venosa, 7,7%; quedas, 6,2%; e danos em consequência da administração de medicamentos, 4,6%. O estudo sugere que os EAs evitáveis representem um sério problema para o cuidado hospitalar no Brasil, e que este cenário pode ser modificado por ações que não requerem demasiada complexidade tecnológica.

A Organização Mundial da Saúde enfatiza que a segurança do paciente é uma questão que afeta os países em todos os níveis de desenvolvimento, sendo que as estimativas deste problema ainda são escassas, principalmente em países em desenvolvimento, onde possivelmente milhões de pacientes, a cada ano, sofrem lesões incapacitantes ou morrem devido aos erros nos cuidados de saúde (WHO, 2008)

Os sistemas de saúde dos países em desenvolvimento e em transição enfrentam desafios e graves ameaças à saúde, em um contexto de escassez de recursos e pouca infraestrutura. Assim, entender “se”, “quanto”, “por que” e “como” os pacientes sofrem danos através dos sistemas de saúde é essencial para que ações corretivas mais eficazes e eficientes sejam adotadas (WILSON *et al.*, 2012).

Mendes *et al.* (2013) salientam que é importante que os gestores, profissionais de saúde e pesquisadores conheçam as características dos EAs evitáveis e que estes podem ser mitigados pela adoção de intervenções que minimizem o risco. E, ainda, que métodos simples podem ser elaborados e testados, buscando monitorar e evitar, em tempo real, os incidentes, os quais têm

possibilidade de resultar em prejuízos físicos, emocionais e financeiros para o paciente e para os profissionais envolvidos em seu cuidado.

A gestão focada na qualidade e na segurança do paciente abrange princípios e diretrizes como a criação de cultura de segurança, a execução dos processos de gestão de risco, a integração com todos os processos de cuidado e articulação com os processos organizacionais, a adoção das melhores evidências, a transparência, a inclusão, a responsabilização e a sensibilização e capacidade de reagir a mudanças (BRASIL, 2013b).

A gestão de risco, um recurso valioso para a segurança do paciente, é entendida como a “aplicação sistêmica e contínua de iniciativas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional” (BRASIL, 2013a, p.2).

Neste contexto, a gestão de risco, quando implementada de forma eficaz, apresenta-se como uma estratégia capaz de diminuir o risco de dano desnecessário ao paciente e aumentar a segurança do paciente.

Silva (2013) ressalta que um dos pilares dos processos de gestão de risco é utilizar e encorajar o relato e a investigação de eventos como ferramenta de qualidade na assistência e que uma das estratégias é a notificação destes eventos, a análise e condutas decorrentes, para evitar novos eventos relacionados à mesma causa. E, também, que a implementação desses mecanismos de registro deve estar atrelada a uma filosofia institucional que privilegie a responsabilidade e o comprometimento de cada profissional.

A notificação voluntária, que consiste na comunicação de eventos adversos e demais incidentes, encaminhada por profissionais de saúde ou pacientes, espontaneamente, é o método mais utilizado ao redor do mundo para coletar informações sobre incidentes, tornando-se mais eficiente com a participação ativa dos funcionários (MURFF *et al.*, 2003).

Para Capucho, Arnas e Cassiani (2013), a principal dificuldade da notificação voluntária é a subnotificação, que ocorre por diversos fatores, entre eles o medo, a culpa, a vergonha, a autopunição, medo da crítica de outras pessoas e do litígio, e que é muito comum em vários países. Além disso, para estes mesmos autores, há a alegação de dificuldade para realizar uma notificação com a extensão e a natureza

do que deve ser relatado, o tipo de sistema de notificação, a facilidade para enviá-la, a existência de incentivos e de obstáculos.

Verifica-se também que ainda predomina a percepção de que falhas na segurança do paciente resultam apenas em ações punitivas para o profissional, e isso impede que o assunto seja discutido com vistas à melhoria do cuidado em saúde e à redução de riscos ao paciente (CARVALHO *et al.*, 2012).

Diante do que foi exposto, este estudo tem como objeto de investigação o processo de notificação de eventos adversos pelo enfermeiro. A inquietude em relação ao tema surgiu quando se passou a entender a magnitude do problema, pelo fato de se acreditar que a subnotificação, ou seja, a não notificação de todos os eventos ocorridos, prejudica a identificação de eventos adversos e a correção das possíveis falhas existentes no processo. Por sua vez, a ausência de correção das falhas e a ocorrência de eventos adversos colocam em risco a segurança do paciente, com possibilidade de incorrer em danos leves a graves, podendo levá-lo ao óbito.

Entende-se que a pesquisa possa contribuir para o campo da enfermagem, uma vez que coloca a atuação do enfermeiro como imprescindível para garantir qualidade e segurança aos pacientes, as quais são tidas como prioridades na agenda política dos Estados-Membros da Organização Mundial de Saúde. Espera-se que este estudo contribua para o desenvolvimento das pesquisas sobre a temática e para o reconhecimento de sua importância, tanto no âmbito das organizações hospitalares quanto para profissionais de saúde, em especial os enfermeiros.

Para tanto, foram traçados os seguintes objetivos:

- Identificar o conhecimento de enfermeiros acerca de evento adverso, gestão de risco e segurança do paciente;
- Descrever, a partir de relatos de enfermeiros, suas ações frente à ocorrência de evento adverso no cenário de seu trabalho;
- Descrever as facilidades e as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros para a notificação de evento adverso.



## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A segurança do paciente, pela magnitude do problema e diante de tantos resultados negativos da assistência em saúde, representa um dos maiores desafios para os serviços de saúde, e todo este contexto tem mobilizado o mundo na busca por estratégias que assegurem uma assistência em saúde de qualidade e segura.

Desta forma, este capítulo apresenta uma revisão de literatura sobre os temas “segurança do paciente”, “erro” e “gestão de risco”, os quais visam embasar o presente estudo e sustentar a análise e discussão dos dados. É composto pelos seguintes tópicos: Histórico da segurança do paciente; O erro; A gestão de risco.

Para levantamento da bibliografia afim, utilizaram-se os descritores da biblioteca virtual de saúde, denominados: segurança do paciente, gestão de segurança, equipe de enfermagem.

### 2.1 HISTÓRICO DA SEGURANÇA DO PACIENTE

Há mais de 2 mil anos, Hipócrates, respeitado como o pai da medicina, escreveu “*Nunca causarei dano a ninguém*”, o que, após um tempo, foi traduzido como “*Primum non nocere*” ou “*primeiro não causar dano*”. Através de sua fala, é possível notar que, mesmo num contexto assistencial elementar, Hipócrates considerou os atos assistenciais passíveis de equívoco e a segurança do paciente como algo importante. Ao longo dos anos, em 1863, Florence Nightingale, precursora da enfermagem moderna, escreveu: “Pode parecer estranho enunciar que a principal exigência em um hospital seja não causar dano aos doentes” (WACHTER, 2013). Desta forma, percebe-se que a preocupação com a segurança do paciente é algo que perpassa por várias gerações.

Ernest Codman, um cirurgião de Boston, em 1911, estudou casos de pacientes que incluíam falhas ocorridas no tratamento. Porém, foi após a criação da *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), em 1918, pelo Colégio Americano de Cirurgiões, que surgiu o primeiro trabalho: *Diseases of Medical Progress*. Este trabalho mostrou a prevalência e evitabilidade de doenças iatrogênicas, tidas como o resultado de um procedimento ou uma ocorrência prejudicial, que não foi uma consequência natural da doença do paciente (WACHTER, 2013).

Em 1990, James Reason, psicólogo britânico, publicou o livro intitulado *Human Error*, abordando a segurança do paciente e definindo erro como a incapacidade de uma ação planejada ser concluída ou entendida (erro de execução) ou o uso de um plano errado para atingir um objetivo (erro de planejamento) (REASON, 2009). Esta publicação mudaria de uma vez por todas a forma como o erro seria abordado, o que será tratado mais à frente.

Outras evidências da ocorrência de eventos adversos começaram a surgir, como a publicação de um importante estudo realizado em Harvard, em 1991, através da análise retrospectiva de prontuários de pacientes. Neste estudo, das 30.121 admissões em 51 hospitais de Nova Iorque, foi encontrada uma taxa de 3,7% de eventos adversos com drogas, que levaram ao prolongamento da estadia hospitalar ou produziram sequelas nos pacientes, sendo 69% causados por erro médico e 14% fatais (BRENNAN et al.,1991). Este estudo foi de grande impacto na comunidade americana na época.

No ano de 1996, a *American Medical Association (AMA)* anunciou a formação da *National Patient Safety Foundation (NPSF)* com o objetivo de garantir que os pacientes e aqueles que cuidam deles estejam livres de danos (NPSF, 2015).

Entretanto, foi na virada deste século, que um esforço sistemático para melhorar a segurança do paciente começou, impulsionado pela publicação do relatório do Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América (IoM), intitulado "Errar é humano ". Em 1999, este relatório trouxe à tona a questão dos eventos adversos (EA) e da segurança do paciente, resultando em maior atenção da mídia e dos profissionais de saúde de todo o mundo. Destacava que cerca de 44 mil a 98 mil pessoas morriam todos os anos, nos Estados Unidos, vítimas de erros médicos e que 7 mil destes casos estavam relacionados aos erros com medicação (KOHN, CORRIGAN e DONALDSON, 2000).

A partir dessa, outras ações para melhoria da segurança do paciente vêm sendo desenvolvidas por diversos governos ou através de iniciativas independentes. Em alguns países, foram criadas agências especializadas com o objetivo de estudar e propor medidas de melhoria, das quais são exemplos: a *National Patient Safety Agency* no Reino Unido (NPSA, 2015); a *Danish Society for Patient Safety*, na Dinamarca (DSPS, 2015); e a *Australian Patient Safety Foundation*, na Austrália (APSF, 2015). Nos EUA, a *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)* foi

criada com a missão de melhorar a qualidade, a segurança, a eficiência e a efetividade do cuidado à saúde para os americanos (AHRQ, 2015).

Em 2002, diante da repercussão internacional do tema, a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou um grupo de trabalho com o intuito de estudar metodologias para avaliar os riscos para a segurança do paciente nos serviços de saúde de forma sistemática, com foco em metodologias que avaliaram a natureza e a magnitude do agravo causado pelos EAs (WHO, 2003).

Um momento muito importante para a segurança do paciente foi a criação pela OMS da Aliança Mundial para Segurança do Paciente, por meio de resolução aprovada durante a 57ª Assembleia Mundial da Saúde em 2004. Nesta assembleia, recomendou-se aos países membros atenção ao tema Segurança do Paciente e, desde então, tem sido prioridade na agenda política dos Estados-Membros da OMS (ANVISA, 2011; BRASIL, 2013; WHO, 2013a).

A Aliança Mundial para Segurança do Paciente visa socializar os conhecimentos e as soluções encontradas, conscientizar e conquistar o compromisso político, lançando programas, gerando alertas sobre aspectos sistêmicos e técnicos e realizando campanhas internacionais que reúnam recomendações destinadas a garantir a segurança dos pacientes ao redor do mundo (ANVISA, 2011; WHO, 2013a).

A OMS acrescenta que um dos elementos centrais desta Aliança é o Desafio Global, que lança a cada período um novo desafio, ou seja, um tema prioritário e as ações necessárias para minimização de risco de dano desnecessário ao paciente relacionadas a este tema, para adoção pelos Estados Membros da OMS (WHO, 2008). Para ilustrar, os Desafios Globais já lançados se encontram descritos na Área de Ação 1, entre as 13 Áreas de Ação do Programa Segurança do Paciente, como consta no Quadro 1, a seguir:

### Quadro 1 - Áreas de ação do Programa de Segurança do Paciente da OMS.

<b>Área de ação 1</b>	<b>O Desafio Global para a Segurança do Paciente</b> pressupõe comprometimento e ações em segurança do paciente para minimização de risco em todos os países. Em 2005, foi lançado o primeiro Desafio Global para a Segurança do Paciente, focado na prevenção e redução de infecções, com o tema “Uma Assistência Limpa é uma Assistência mais Segura”. Em 2007, o segundo Desafio Global de Saúde do Paciente teve foco na segurança cirúrgica, com o tema “Cirurgia Seguras salvam Vidas”.
<b>Área de ação 2</b>	<b>Pacientes pela Segurança do Paciente</b> asseguram que a voz do paciente esteja no centro do movimento pela saúde do paciente em todo o mundo.
<b>Área de ação 3</b>	<b>Pesquisa em Segurança do Paciente</b> envolve pesquisas internacionais para o conhecimento da natureza do dano ao paciente e desenvolvimento de ferramentas de prevenção.
<b>Área de ação 4</b>	<b>Taxonomia/Classificação Internacional para Segurança do Paciente</b> desenvolve um sistema internacionalmente aceito de classificação da informação em segurança do paciente, promovendo efetivo aprendizado global.
<b>Área de ação 5</b>	<b>Relato e Aprendizagem</b> promovem ferramentas valiosas de notificação, análise, investigação e abordagens que identificam fontes e causas de riscos, propiciando a realização de ações de aprendizado e prevenção de eventos adversos.
<b>Área de ação 6</b>	<b>Soluções para Segurança do Paciente</b> tratam de intervenções e ações práticas para prevenção de dano ao paciente.
<b>Área de ação 7</b>	<b>High 5S</b> difunde boas práticas para a mudança organizacional, clínica e de equipe, como: cuidados no preparo de soluções concentradas de eletrólitos; controle da medicação nas transições de cuidado; realização de procedimentos corretos nos sítios corretos; prevenção de falhas de comunicação durante a passagem de plantão; prevenção e redução de Infecção relacionada à assistência à saúde (IRAS).
<b>Área de ação 8</b>	<b>Tecnologia para Segurança do Paciente</b> foca na utilização de novas tecnologias para promoção da segurança do paciente.
<b>Área de ação 9</b>	<b>Gerenciando conhecimento</b> irá reunir e compartilhar conhecimentos sobre a evolução mundial da segurança do paciente.
<b>Área de ação 10</b>	<b>Eliminando infecção da corrente sanguínea associada a cateter central</b> concentrará esforços mundiais para ações de prevenção, controle e eliminação deste tipo de infecção em serviços de saúde.
<b>Área de ação 11</b>	<b>Educação para cuidado seguro</b> desenvolve guias curriculares para estudantes da área da saúde, voltados para a segurança do paciente.
<b>Área de ação 12</b>	<b>Prêmio de segurança</b> envolverá prêmios internacionais de excelência no campo da segurança do paciente, impulsionando mudança e melhoria nesta área.
<b>Área de ação 13</b>	<b>Check-lists para a área da saúde</b> vêm desenvolvendo outras listas de verificação de segurança em serviços de saúde, após averiguação do sucesso da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica na diminuição da morbidade e mortalidade de pacientes, tais como: check-lists para Influenza A (H1N1), parto seguro e segurança do recém-nascido.

Fonte: ANVISA, 2011; WHO, 2013b.

No que se refere à área de ação 6, apresentada no Quadro 1, a OMS, em 2005, designou a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*

(JCAHO), reconhecida como líder em segurança do paciente e na certificação de qualidade em serviços de saúde e, sua vertente, a *Joint Commission International (JCI)*, como o Centro Colaborador da OMS em “Soluções para a Segurança do Paciente”, tratando de intervenções e ações práticas para prevenção de dano ao paciente (JCI, 2013a, WHO, 2007).

Outra ação da OMS, com o objetivo de ajudar na redução do número de vítimas de danos relacionados com os cuidados de saúde e visando aumentar a segurança do paciente, foi o lançamento, em 2007, das “Nove soluções para a segurança do paciente”. São baseadas em intervenções e ações que reduziram os erros médicos mais comuns em alguns países e abordam o seguinte: os problemas de nomes de medicação com grafia e pronúncia semelhantes; a identificação de pacientes; a comunicação durante transferência de pacientes; a execução de procedimento correto no local correto do corpo (lateralidade); o controle de soluções com eletrólitos de alta concentração; a garantia da precisão da medicação durante a transição dos cuidados; a prevenção de erros na conexão de cateteres e tubos; o uso único de dispositivo para injeção; e a melhoraria na adesão à higienização das mãos para prevenção de infecção associada aos cuidados de saúde. Desta forma, oferecem um importante recurso na prevenção de mortes e lesões evitáveis (WHO, 2007).

Como resposta aos fatos e consequências de erros humanos, a OMS lançou, em 2011, as seis metas internacionais para a segurança do paciente, com a finalidade de promover melhorias específicas em áreas problemáticas da saúde, descrevendo soluções baseadas em provas e especialistas na área. São elas: 1. Identificar os pacientes corretamente; 2. Melhorar a efetividade da comunicação entre profissionais da assistência; 3. Melhorar a segurança de medicações de alta vigilância (*high-alert medications*); 4. Assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto; 5. Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde e 6. Reduzir o risco de lesões aos pacientes, decorrentes de quedas. A quarta edição do “*Joint Commission International Accreditation Standards for Hospital*”, que contém os padrões internacionais para a acreditação hospitalar, no capítulo que se refere aos Objetivos Internacionais para a Segurança do Paciente (*International Patient Safety Goals - IPSG*), traz estas metas para adoção pelas instituições que buscam a certificação (JCI, 2013b).

Reconhecendo que os eventos adversos relacionados a drogas e erros de medicação podem causar significativas repercussões econômicas e à saúde, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento, o Programa de Segurança do Paciente da OMS lançará o Terceiro Desafio Global para a Segurança do Paciente, com foco na segurança de medicamentos (WHO, 2013c).

Todas estas iniciativas citadas até o momento foram criadas com o propósito de tornar a Segurança do Paciente uma realidade e, ao longo do tempo, têm sido crescentes as iniciativas mundiais no sentido de ampliar e criar políticas que promovam a segurança nos serviços de saúde. No Brasil, Estado-membro da OMS, várias ações também têm sido desenvolvidas pautadas neste tema e, seguindo a tendência mundial, foram publicados estudos na área de segurança do paciente.

Em 2000, Carvalho e Cassiani (2000) levantaram os episódios de erros de medicação em uma instituição hospitalar, envolvendo as situações relatadas pela equipe de enfermagem a respeito da ocorrência de incidentes. Este estudo identificou quatro categorias de situações de riscos que conduziram a erros na administração de medicamentos: falha no cumprimento de políticas e procedimentos, falha no sistema de distribuição e preparo dos medicamentos pela farmácia, falha na comunicação e falha no conhecimento.

Em 2004, outro estudo foi realizado, agora sobre a ocorrência de erros médicos, baseados nos aspectos éticos e nos processos instaurados no Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. As razões mais frequentes dos processos foram relacionadas às condutas ético-profissionais e negligência, imperícia, imprudência, sendo as principais especialidades envolvidas Ortopedia e Traumatologia e Cirurgia Geral, portanto, mais frequentes nas especialidades cirúrgicas (MACRI *et al*, 2004).

Em 2009, Mendes *et al* (2009) pesquisaram a ocorrência de eventos adversos em três hospitais do Rio de Janeiro, utilizando como metodologia a revisão retrospectiva de prontuários, sugerindo que os EAs evitáveis representam um sério problema para o cuidado hospitalar no Brasil, uma vez que foi encontrada uma incidência de eventos adversos de 7,6%. Outros estudos foram e ainda têm sido realizados para dimensionar a qualidade da segurança do paciente.

No Brasil, a agência governamental que atua na área de segurança do paciente é a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), criada em 1999, com a finalidade de promover a proteção da saúde da população. Desenvolve ações

visando à segurança do paciente e à melhoria da qualidade em serviços de saúde, consonantes com as previstas pela OMS, e vem instituindo uma sequência ordenada de atividades, baseadas nos desafios globais (ANVISA, 2011).

Uma de suas iniciativas foi a criação, em 2001, da Rede Brasileira de Hospitais Sentinela, com a finalidade de estimular os hospitais a notificar os eventos adversos relacionados a produtos para a saúde, através do Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária (NOTIVISA), e fomentar a autoidentificação de riscos hospitalares, a análise da causa da ocorrência e as providências para a correção de falhas nos processos.

Desta forma, busca promover o fortalecimento das ações de vigilância sanitária e a busca contínua de uma gestão do risco sanitário a contento, com o desenvolvimento da qualidade e do aprimoramento de práticas seguras nos serviços de Saúde. Por este motivo, foi criado o cargo de gerente de risco, responsável pela farmacovigilância, tecnovigilância, hemovigilância e vigilância de saneantes na instituição em que trabalha. Esta Rede Sentinela trabalha com a gestão de risco sobre três pilares: busca ativa de eventos adversos, notificação de eventos adversos e uso racional das tecnologias em saúde (ANVISA, 2014; BRASIL, 2014).

Seguindo diretrizes da OMS, a ANVISA, desde 2002, vem apoiando iniciativas para a promoção do uso racional de medicamentos no Brasil e, no ano de 2007, em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e com a Coordenação Geral dos Laboratórios de Saúde Pública, criou a Rede Nacional de Monitoramento da Resistência Microbiana (Rede RM). O objetivo é tornar a assistência à saúde mais efetiva por meio do uso adequado de antimicrobianos e da detecção, prevenção e controle da resistência microbiana em serviços de saúde (ANVISA, 2015).

Com o intuito de participar da Rede Sentinela, ficou estabelecido a partir de 2011, que as instituições necessitam criar uma gerência de risco e apresentar uma política de gestão de risco que descreva estratégias para a identificação, a avaliação, o monitoramento e a comunicação de riscos. Além disso, devem demonstrar como ocorre a integração da sua gerência de risco com outras instâncias que lidam com risco nas instituições, tais como, comissões de controle de infecção, núcleos de epidemiologia e de qualidade, entre outras (BRASIL, 2014). Esta gerência de risco é responsável por fazer o elo entre a Anvisa e a instituição de saúde, garantindo que a política de gestão de risco seja aplicada.

No ano de 2013, no Brasil, o Ministério da Saúde deu mais alguns passos importantes visando à melhoria das iniciativas voltadas para a segurança do paciente nas instituições de saúde brasileiras.

Em abril de 2013, instituiu, pela Portaria n. 529, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) com o objetivo geral de “contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional”. No artigo 3º, define como objetivos específicos promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente, por meio dos Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde; envolver os pacientes e familiares nesse processo; ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente; produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre o tema; e estimular a inclusão do tema no ensino técnico, graduação e pós-graduação em saúde (BRASIL, 2013a).

Em julho de 2013, por meio da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n. 36 da Anvisa, o Ministério da Saúde também instituiu ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde (BRASIL, 2013b). E, em setembro de 2013, com a Portaria n. 2.095, aprovou os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente, a saber: Protocolo de Prevenção de Quedas; Protocolo de Identificação do Paciente e Protocolo de Segurança na Prescrição e de Uso e Administração de Medicamentos. Estes protocolos têm a finalidade de instituir ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e a melhoria da qualidade em caráter nacional (BRASIL, 2013c).

Algumas iniciativas independentes aconteceram no Brasil e uma destas foi a criação, em 2009, do Proqualis, vinculado ao Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica (ICICT) da Fundação Oswaldo Cruz. Conta com o financiamento do Ministério da Saúde e está voltado para a produção e disseminação de informações e tecnologias em qualidade e segurança do paciente, objetivando ser fonte permanente de consulta e atualização para os profissionais de saúde, por meio de divulgação de conteúdos técnico-científicos, selecionados a partir da relevância, qualidade e atualidade (TRAVASSOS, 2013).

A enfermagem também está acompanhando o que vem ocorrendo no mundo. Em 2005, em *Concepción*, Chile, foi criada a Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente, pela Organização Pan-Americana de Saúde. O objetivo era de traçar as prioridades da enfermagem na área da Segurança do Paciente, discutir



a cooperação entre os países e o intercâmbio de informações, assim como as necessidades de fortalecimento do cuidado de enfermagem, a partir de evidências científicas (CASSIANI, 2010; REBRAENSP, 2014).

No Brasil, os enfermeiros vêm se organizando em entidades que visam melhorar a segurança do paciente, entre as quais se destaca a criação, em 2008, em São Paulo, da Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), com o compromisso de divulgar metas e criar Polos regionais. Trata-se de uma estratégia de articulação e de cooperação técnica entre instituições ligadas à saúde e educação de profissionais da área, objetivando fortalecer a assistência de enfermagem segura e de qualidade (REBRAENSP, 2014).

Em 2010, o Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo (COREN-SP) e a Rebraensp - polo São Paulo - lançaram uma cartilha com os “10 passos para a segurança do paciente” com a intenção de contemplar os principais pontos que impactam diretamente a prática assistencial de enfermagem. São eles: 1. Identificação do paciente; 2. Cuidado limpo e cuidado seguro – higienização das mãos; 3. Cateteres e sondas – conexões corretas; 4. Cirurgia segura; 5. Sangue e hemocomponentes – administração segura; 6. Paciente envolvido com sua própria segurança; 7. Comunicação efetiva; 8. Prevenção de queda; 9. Prevenção de úlcera por pressão e 10. Segurança na utilização de tecnologia (REBRAENSP, 2013).

Observa-se que várias iniciativas foram adotadas no mundo e no Brasil, visando à segurança do paciente, entretanto faz-se necessária uma maior sistematização da aplicação das melhores práticas em prol da segurança do paciente, de forma que elas sejam eficazes e não fiquem, somente, como projetos não aplicados, pois, senão, os esforços serão desperdiçados.

## 2.2 O ERRO

A noção de que o profissional de saúde não erra está disseminada na sociedade e, particularmente, entre os profissionais de saúde, pois, desde a graduação, tem-se a errada percepção que os “bons profissionais não erram”, ou que “basta ter atenção que não há erro”, mas poucos se dão conta de que errar é humano (REASON, 2000).

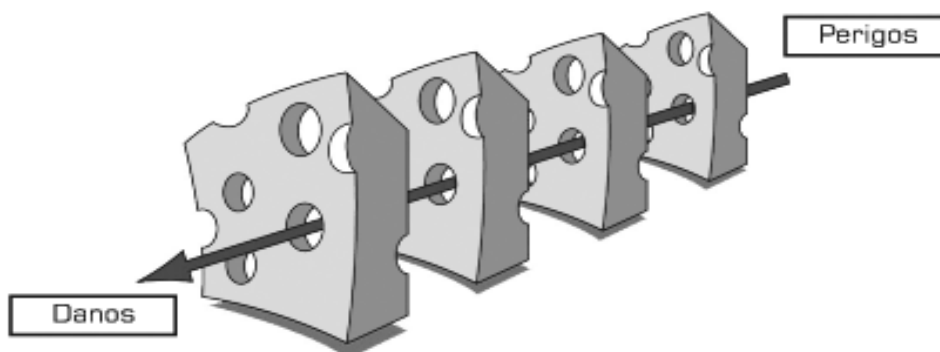
Em 1990, James Reason, psicólogo britânico, publicou o livro *Human Error*, o primeiro da série de relatos sobre a segurança do paciente, definindo erro como a

incapacidade de uma ação planejada ser concluída ou entendida (erro de execução), sem a intervenção de algum acontecimento imprevisível; ou o uso de um plano errado para atingir um objetivo (erro de planejamento) (REASON, 2009).

Reason, após inúmeras observações de acidentes, propôs o Modelo do Queijo Suíço de acidentes organizacionais (Figura 1), que, desde então, tem sido adotado como um modelo para a segurança sistêmica. Este modelo coloca que um erro ativo (na ponta) é o resultado de uma sequência alinhada de erros latentes (no processo), caracterizados pelos orifícios das fatias de queijo, e que raramente um erro em uma única ponta é suficiente para causar dano. Sobre erros ativos, entendem-se aqueles que ocorrem no nível do operador da linha de frente do trabalho, sendo seus efeitos sentidos quase que imediatamente, já os erros latentes ficam adormecidos dentro do sistema e estão relacionados a influências organizacionais, supervisão insegura e pré-condições para atos inseguros (REASON, 2000; REASON, 2009; WACHTER, 2013).

Reason acrescenta que é necessário diminuir os orifícios do queijo suíço e criar diversas camadas sobrepostas (barreiras), objetivando impedir o realinhamento dos buracos, evitando assim que o erro ocorra. Reforça que é preciso convergir a atenção às causas-raiz e não apenas ao erro na ponta (REASON, 2009; WACHTER, 2013). Fazendo uma analogia entre o Modelo do Queijo Suíço e as organizações de saúde, as falhas ativas referem-se àquelas praticadas, por exemplo, pelos profissionais no cuidado direto ao paciente, enquanto as falhas latentes referem-se à carga de trabalho excessiva e estressante, falta de manutenção preventiva de equipamentos, ausência de protocolos, entre outros. Como barreiras que impedem que o risco atinja o paciente podem ser citados o treinamento dos profissionais, o uso de protocolos clínicos e de *check list* cirúrgico, a higiene das mãos, dose unitária de medicamentos, entre outros.

**Figura 1- Modelo do Queijo Suíço de James Reason.**



Fonte: Reason, 2009.

Contrariando o argumento de que “errar é humano”, o erro foi por muito tempo atribuído ao mau profissional e a um problema individual, excluindo-se o sistema de atendimento e a complexidade da tomada de decisão (PEDREIRA e HARADA, 2009).

Leape (1994), no seu “modelo de perfeição profissional”, afirma que os profissionais da área da saúde têm dificuldades em aceitar a possibilidade de erro, acreditando que não são passíveis de cometê-lo.

Segundo Amalberti (2007), os fatores humanos têm a característica de falibilidade, contrariando a abordagem tradicional do erro humano, que pode ser denominada de perfectibilidade, a qual pressupõe que, nos indivíduos bem treinados, os erros serão evitados. Isto não pode ser considerado verdade, haja vista que, hoje, as evidências apontam que deve haver estratégia de intervenção nos processos e sistemas, em detrimento ao olhar focado no indivíduo.

Armitage (2009) coloca que a causa do erro, muitas vezes, é atribuída somente à ação de indivíduos, mas o nexo causal em ambientes complexos como o cuidado de saúde é predominantemente multifatorial. Para ele, o desempenho individual é influenciado pela tendência à utilização de soluções preestabelecidas e por déficits de atenção, que podem estar relacionados a condições locais e a falhas no sistema ou falhas latentes. Desta forma, reforça que a atribuição de culpa muitas vezes é inapropriada e que é preciso construir defesas e promover a sabedoria na gestão dos erros, assim como a resiliência organizacional.

Leape (2009) acrescenta que os eventos adversos normalmente não são causados por más pessoas, mas por sistemas mal desenhados, que produzem resultados ruins.

Podemos perceber que a abordagem do erro, no mundo, vem mudando, sendo que o enfoque tem sido na resolução de não conformidades no sistema das instituições e não apenas no funcionário, de forma a criar barreiras para evitar que o erro atinja o paciente, através de algum procedimento, ministrado por um profissional de saúde.

Desta forma, Reason (2009) salienta que a abordagem individualizada do erro é obsoleta e propõe a quebra deste paradigma, mostrando que um erro é fruto da falha do sistema e por isso deve ser abordado de forma mais ampliada. Neste sentido, a abordagem atual da segurança do paciente substitui a culpa e a vergonha pelo pensamento sistêmico, ou seja, reconhece que os humanos erram e que a segurança depende da criação de sistemas que antecipem erros, os previnam ou os capturem antes que eles causem danos. Esse tipo de abordagem tem sido a pedra fundamental de melhorias na segurança (REASON, 2009; WACHTER, 2013).

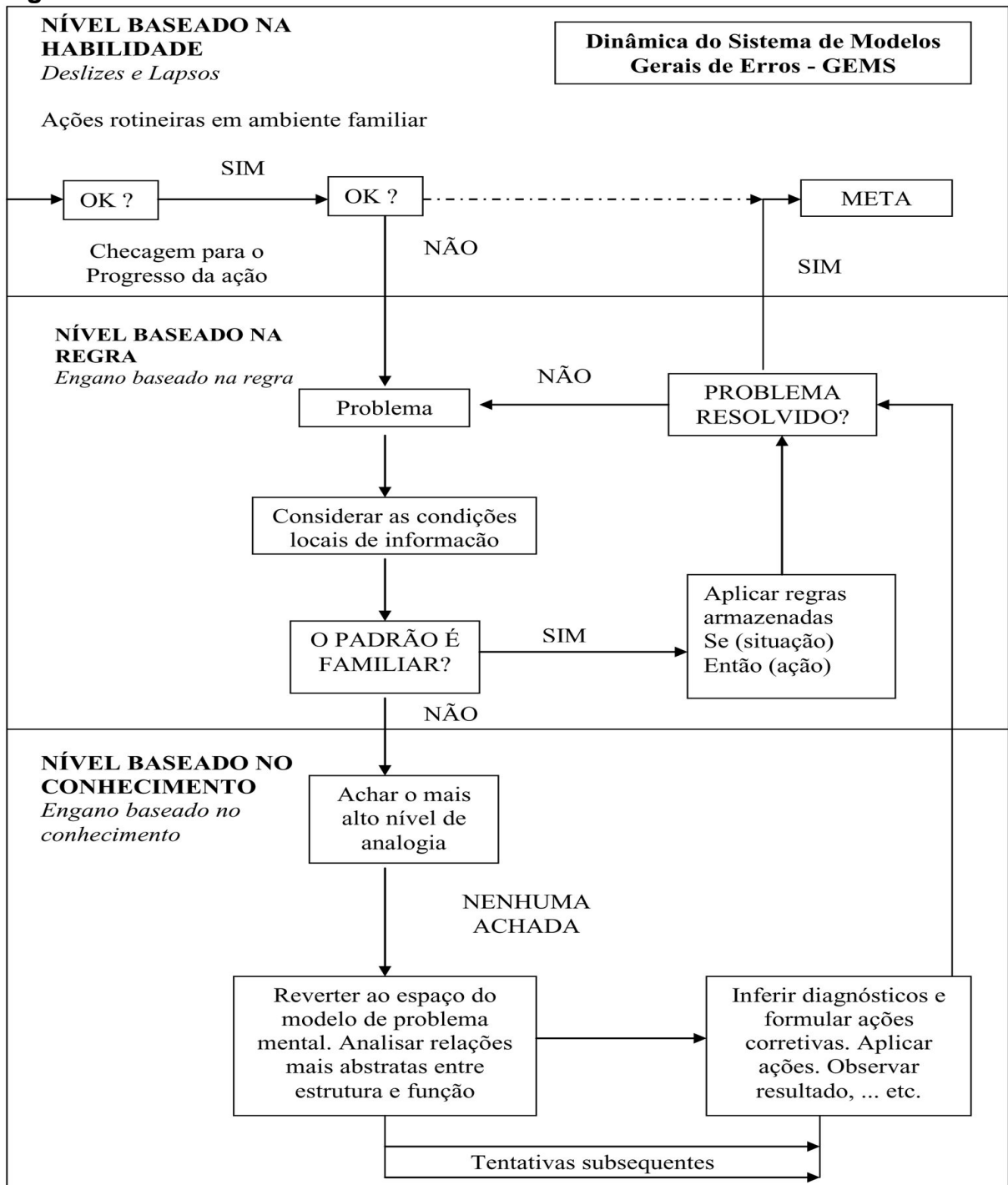
Assim, para se conduzir a uma ampliação da visão do erro a partir da abordagem sistêmica, importante para promoção de uma cultura organizacional voltada à segurança, é essencial que todos os profissionais da área de saúde entendam que erros são inerentes ao processo de cognição humana e que as transformações advêm tanto dos acertos quanto dos erros (PEDREIRA e HARADA, 2006).

Porém, não podemos negligenciar o erro humano, uma vez que a causa é, muitas vezes, um ato cometido, negligenciado ou realizado de forma incorreta por um profissional de saúde, devendo, desta forma, ser tratada. Para isso, é útil diferenciar o erro entre deslize e engano. O deslize acontece quando temos um comportamento automático, ou seja, são as coisas que fazemos quase que inconscientemente pela prática que já adquirimos ao longo do tempo ao fazê-la. Já o engano acontece quando temos um comportamento consciente, ou seja, são cometidos quando prestamos atenção em uma atividade. Deslizes são involuntários, ou seja, lapsos inconscientes no desempenho de alguma atividade automática, enquanto enganos resultam de escolhas incorretas. Os deslizes provavelmente representam a maior ameaça para a segurança do paciente, uma vez que muito do

que os profissionais de saúde fazem é automático (REASON, 2009; WACHTER, 2013).

A seguir, na Figura 2, Reason (2009) descreve, sob a forma do sistema de modelos gerais de erros (*generic error-modelling system - GEMS*), os mecanismos básicos e os processos que geram recorrentes formas de uma variada gama ou tipos de erros:

**Figura 2 - Dinâmica do Sistema de Modelos Gerais de Erros.**



Fonte: Reason, 2009.

Reason propõe duas formas de abordar o erro: a abordagem do sujeito e a abordagem do sistema. A abordagem do sujeito se detém nos atos inseguros dos indivíduos que trabalham na ponta, isto é, nos erros e na violação de procedimentos, devido a esquecimento, desatenção, descuido, desmotivação, negligência e imprudência. Já a abordagem do sistema considera que erros ocorrem devido a um sistema mal-elaborado, no qual falhas ativas e falhas latentes levam à ocorrência de incidentes (REASON, 2000; REASON, 2009).

Para Wachter (2013), diversas estratégias devem ser empregadas pelas organizações de saúde para se criar sistemas mais seguros, dentre elas se destacam a simplificação, a padronização, a utilização de repetições, a melhoria do trabalho em equipe e comunicação e o aprendizado a partir dos erros já cometidos no passado.

A gestão e o aprendizado a partir do erro são vistos como prioritários pelo *National Health Service (NHS)* britânico e, para isso, é importante que se compreendam as raízes, a natureza e as consequências dos erros. Este entendimento pode servir como um referencial útil para diversas atividades de gestão de risco (ARMITAGE, 2009).

Sir Liam Donaldson, Presidente da Aliança Mundial para Segurança do Paciente, salienta que errar é humano, mas ocultar os erros ou não aprender com eles é imperdoável e, ainda, que se deve promover uma nova cultura e romper a cultura do silêncio (DONALDSON, 2004).

Desta forma, aprender com os erros é um princípio-chave para a segurança do paciente. Eles devem ser mostrados e discutidos abertamente, para que a instituição cresça através do aprendizado que tudo isso oferecerá.

### 2.3 GESTÃO DE RISCOS

A gestão de riscos é o processo de identificação, avaliação, análise e gestão de todos os riscos e incidentes, em todos os níveis da organização, e a reunião dos resultados a um nível corporativo, facilitando a definição de prioridades e a melhoria da tomada de decisão, a fim de se alcançar o equilíbrio ideal do risco, benefício e custo (WHO, 2009).

Roper (1999) acrescenta que se trata do processo no qual as medidas de segurança são selecionadas e adotadas para se atingir um nível aceitável de risco,

que foi previamente estabelecido, a um custo razoável. Por isso, com a finalidade de minimizar os riscos potenciais de eventos adversos, se faz necessário conhecer e controlar esses riscos, que são fontes de danos no ambiente hospitalar, comprometendo, assim, a segurança do paciente.

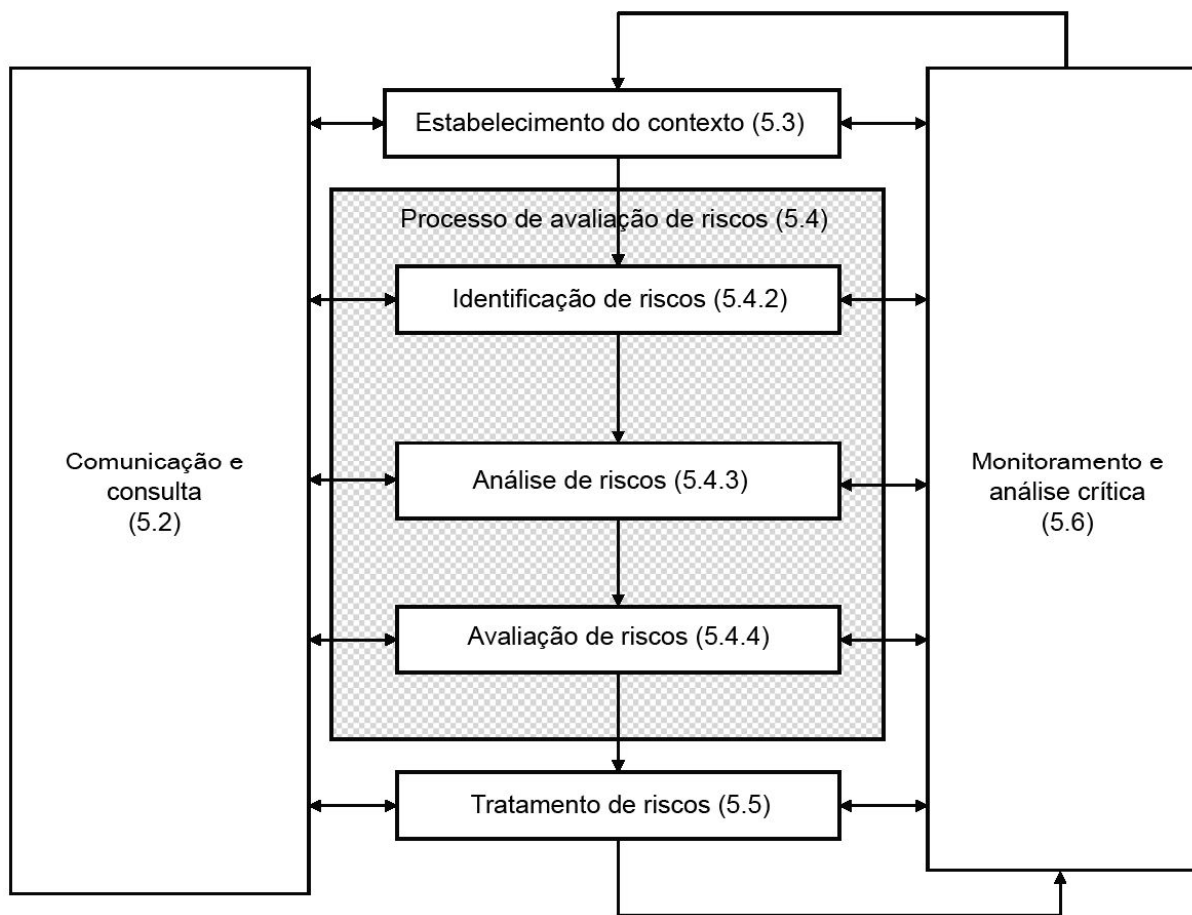
O conceito de gestão de riscos surgiu nos Estados Unidos, na década de 50, em resposta ao crescente aumento no número e complexidade dos riscos aos quais as empresas estavam expostas. Na saúde, ele se incorporou há cerca de 30 anos, também nos Estados Unidos, devido à evolução no grau de complexidade dos hospitais e empresas de saúde, como bancos de sangue, consultórios, laboratórios, entre outros, apresentando objetivos comuns, que é proteger as organizações de saúde contra perdas (LOPEZ, 2001; FELDMAN, 2009).

No Brasil, as ações de gestão de riscos começaram a ser instituídas em 2001, pela Anvisa, através da criação da Rede Brasileira de Hospitais Sentinela, estimulando os hospitais a notificar os eventos adversos relacionados a produtos para a saúde e fomentando a autoidentificação de riscos hospitalares, a análise da causa da ocorrência e as providências para a correção de falhas nos processos. Na época, constituiu-se em um novo programa de qualidade na prática dos trabalhadores de saúde e, desde então, com a inserção cada vez maior de novas tecnologias nesta área, as organizações vêm consolidando as práticas de gestão de risco no intuito de dar maior segurança às ações realizadas (ANVISA, 2014).

Em 2009, a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) apresentou a Norma Brasileira de Regulamentação (NBR) ISO 31000, que fornece princípios e diretrizes para a gestão de riscos e que tem aplicabilidade para qualquer empresa pública, privada ou comunitária, associação, grupo ou indivíduo. Pode ser aplicada a qualquer tipo de risco, independentemente da sua natureza, quer tenha consequências positivas ou negativas. Envolve a aplicação sistemática de políticas, procedimentos e práticas de gestão para as atividades de comunicação, consulta, estabelecimento do contexto, na identificação, análise, avaliação, tratamento, monitoramento e análise crítica dos riscos (ABNT, 2010).

Para a ABNT (2010), o processo de gestão de riscos é dividido nas seguintes etapas, conforme mostra a Figura 3, a seguir:

**Figura 3 - Processo de gestão de riscos.**



Fonte: ABNT, 2010.

A seguir, estão descritas as etapas da gestão de riscos, para melhor elucidação das etapas propostas pela ABNT (2010):

- Comunicação e consulta: acontecem durante todas as fases do processo de gestão de riscos e, portanto, são desenvolvidas em um estágio inicial. Abordam questões relacionadas com o risco propriamente dito, suas causas, suas consequências (se conhecidas) e as medidas que estão sendo tomadas para tratá-lo. Importante para compreender os fundamentos sobre os quais as decisões são tomadas e as razões pelas quais ações específicas são requeridas;
- Estabelecimento do contexto: momento em que a organização estabelece o contexto, articula seus objetivos, define os parâmetros externos e internos a serem levados em consideração ao gerenciar riscos e estabelece o escopo e os critérios de risco para o restante do processo;
- Identificação de riscos: a finalidade desta etapa é gerar uma lista abrangente de riscos baseada nos eventos que possam criar, aumentar, evitar, reduzir, acelerar ou atrasar o alcance dos objetivos;



- Análise de riscos: envolve a apreciação das causas e fontes de riscos, suas consequências positivas e negativas e a probabilidade de essas consequências ocorrerem, além de fornecer uma entrada para as decisões sobre a necessidade de os riscos serem tratados e quais estratégias e métodos seriam mais adequados;
- Avaliação de riscos: o objetivo da avaliação é auxiliar na tomada de decisões, com base nos resultados da análise de riscos, sobre quais riscos necessitam de tratamento e a prioridade para a implementação do tratamento;
- Tratamento de riscos: envolve a seleção de opções para modificar os riscos e também a implementação destas opções. Após sua implementação, o tratamento fornece novos controles ou modifica os existentes. Converte as análises anteriores em ações substanciais para reduzir os riscos;
- Monitoramento e análise crítica: são planejados como parte do processo de gestão de riscos e envolvem a checagem ou vigilância regulares, sendo periódicos ou em resposta a um fato específico.

Por todas as suas características, a gestão de riscos auxilia os tomadores de decisão a fazer escolhas conscientes, priorizar ações e distinguir entre formas alternativas de ação. É interativa e capaz de reagir a mudanças, pois, na medida em que acontecem eventos, o contexto e o conhecimento modificam-se, o monitoramento e a análise crítica são realizados, novos riscos podem surgir, alguns podem se modificar e outros desaparecer. Porém, para ser eficaz, convém que seja incorporada em todas as práticas e processos da organização, de forma que seja sistemática, pertinente, eficaz e eficiente, e que o processo de gestão de riscos se torne parte integrante desses processos organizacionais, alinhado ao planejamento estratégico da instituição (ABNT, 2010).

Severo (2010) afirma que gerenciar riscos em hospitais ou qualquer outro serviço de assistência à saúde está intimamente relacionado ao processo de promoção e educação em saúde, direcionado aos profissionais e às comunidades em geral.

Corroborando, Feldman (2009) salienta que, para o desenvolvimento da gestão de risco, é fundamental a sensibilização e envolvimento de todos no processo. Apesar de a infraestrutura de instrumentos, papéis e modelos ser de grande valia, eles não bastam, sendo necessário que todo ambiente seja preparado. Isso pode ser alcançado através de treinamentos que estimulem o caráter educativo

da gestão de riscos, ou seja, aprender com os erros, uma vez que o clima estará focado na melhoria e não na punição.

Desta forma, percebemos como é importante que a instituição mantenha os profissionais qualificados, através de treinamentos que os sensibilizem para a gestão de risco e os estimulem a ter um pensamento crítico perante as situações de sua rotina de trabalho.

Assegurar a gestão de risco é tido como um elemento fundamental do papel do enfermeiro, a fim de promover a saúde e a segurança dos membros da equipe e dos pacientes. Para isso, deve-se garantir que os enfermeiros recebam a educação necessária, o que permitirá a eles incorporar a gestão de risco no seu cotidiano de trabalho, incentivando outros a se envolverem com tal prática (REYNOLDS, 2009).

Neste sentido, o enfermeiro e a equipe de enfermagem podem contribuir e atuar para minimização de riscos e eventos adversos, adotando-se sistemas gerenciados, práticas e procedimentos sistematizados, protocolos multidisciplinares implantados, avaliações de desempenho mensuradas, parque de equipamentos controlados, contratos estabelecidos e serviços terceirizados avaliados e de fato inseridos na organização, mecanismos e ferramentas de avaliação e monitoramento implementados de forma eficaz (FELDMAN, 2004).

O enfermeiro pode também assumir o papel de multiplicador da Gestão de Riscos, na medida em que assume o papel de educador de sua equipe e da comunidade, estimulando-os a notificar os eventos adversos e também a reconhecê-los, com o intuito de proporcionar a segurança do paciente e do profissional (SEVERO, 2010).

O sucesso da gestão de riscos irá depender da eficácia da estrutura de gestão, que fornece os fundamentos e os arranjos que permitirão incorporar a gestão de riscos em toda a organização, e assegura que a informação sobre riscos proveniente deste processo seja adequadamente reportada e utilizada com base para a tomada de decisões (ABNT, 2010).

Para Hinrichsen (2012), a instituição de saúde deve adotar uma política de prevenção de riscos como requisito para a qualidade e para a gestão de riscos, objetivando criar uma base sólida e segura para a tomada de decisão e para o planejamento da segurança do paciente, por meio do monitoramento de eventos adversos, minimização dos danos e prevenção de novos incidentes. Em seu estudo, observou-se o quanto é importante a existência da cultura de gestão de riscos e de

uma equipe multidisciplinar, compondo uma comissão de monitoramento de situações adversas decorrentes das práticas assistenciais.

Por conseguinte, a gestão de risco está atrelada à identificação de não conformidades no âmbito dos processos de segurança, propondo ações de prevenção no intuito de melhorar a qualidade da assistência prestada e garantir maior segurança ao cliente (COSTA, MEIRELLES e ERDMANN, 2013).

Porém, reconhecer estas não conformidades, assim como os eventos adversos que possam vir a ocorrer, frente à necessidade de se evitar danos aos pacientes e assegurar sua segurança, é um desafio para os gestores hospitalares e toda equipe envolvida no cuidado.

Silva (2013) ressalta que um dos pilares dos processos de gestão de riscos é utilizar e encorajar o relato e a investigação de eventos como ferramenta de qualidade na assistência. Neste sentido, objetivando investigar e analisar a ocorrência de incidentes nas instituições de saúde, muitas metodologias têm sido usadas, mas duas se destacam e são recomendadas para serem utilizadas na gestão de riscos: Análise de Causa Raiz e Análise do Modo e Efeito da Falha. Trata-se de métodos não estatísticos de análise, capazes de auxiliar na identificação de condições que podem causar dano, fazendo com que se diminua a possibilidade de dano aos pacientes através da modificação destas condições (JCAHO, 2010).

A diferença entre essas duas metodologias é que, enquanto a Análise de Causa Raiz é implementada quando um incidente já ocorreu, ou seja, relativo a um incidente, a Análise do Modo e Efeito da Falha tem abordagem proativa, uma vez que busca identificar o que pode ocorrer de errado, evitando a ocorrência de falhas e seus efeitos (SILVA, TEIXEIRA e CASSIANI, 2008).

A Análise de Causa Raiz utiliza-se de diferentes técnicas como análise de barreiras, análise de mudanças, diagrama de Ishikawa, análise de Pareto, árvores das causas, entre outros, para encontrar as possíveis causas, a partir de um evento não desejado. Porém não se resume em encontrar as causas de determinado evento, mas sim em tentar resolver o fato ocorrido (TEIXEIRA e CASSIANI, 2010).

Vários países têm utilizado a Análise de Causa Raiz como ferramenta para a gestão de riscos na assistência à saúde. Nos Estados Unidos, o *United States Veterans Affairs National Center for Patient Safety* (NCPS), utiliza-a na identificação de problemas, análise de incidentes críticos e geração de melhorias no sistema. Um estudo desenvolvido em 139 centros médicos do *Department of Veterans Affairs*

concluiu que os departamentos maiores, que dispunham de maior orçamento e que realizaram mais Análises de Causa Raiz por ano, empreenderam mais ações corretivas que os departamentos menores e que realizaram menos Análises de Causa Raiz (PERCARPIO e WATTS, 2013).

A Análise do Modo e Efeito da Falha é um método sistemático e proativo para a avaliação de um processo, no sentido de identificar onde e como ele pode falhar. Desta forma, pode-se avaliar o impacto de diferentes falhas, a fim de identificar quais os processos que necessitam de mudanças e corrigir os processos, em vez de reagir após falhas terem ocorrido. A ferramenta é particularmente útil na avaliação de um novo processo antes de sua implementação e na avaliação do impacto de um projeto de mudança para um processo já existente (IHI, 2015).

Para Costa, Meirelles e Erdmann (2013), a adoção de metodologias de análise de riscos, além da existência de um comitê de segurança do paciente formado por uma equipe multidisciplinar e do estudo dos erros para evitar sua repetição, pode ser uma estratégia relevante e eficaz para prevenção dos eventos adversos.

Diante disso, é válido que se incorporem ferramentas capazes de auxiliar a investigação da causa raiz dos incidentes ou identificar os riscos dos processos, pois, desta forma, ter-se-á condições de tratá-los, prevenir incidentes ou novas ocorrências. Porém, é necessário que haja um sistema capaz de identificar os incidentes.

Para Silva (2010), um grande problema encontrado nas instituições de saúde tem sido a subnotificação dos incidentes, impedindo a avaliação e a discussão das causas que propiciaram a sua ocorrência e as consequências para os profissionais, pacientes e familiares. Isso dificulta a ação dos gestores na realização do planejamento e desenvolvimento de estratégias organizacionais voltadas para a adoção de práticas mais seguras, minimização dos eventos adversos e melhoria da assistência, o que coloca em risco a segurança dos pacientes.

Para tanto, a organização deve aplicar ferramentas e técnicas de identificação de riscos que sejam adequadas aos seus objetivos, capacidades e aos riscos enfrentados e é importante que sejam dadas informações pertinentes e atualizadas na identificação de riscos e sobre os fatos que antecedem os acontecimentos, sempre que possível (ABNT, 2010).

Corroborando, Françolin (2013) ressalta que, para os erros assistenciais dentro de uma instituição de saúde serem reduzidos, um elemento importante é a captação de informações completas sobre os eventos adversos, erros e quase erros, de forma que eles possam ser usados como uma fonte de aprendizagem e como base para ações preventivas no futuro.

Não se trata de buscar culpados para as situações de risco, ao contrário, o foco está na melhoria da qualidade e da segurança da assistência. Neste sentido, uma das ferramentas disponíveis para captação de eventos adversos é a notificação. Para Capucho e Cassiani (2013), a implantação de um sistema de notificação de incidentes deve ser uma das ações prioritárias de um programa de segurança do paciente que contemple a gestão de riscos, envolvendo a assistência à saúde.

### **2.3.1 O processo de notificação dos incidentes e eventos adversos**

A comunicação e a informação são imprescindíveis para que haja uma gestão do risco em serviços de saúde, pois somente a partir do conhecimento da ocorrência de eventos adversos é possível a identificação de padrões e semelhanças entre os casos e suas principais fontes de risco que propiciam a ocorrência de dano ao paciente (GOMES, 2012). Uma variedade de estudos aponta a noção de que trabalho em equipe e comunicação são componentes críticos nos sistemas de cuidados de saúde seguros (SHEKELLE *et al.*, 2013).

Um estudo realizado por Costa, Meirelles e Erdmann (2013) com enfermeiros que compõem o comitê de gestão de risco de um hospital privado evidenciou que a comunicação escrita e verbal dos eventos adversos, por meio dos registros e notificações, foi identificada como prática que dá subsídios para conhecimento da realidade e levantamento dos problemas, visando à melhoria contínua.

A cultura de segurança do paciente está relacionada às informações relatadas sobre incidentes que ocorrem na assistência, no sentido que a partir destes incidentes relatados sejam elaboradas estratégias e tomadas providências a fim de evitar a ocorrência de novos casos. Para isso, torna-se imprescindível a implementação de sistemas efetivos de notificações sobre incidentes na saúde (CAPUCHO, 2012).

Neste sentido, uma estratégia de identificação de problemas adotada por diversos países em prol da segurança do paciente é o sistema de notificação de incidentes, que consiste na informação de eventos adversos ocorridos e que deveriam passar por uma análise profunda das suas causas ou ter atenção prioritária do sistema de saúde (LEVINSON, 2012).

Os investimentos nesta estratégia foram muitos, entretanto, um estudo recente publicado nos Estados Unidos e realizado por Levinson (2012) revelou sérias dificuldades na sua utilização, que interferem na sua efetividade. Todos os hospitais que participaram deste estudo utilizavam sistemas de relatórios de incidentes para capturar eventos e os administradores entrevistados disseram confiar nesses sistemas para identificar problemas. As equipes dos hospitais não relataram 86% dos eventos ocorridos, em parte, devido ao desconhecimento sobre o que constitui dano ao paciente, e a maioria dos eventos foram relatados por enfermeiros. Para os administradores dos hospitais, o motivo mais comum da não notificação do dano ao paciente é a não percepção do evento pela equipe da necessidade de notificação. Conseqüentemente, os esforços para melhorar a segurança do paciente podem ser limitados, concentrando-se apenas num pequeno grupo de eventos que são mais frequentemente relatados.

No Brasil, pela RDC n. 36, de 25 de julho de 2013 (BRASIL, 2013c), aplicável aos serviços de saúde, a Anvisa dispõe que o diretor do serviço de saúde deve constituir o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e nomear a sua composição, conferindo aos membros autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP). Dentre as competências do NSP estão analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde e notificar os eventos adversos ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. A Anvisa também determina que o PSP elaborado pelo NSP deve estabelecer estratégias e ações de gestão de risco, para identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática (BRASIL, 2013c).

Em hospitais, os sistemas mais utilizados para a vigilância de incidentes são a notificação voluntária, monitorização intensiva e a vigilância baseada em sistemas de informação hospitalar, este último, mais recentemente. O primeiro é um tipo de vigilância passiva, o segundo de vigilância ativa e o terceiro uma ferramenta que pode ser considerada tanto para a vigilância passiva como para a ativa. Em todo o

mundo, a notificação voluntária é a mais utilizada, devido ao seu menor custo e por ser mais simples (CAPUCHO, 2012).

Neste contexto, uma das estratégias disponíveis para identificação pelo NSP dos incidentes e eventos adversos é a notificação voluntária realizada por profissionais de saúde e também por pacientes da instituição.

Wachter (2013) sugere que as notificações voluntárias possam ser a base para um programa de segurança do paciente, uma vez que estas dispõem de informações relevantes acerca da estrutura, processo e resultados em saúde, facilitando a identificação de riscos e incidentes que interferem na segurança do paciente.

Para se encaminharem estas notificações, diferentes meios podem ser utilizados, como formulários impressos, via telefone, via fax, via intranet ou via internet. É importante que o instrumento de notificação seja de fácil preenchimento, com informações claras e espaço para que seja descrito o incidente e as observações, sendo, portanto, de livre preenchimento (CAPUCHO, 2012).

Um estudo realizado por Capucho (2012) demonstrou que as notificações encaminhadas por meio de sistemas manuscrito e informatizado podem ser utilizadas na identificação de incidentes em saúde, mas que o segundo aparenta ser mais vantajoso do que o primeiro, uma vez que, com a sua utilização, dentre outras vantagens, ocorreu um aumento do número de notificações em 58,7% e maior qualidade dos relatos, principalmente quanto à classificação e à descrição da gravidade do incidente e descrição do paciente.

Corroborando, Capucho, Arnas e Cassiani (2013) destacam que as notificações voluntárias sobre incidentes em saúde são imprescindíveis para uma cultura organizacional de segurança do paciente e que estas devem ter qualidade para que possam ser fontes de informações. O estudo realizado por estes autores comparou a qualidade de informações contidas nas notificações manuscritas e informatizadas de um hospital. Os resultados demonstraram que, para o desenvolvimento de uma cultura de notificação voluntária de incidentes em serviços de saúde que desejam trabalhar com a segurança do paciente, é desejável que as notificações sejam informatizadas, pois estas favorecem o relato, reduzem o tempo que o profissional dispensa ao realizá-las, fomentam o desenvolvimento de ações mais efetivas e rápidas para redução de incidentes, riscos e danos aos pacientes, trazendo segurança aos usuários do sistema de saúde.

Neste sentido, Paiva, Paiva e Berti (2010) salientam que o meio de comunicação de eventos adversos deve ser rápido, permitindo pronta atuação da gerência e, portanto, o desenvolvimento de um sistema eletrônico de notificação é válido, pois poderá dar agilidade ao processo de comunicação e à construção de banco de dados.

Capucho (2012) reforça que a implantação do sistema informatizado de notificações voluntárias de incidentes na saúde parece ser uma estratégia viável e fundamental para a gestão de riscos e a qualificação da assistência.

A Anvisa (2011) ressalta que, uma vez identificados problemas que interferem na segurança do paciente, é essencial tomar medidas de correção, pois senão os gestores estarão desperdiçando recursos e esforços em prol de identificar os problemas e, conseqüentemente, permanecerá a ocorrência de eventos adversos relacionados.

Um estudo realizado por Silva *et al.* (2011) objetivou associar a estratégia de sensibilização dos profissionais, através de cartazes e folhetos contendo informações sobre os conceitos que estão associados à Rede Sentinela, ao impacto nas notificações. Os pesquisadores compararam a taxa de notificação/1.000 pacientes-dia antes da intervenção e após. Como resultados perceberam que houve aumento nas notificações relacionadas à Tecnovigilância, Farmacovigilância e Processo de Risco, exceto em Hemovigilância. Este estudo concluiu que o aprimoramento profissional, através de estratégias educativas, pode modificar a cultura e contribuir para a melhoria da qualidade do cuidado prestado, por meio da notificação e prevenção de Eventos Adversos.

Para Capucho e Cassiani (2013), a notificação voluntária não deve ser utilizada somente para se obterem dados estatísticos, mas também como uma oportunidade de melhoria dos processos assistenciais. Ainda para estas autoras, a implantação do sistema informatizado de notificações sobre incidentes na saúde, como base para a cultura de segurança do paciente, parece ser uma estratégia viável e necessária para a melhoria da qualidade da assistência. A partir destes, os gestores poderão conhecer os incidentes que ocorrem, de forma sistematizada e, desse modo, poderão adotar estratégias de gestão de riscos para a segurança do paciente, ampliando a qualidade dos serviços ofertados à população brasileira.

O sucesso na gestão da segurança do paciente depende também de um reconhecimento do risco relacionado à assistência à saúde, que tem muitas vezes a



segurança dependente do desempenho das pessoas. Portanto, os objetivos da organização precisam ser consistentes com a meta de melhoria da segurança, prezando por uma comunicação aberta e isenta de punições para os eventos adversos e falhas de segurança e tendo um olhar sobre os incidentes de segurança não somente como problemas, mas como uma oportunidade de melhorar a assistência à saúde (ANVISA, 2013).

### 3 PERCURSO METODOLÓGICO

A seguir, será descrita a trajetória metodológica que possibilitou operacionalizar a presente investigação científica.

De acordo com Minayo (2012), a metodologia é o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade e inclui, simultaneamente, a teoria de abordagem (o método), os instrumentos de operacionalização do conhecimento (as técnicas) e a criatividade do pesquisador (sua experiência, sua capacidade pessoal e sua sensibilidade).

#### 3.1 DELINEAMENTO

Para melhor compreender o objeto investigado, a metodologia utilizada foi pesquisa de natureza exploratória com abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa estuda os fenômenos em seu cenário natural, tentando dar sentido ou interpretá-los nos termos das significações que as pessoas trazem para estes. No cenário da saúde em particular, conhecer as significações dos fenômenos do processo saúde-doença é essencial para, entre outras coisas, entender mais profundamente sentimentos, ideias e comportamentos da equipe profissional de saúde (TURATO, 2005; DENZIN e LINCOLN, 2011).

Para Minayo (2010), a pesquisa qualitativa é capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação como construções humanas significativas.

#### 3.2 CENÁRIO

A presente investigação foi realizada em um hospital geral público do estado de Minas Gerais, que é referência regional em maternidade para gestante de alto risco; Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto, Pediátrico e Neonatal; Centro Cirúrgico; Pronto Atendimento; Ambulatório de Especialidades; Centro de Reabilitação; Internação pediátrica; e Internação clínica e cirúrgica, nas modalidades convencional, psiquiátrica e doenças transmissíveis, com destaque para morbidades

como tuberculose e soropositividade para vírus da imunodeficiência humana (HIV) / Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids).

Tem como missão: proporcionar aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) assistência médica, hospitalar, reabilitação física, psíquica e social, garantindo atendimento por meio de profissionais qualificados, ambiente humanizado, buscando reinserção do indivíduo na sociedade; como visão: ser um hospital de referência macrorregional no atendimento aos usuários, reconhecido pela prestação de serviços; e como valores: ética, respeito, qualidade, crescimento, humanização, envolvimento e compromisso público.

Atualmente dispõe de 202 leitos, sendo nove de UTI Adulto e 30 de UTI Pediátrico e Neonatal. Possui 1.086 servidores, dentre estes 95 enfermeiros e 328 técnicos e auxiliares em enfermagem.

Em 2008, o hospital criou o Serviço de Gestão da Qualidade (SGQ), visando desenvolver atividades voltadas para a qualidade hospitalar, sendo o serviço composto por duas enfermeiras e um auxiliar administrativo. Em 2008, foi também criado o Núcleo de Segurança do Paciente, tendo como gestora uma enfermeira, além de uma equipe multidisciplinar, e desenvolve ações de acordo com as determinações e propostas da Anvisa, sendo uma de suas atribuições, o monitoramento dos incidentes e eventos adversos decorrentes da assistência.

O sistema disponível no hospital, cenário deste estudo, para monitoramento dos incidentes e eventos adversos é o passivo, conhecido como notificação voluntária, e foi implantado em 2013. Para tanto, é utilizado um instrumento, chamado de “Formulário para notificação e avaliação de eventos adversos” (ANEXO I), que é preenchido pelos servidores com dados sobre a ocorrência do evento; as consequências; as providências tomadas imediatamente após a sua identificação e as ações preventivas adotadas visando evitar novas ocorrências.

O formulário encontra-se na intranet para *download* e, após ser preenchido pelo responsável pela notificação no computador, é encaminhado via correio eletrônico para o Núcleo de Segurança do Paciente, que, na segunda página do formulário, classifica o ocorrido em *near miss*, evento adverso ou sentinela e analisa se as ações implementadas e medidas preventivas adotadas foram eficazes ou não. Os principais profissionais que realizam as notificações, levando-se em consideração o número de notificações realizadas, são os enfermeiros.

### 3.3 PARTICIPANTES

Nas pesquisas de natureza qualitativa, por se tratar de um processo dinâmico, não há prévia determinação de modo fechado do número de participantes. Desta forma, o encerramento do trabalho de campo se deu quando a essência dos depoimentos não apontava novas informações, e aquelas obtidas tinham relevância e consistência para atender o objeto e objetivos propostos para este estudo.

Participaram deste estudo 20 enfermeiros que foram selecionados no próprio ambiente de trabalho. A seleção dos sujeitos da pesquisa foi intencional, por ser restrita aos enfermeiros envolvidos com a assistência direta ao paciente e que estavam presentes no local de trabalho no momento da coleta de dados. Foram selecionados enfermeiros dos diversos setores assistenciais, considerando-se que o processo de notificação de eventos adversos envolve todos estes setores e turnos de trabalho. Estes enfermeiros foram recrutados através de um convite individual realizado pela pesquisadora e não houve recusa dos participantes convidados em participar da pesquisa.

Foram considerados como critérios de elegibilidade os enfermeiros de ambos os sexos, todas as faixas etárias, credos, renda e cor de pele que aceitaram participar como voluntários não remunerados, externando sua aquiescência pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO II).

Foram considerados como critérios de exclusão os enfermeiros que estavam em período de férias, licenças de qualquer natureza e que não foram localizados durante o período de coleta de dados.

### 3.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Antes de iniciar o trabalho de campo, foram requeridas as autorizações do Diretor Assistencial e da Enfermeira Responsável Técnica da instituição. Estas solicitações abrangeram a descrição da pesquisa e a garantia da infraestrutura necessária, composta por ambiente restrito que favoreça a conversa reservada, provido de mesa e cadeira.

O instrumento de coleta de dados foi composto por uma entrevista semiestruturada (APÊNDICE I). As respostas foram gravadas em gravador digital, transcritas e, a seguir, analisadas e permanecerão em posse do investigador pelo

período de cinco anos e, após esse prazo, serão destruídas. A coleta de dados aconteceu no período de novembro a dezembro de 2014.

### 3.5 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

A análise qualitativa dos dados foi realizada de acordo com a análise de conteúdo de Bardin (2006), que é definida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações. Visa obter indicadores que permitam inferir conhecimentos relativos às condições de produção e recepção de mensagens, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.

De acordo com Bardin (2006), a análise de conteúdo ocorre em três momentos:

- Pré-análise: fase de organização do material, que objetiva tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, conduzindo a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, em um plano de análise;
- Exploração do material: neste momento, é realizada a codificação do material e a reunião das unidades de significado em categorias;
- Tratamento dos resultados, inferência e interpretação: com base na literatura de fundamentação do estudo, é realizada a inferência e a interpretação dos dados, estabelecendo relações entre o objeto de análise e seu contexto mais amplo, proporcionando novas reflexões.

Tendo por base a fala dos sujeitos, os dados analisados foram agrupados nas seguintes categorias de análise: o saber do enfermeiro acerca de evento adverso, gestão de risco e segurança do paciente; o fazer do enfermeiro diante de um evento adverso; facilidades e dificuldades encontradas pelo enfermeiro na notificação de evento adverso.

### 3.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi realizada em concordância com a Resolução 466/12 do Ministério da Saúde, que trata da ética em pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2012) e a coleta de dados se deu após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa Humana.

Recebeu dois pareceres de aprovação, um do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, via Plataforma Brasil, registrado sob o n. 779.197, no dia 25/09/2014; e outro do Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Hospitalar de Minas Gerais, registrado sob o n. 009/2014, no dia 02/10/2014.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

Para sistematizar a apresentação e discussão dos resultados, optou-se inicialmente pela descrição das características dos participantes desta pesquisa, seguida pelas categorias temáticas levantadas.

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Nesta seção, são apresentados os participantes da pesquisa por meio de caracterização dos mesmos quanto à faixa etária, ao sexo, aos anos de formação, ao tempo de atuação na enfermagem, ao tempo de atuação na instituição, setor e turno de trabalho.

A análise da faixa etária revelou que 50% dos participantes encontram-se na faixa entre 25 e 35 anos, 30% entre 36 e 45 anos, 15% entre 46 e 55 anos e 5% com mais de 56 anos. Cabe ressaltar que o corpo de enfermagem da instituição pesquisada apresenta como característica uma população jovem, uma vez que, no último concurso público, homologado em 2010, houve aprovação de um grande número de enfermeiros com poucos anos de experiência profissional. Anteriormente a esse concurso, grande parte dos enfermeiros tinha como vínculo contratos temporários e tiveram seus contratos reincidentes, tendo sido, então, substituídos pelos novos efetivos, o que gerou grande rotatividade de pessoal (*turnover* na equipe).

O predomínio de profissionais de enfermagem em faixas etárias inferiores a 40 anos é corroborado pela distribuição nacional de profissionais na categoria, na qual estes se concentraram na faixa etária de 26 a 55 anos, com predomínio na faixa de 26 a 35 anos (35,98%) do total dos profissionais de enfermagem do Brasil (COFEN, 2011).

Em relação ao sexo, observa-se o predomínio de mulheres (85%), o que é compatível com os dados do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), do ano de 2010, segundo os quais 87,24% dos profissionais de enfermagem no Brasil eram mulheres e 12,76%, homens (COFEN, 2011).

Entre as razões que justificam o predomínio das mulheres na enfermagem, estão a trajetória histórica do surgimento do ofício e o modelo de enfermagem implantado no Brasil, no século XX, restringindo o ingresso à profissão apenas às

mulheres, embora já se perceba um movimento em relação à inserção de homens na profissão (PEREIRA, 2008; MACHADO, VIEIRA e OLIVEIRA, 2012).

Esta inserção foi possibilitada em especial a partir de 1949, período em que foram criadas inúmeras escolas de enfermagem no Brasil, ligadas às faculdades de medicina e, a partir da reforma universitária de 1966, que vinculou o ensino da enfermagem à universidade (PEREIRA, 1991).

Os dados desta pesquisa nos revelam que 50% dos enfermeiros participantes concluíram sua formação e atuam na área entre três meses e dez anos, 30% entre 11 e 20 anos e 20% há mais de 21 anos. Quanto ao tempo de atuação na instituição, 65% atuam entre três meses e cinco anos, 20% entre seis e dez anos, 10% entre 11 e 20 anos e 5% há mais de 21 anos. Quanto aos anos de trabalho na instituição, pode-se explicar que a concentração do ingresso há menos de cinco anos se dá em função da grande admissão de servidores aprovados em concurso público, homologado em 2010.

O tempo de formação profissional é uma característica importante para a análise do perfil dos profissionais, porém, ainda que o enfermeiro apresente vários anos de formação, isso não significa que seja veterano. O enfermeiro pode ter longa experiência em uma área, podendo, pela falta de experiência na área atual, ser considerado novato. Por conseguinte, a classificação entre novatos e veteranos deve ser feita tomando por base não o tempo de formação profissional, mas sim a experiência de atuação em um dado cenário (SILVA e FERREIRA, 2011).

Em relação ao setor de trabalho, 40% dos enfermeiros são da Internação clínico-cirúrgica adulto, uma vez que este é composto por três setores, a saber: Feminina, Masculina I e Masculina II, 15% da UTI Adulto, 10% da Maternidade, 10% da Pediatria, 10% da Unidade de Cuidados Especiais, 10% da UTI Neonatal/Pediátrica e 5% do Centro Cirúrgico.

Quanto ao turno de trabalho, 50% são do diurno, 40% do noturno e 10% trabalham em ambos os turnos, este último pelo fato de o enfermeiro possuir dois vínculos na instituição, um no turno diurno e outro no noturno, por ter sido aprovado em dois concursos públicos.

A seguir, serão apresentadas e discutidas as categorias temáticas elencadas nesta pesquisa.



## 4.2 CATEGORIAS ELENCADAS

Após a análise de conteúdo dos dados coletados, emergiram três categorias temáticas: o saber do enfermeiro acerca de evento adverso, gestão de risco e segurança do paciente; o fazer do enfermeiro diante de um evento adverso; facilidades e dificuldades encontradas pelo enfermeiro na notificação de evento adverso.

### 4.2.1 O saber do enfermeiro acerca de evento adverso, gestão de risco e segurança do paciente

Nesta categoria, é identificado o conhecimento dos enfermeiros acerca de evento adverso, gestão de risco e segurança do paciente.

A OMS define evento adverso como incidente que resulta em dano ao paciente, sendo dano compreendido como 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; e incidente como evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente (WHO, 2009).

Observa-se, a seguir, que os enfermeiros participantes expressam, nos depoimentos, ter conhecimento sobre o tema:

É aquele evento que vai trazer um prejuízo para o paciente (E1).

É alguma situação que pode gerar um risco, um dano ao paciente (E2).

É algo que acontece e que vai trazer algum dano ao paciente (E15).

É um evento não esperado sobre uma intervenção de saúde (E5).

É aquele evento que deve ser monitorado no gerenciamento de risco, que pode acontecer na manipulação do paciente e que infringe a segurança desse paciente (E6).

É todo evento que coloca em risco a segurança e a saúde do paciente (E7).

É todo evento que você não espera que aconteça, que não poderia acontecer, que você deveria evitar a qualquer custo, mas que acaba acontecendo (E8).

Como pode-se observar, os participantes fazem afirmações pertinentes em relação ao assunto, demonstrando ter entendimento do tema referente ao conceito ditado pela OMS. As falas, a seguir, reforçam este entendimento pelos participantes:

É quando acontece algo que não estava previsto para acontecer com o paciente (E9).

Consiste em um evento, em uma situação ocasionada por uma intercorrência ou uma ação indesejada de alguma intervenção e que poderia ter sido evitada (E11).

É um evento que não deveria acontecer, mas que acaba acontecendo por algum motivo e que tem que ser notificado, para que atitudes sejam tomadas e ele não aconteça novamente (E14).

Uma complicação decorrente da assistência prestada ao paciente, que pode estar relacionado à enfermagem ou a outros profissionais (E20).

No que diz respeito à gestão de risco, ela é entendida como a “aplicação sistêmica e contínua de iniciativas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional” (BRASIL, 2013a, p.2).

Os participantes também demonstram domínio quanto ao tema gestão de risco, o que pode ser visualizado nos seguintes depoimentos:

É você levantar os eventos que podem trazer prejuízos à assistência ou ao paciente e manipulá-los, a fim de minimizar ou então acabar com aquele evento, trazendo qualidade para a assistência (E1).

É quando a gente de alguma forma intervém para que não aconteçam danos ao paciente, ou seja, a gente prevê aqueles possíveis riscos que podem acontecer e a gente atua na forma de não deixar que eles aconteçam (E6).

Gerenciamento de risco é gerenciar qualquer evento que possa colocar em risco a segurança do paciente (E7).

É a administração dos riscos, aquilo que pode acontecer com o paciente. É a tentativa de você prever aquilo que pode acontecer, para que não aconteça (E10).

O saber do enfermeiro relacionado à gestão de risco está explícito nas falas e vai ao encontro do conceito mencionado anteriormente. Este fato demonstra que o profissional tem, na sua bagagem de formação, conteúdos que prezam por uma assistência de enfermagem segura. As falas seguintes também ilustram este saber:

Existem situações de maiores probabilidades de ocorrer em determinado paciente, riscos a que ele está exposto durante sua internação e a gente faz uma vigilância, antecipando situações, evitando que esses riscos cheguem a ser concretizados (E11).

Gerenciamento de riscos são atitudes que o enfermeiro vai tomar para minimizar riscos ao seu cliente (E12).

A ideia é você conseguir prever e analisar tudo aquilo que pode um dia, em alguma situação, causar um evento adverso no paciente. Desta forma, você elabora estratégias para este evento não acontecer (E13).

É uma série de atitudes que você toma, tanto no âmbito geral do hospital quanto no âmbito do seu setor de trabalho, onde você identifica, classifica, observa e toma atitudes para evitar riscos ao paciente (E15).

No que tange à segurança do paciente, ela é conceituada como redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde (WHO, 2009). As falas seguintes descrevem a segurança do paciente em acordo com o conceito mencionado:

É você tentar minimizar tudo que possa dar errado, a fim de proporcionar o melhor ao paciente, o melhor de cada profissional (E1).

São atitudes que a gente adota para evitar ao máximo a ocorrência de evento adverso com o paciente (E4).

Segurança do paciente é evitar que o paciente sofra algum dano (E7).

A segurança do paciente deve ser a meta dos profissionais. O gerenciamento do risco é o caminho para se alcançar a segurança do paciente (E9).

É tudo aquilo que é feito para prevenir que algo de nocivo aconteça com o paciente (E10).

É possibilitar que o paciente não sofra nenhuma intervenção que cause danos a ele durante a internação ou durante o período que ele está sob nossos cuidados (E11).

É minimizar o risco, ou seja, é manter o paciente numa situação que não seja oferecido risco a ele (E12).

É você, com o inventário de riscos, gerenciando os riscos, fazer com que o paciente saia melhorado de fato e, principalmente, sem nenhuma seqüela de algo que não precisava ter acontecido (E13).

Questões-chaves como minimização de risco de danos e evitar a ocorrência de eventos adversos foram citadas nas falas. O mesmo é evidenciado nos depoimentos seguintes:

A partir da identificação dos riscos, são os cuidados que a gente toma de forma a garantir que se evite qualquer dano ao paciente (E15).

É tudo que podemos fazer para evitar acidentes com o paciente (E18).

É toda ação e atitude guiada principalmente para prover para o paciente qualquer atitude com segurança (E3).

Envolve o cuidado tanto por parte da equipe de enfermagem quanto dos demais profissionais, com a saúde e a integridade física e psicológica do paciente e, principalmente, o cuidado com a resposta do paciente às intervenções realizadas (E5).

É tudo que você pode fazer pelo paciente dentro do que é proposto na internação dele (E16).

É todo o compromisso de uma instituição, de uma organização, de uma equipe com relação à segurança desse paciente (E17).

Seria todos os profissionais de saúde estar atentando para assistência ao paciente e, ao mesmo tempo, resguardando a sua segurança (E20).

Assim, os enfermeiros participantes demonstraram dominar a essência do significado e da aplicabilidade destes temas, independentemente do setor e turno de trabalho, isto é, há um equilíbrio no saber dos participantes dos diversos setores e turnos de trabalho, favorecendo uma integralidade da assistência e a continuidade do cuidado seguro ao paciente. Com a finalidade de fortalecer ainda mais esta integralidade da assistência e este equilíbrio no saber, medidas como educação permanente, implantação de protocolos assistenciais, padronização de procedimentos, processos mapeados e fluxos estabelecidos podem ser adotadas.

Neste sentido, Tellez (2013) coloca que é preciso encorajar os enfermeiros a continuar seus estudos, seja através de treinamentos em serviço, realização de pós-graduação, entre outros, pelo fato de desenvolverem um trabalho que exige conhecimentos, habilidades e atitudes.

Batalha (2012) acrescenta que a prestação de um serviço de qualidade exige o entendimento de que o processo de trabalho em saúde é complexo e apresenta problemas e situações que o conhecimento especializado e fragmentado não é capaz de atender às expectativas e necessidades dos usuários. E, também, que o trabalho edificado na intersetorialidade eficaz abre espaço de comunicação entre os profissionais dos diversos setores, gera a potencialização dos saberes e a acumulação de forças com objetivo do melhor resultado para o paciente.

#### 4.2.2 O fazer do enfermeiro diante de um evento adverso

Nesta categoria, são apontados aspectos relativos à ação do enfermeiro diante da ocorrência de um evento adverso no seu setor.

Nos depoimentos seguintes, é possível identificar que a notificação de evento adverso através do formulário padronizado pelo Núcleo de Segurança do Paciente está presente na prática do enfermeiro, quando há ocorrência deste:

Primeiro, eu sou comunicada pelo técnico em enfermagem ou por outro profissional e eu faço uma notificação para o gerenciamento de risco do hospital (E3).

Procuro notificar em um formulário já existente no setor e tomar medidas para que este evento não ocorra novamente (E12).

Nos próximos depoimentos, os participantes relatam que primeiramente tentam minimizar os danos causados ao paciente e posteriormente notificam este evento adverso:

Primeiro, faço a notificação para o núcleo de segurança do paciente do hospital, vejo o que aconteceu, a causa, tudo envolvido e, se necessário, chamo o médico plantonista pra resolver (E4).

Na ocorrência do evento adverso, tento minimizar o efeito deste evento e realizo a notificação no comitê de segurança do paciente (E7).

Ao diagnosticar o evento, tento interromper o processo, faço as ações corretivas para aquele evento e a notificação para o núcleo de segurança, para que a gente possa acompanhar e evitar que esses eventos ocorram novamente neste ou em outros pacientes (E11).

A gente sempre tenta resolver primeiro, quando não dá, a gente comunica o médico e, por final, eu notifico o evento adverso, que agora está sendo feito no computador, aí depois envio para o e-mail do núcleo de segurança (E18).

O ato de notificar os eventos adversos deve ser estimulado, uma vez que sua análise subsidia o planejamento de estratégias que minimizam sua ocorrência e previnem o acontecimento de novos eventos, reconhecendo o erro como parte integrante do sistema. A notificação pode produzir informações detalhadas sobre os EAs, de modo a orientar a definição de prioridades e o desenvolvimento de políticas e intervenções nos serviços voltados para a melhoria da qualidade na assistência à saúde (MENDES *et al.*, 2008).

Para isso, a notificação não pode ser realizada visando somente ao levantamento de dados estatísticos, e sim, encarada como oportunidade de

melhoria, subsidiando o aprimoramento dos processos e objetivando o alcance da segurança do paciente em sua plenitude.

No estudo realizado por Costa, Meirelles e Erdmann (2013), a preocupação em garantir segurança na prática assistencial de enfermagem ficou bastante evidente, entretanto, destacou-se a relevância das ações de supervisão, controle, avaliação e investigação dos processos frente à notificação dos eventos, além das estratégias que envolvam a multidisciplinaridade e interdisciplinaridade, para a melhoria contínua das práticas.

Evidencia-se, através das falas seguintes dos participantes, que há uma ação mais abrangente diante dos eventos adversos, pois, além de tentar minimizar os danos causados ao paciente e notificar o evento adverso ocorrido, ações no sentido de prevenir novas ocorrências de evento adverso também são executadas:

Primeiramente eu vou tentar solucionar aquele evento, a partir daí, vou colocar o paciente em observação, vou fazer a notificação e vou orientar a minha equipe quanto ao que aconteceu, para que não venha mais a ocorrer (E1).

Na ocorrência de um evento, primeiro a gente vai observar qual evento aconteceu, é importante notificá-lo, mas, também, ver qual dano que ocorreu no paciente. Então, primeiro você respalda a garantia da segurança desse paciente, depois notifica esse evento e toma medidas cabíveis para que ele não ocorra novamente (E6).

Carneiro *et al.* (2011) destacam que identificar e relatar os EAs que ocorrem na instituição evidencia que os profissionais de saúde, além de os reconhecerem e os notificarem, adotam medidas preventivas para minimizar ou eliminar a sua ocorrência e, ainda, acompanham o desenvolvimento das ações implementadas para a melhoria da prática em saúde.

No entanto, partindo dos depoimentos dos participantes desta pesquisa, verifica-se que E1, E6 e E12, além de notificar, programam ações de forma a evitar novas ocorrências, já E3, E4, E7, E11 e E18 não demonstram nas falas adotar estas medidas preventivas.

A notificação dos eventos adversos, a análise destes e o estabelecimento de condutas para evitar novos eventos relacionados à mesma causa devem ser utilizados como ferramentas de qualidade na assistência (SILVA, 2013).

Neste sentido, a implementação de estratégias para melhorar a segurança do paciente é um passo importante na perspectiva da cultura de segurança do paciente, porém, além disso, o serviço deve estar apto a avaliar estas estratégias, visando ao

seu aprimoramento ou alguma mudança necessária. Melleiro (2010) afirma que a avaliação em saúde vem sobressaindo como uma tecnologia, que tem como compromisso gerar informações que subsidiem as tomadas de decisões.

Françolin (2013) assegura que implementar ação de melhoria é uma das etapas mais difíceis, pois toda ação requer a provisão de recursos e apoio necessários. E, para que ela seja eficaz, deve haver acompanhamento do progresso e do sucesso das medidas quantitativas e qualitativas implementadas e se devem reconhecer publicamente aqueles indivíduos e unidades que irão executar as medidas para impulsionar a melhoria. A autora acrescenta que esta etapa é fundamental para favorecer a cultura de segurança do paciente.

Ao longo do processo de ocorrência e notificação de eventos adversos, podem surgir dúvidas, como pode ser observado no relato de um participante, que recorre ao enfermeiro do Núcleo de Segurança do Paciente para esclarecê-las e receber orientações de como proceder:

Tem uma ficha de notificação de evento adverso que a gente já conhece. Quando é um evento adverso que eu já conheço, que eu já sei como notificar, eu já preencho a ficha, se não e se eu acredito que é um evento adverso, eu faço contato com a enfermeira do Núcleo de Risco para ela me ajudar (E2).

A raiva, decepção e vergonha também aparecem permeando o processo de notificação de eventos adversos:

Fico muito brava, muito decepcionada, procuro ver qual risco que causou ao paciente primeiro e faço a notificação, quando não tem jeito, mas eu tenho muita vergonha de que ele aconteça. É uma coisa que eu não gosto de fazer (E8).

Este depoimento demonstra o sentimento de impotência de um participante, que revela sentir decepção e vergonha diante de um evento adverso que não deveria ter acontecido, atestando o seu compromisso com a profissão e com o paciente e sua preocupação em inseri-lo em seu meio social livre de danos.

A notificação de eventos adversos também ocorre em outros meios que não o instrumento padronizado, como em livro de ocorrências e prontuários, por desconhecimento da existência deste primeiro:

Particularmente desconheço um impresso de notificação, o que a gente faz é registrar no livro de passagem de plantão, porque a nossa coordenação faz a leitura do livro todo o dia e faz os encaminhamentos devidos, mas eu

desconheço um impresso ou um protocolo próprio para este tipo de notificação (E13).

Primeiro, a gente documenta na forma de livros, assim, aqui nesse hospital ainda eu não vi uma ficha, aqui eu ainda não fui apresentado a essa ficha não. O que a gente vê mais é a questão dos impressos que a gente usa, como livro de ocorrência, mas não vi nada específico relacionado a isso não (E20).

Além da notificação em meios que não o padronizado, medidas para minimizar ou corrigir os danos ao paciente são adotadas pelos participantes a seguir, diferentemente dos depoimentos de E13 e E20, nos quais não foi possível identificar se estas medidas são adotadas:

Imediatamente a gente comunica o médico e, se tiver alguma rotina, como um PRS (Procedimento Sistemático), a gente começa a proceder de acordo com esse procedimento. Você vai colocar o ocorrido, em forma de notificação e, se for o caso, a gente vai encaminhar essa ocorrência aos setores devidos (E17).

A gente faz as anotações que têm que ser feitas e procura saber dentro do que está acontecendo, o que a gente pode fazer e aí a gente tenta fazer outros programas para o bem do paciente. Eu faço isso em ocorrência e nas observações. Não me foi passado, mas sei que existe aqui dentro no hospital uma equipe justamente para isso (E16).

Toda vez que acontece um evento adverso, eu tento traçar o processo rapidamente onde aconteceu a falha e tento intervir, de forma emergencial, para evitar maiores danos ao paciente. Depois que eu fiz este levantamento inicial de risco ou de possível dano, aí eu vou ver o que eu posso fazer, se eu tenho que acionar alguém ou não. Não é tentar buscar erro no profissional, que eu acho que a gente tem que superar essa mentalidade... é ver onde aconteceu a falha e tentar notificar, comunicar o médico, fisioterapeuta, farmacêutico ou algum outro, para tentar minimizar o dano e comunicar o gerenciamento de risco da instituição (E9).

Na última fala, quando o participante afirma que não se deve buscar erro no profissional e que esta mentalidade tem que ser superada, pode-se notar sinal de amadurecimento quanto ao processo de notificação. Muitas vezes, o erro não é somente do profissional e sim do sistema, de processos mal mapeados e sem barreiras de segurança, que viabilizam a ocorrência de evento adverso.

Para Kohn, Corrigan e Donaldson (1999), culpar somente o profissional que atua à beira leito dificulta a análise dos erros latentes do sistema que contribuem para a ocorrência dos eventos adversos.

Apesar de conhecer o instrumento padronizado, a notificação é realizada em livro de ocorrências, que é o padrão dentro do seu setor, e que o participante considera ser uma forma mais direta de notificação, que o instrumento padronizado:



Tem que colocar no livro de ocorrência, tem que tomar as atitudes para a gente resolver esse evento adverso e a gente tem que tomar também atitudes pra isso não acontecer novamente. Toda notificação é feita nesse livro de ocorrência, então não tem problema com notificação, eu sei que em outros setores tinha algum impresso que você poderia imprimir e fazer (a notificação), mas aí você tem que imprimir, você tem que lembrar que você tem que imprimir aquilo, que aquilo está na rede. Já no meu setor, é mais direto, você não tem como escapar (E10).

Através deste depoimento de E10, pode-se notar que os eventos adversos que ocorrem no seu setor possivelmente estão sendo notificados somente dentro do seu setor e não estão sendo notificados ao Segurança do Paciente, gerando uma subnotificação, evitando que ações sistêmicas de melhoria sejam implementadas para corrigir os problemas que estão levando à ocorrência destes eventos adversos.

A realização da notificação no livro de ocorrência é justificada por um participante, por ainda não ter recebido um treinamento de como realizar a notificação no instrumento padronizado:

No meu plantão noturno, primeiro eu relato no prontuário do paciente, eu comunico ao médico plantonista e mantenho uma observação, além de orientar também a minha equipe sobre o que a gente pode fazer e o que a gente tem que observar. Eu sei que existem formulários de notificação, mas a gente não recebeu treinamento. Alguém me falou, eu puxei (baixou no computador), li, mas a questão do escrever mesmo fica no prontuário do paciente e livro de ocorrência (E15).

Este depoimento acima demonstra a necessidade de realização de treinamentos com a equipe quanto às rotinas e aos procedimentos padronizados pelo hospital, visando a uma uniformidade nas condutas dos diversos profissionais, evitando problemas como a subnotificação de eventos adversos, entre outros.

Para Farah (2003), a educação em serviço é uma prática inerente ao processo de trabalho e é composta por ações educativas no ambiente de trabalho para fazer com que o profissional consiga relacionar o que lhe está sendo transmitido à sua prática diária. Desta forma, a educação em serviço objetiva o desenvolvimento profissional e provê aos serviços profissionais mais capacitados para o trabalho.

Um participante não relata, no depoimento, fazer algum tipo de notificação e, sim, intervenções com a equipe no sentido de relatar o ocorrido e modificar condutas:

Quando acontece algum erro, eu chamo em particular a funcionária e, depois disso, eu chamo toda a equipe. Aí a gente tem que fazer assim, novo procedimento, a partir de então, tem que ser modificado (E10).

Em um depoimento, é citado o *near miss* (quase erro), que, segundo o participante, vem sendo trabalhado, pelo fato da probabilidade de se tornar um evento:

Outra coisa que a gente vem trabalhando muito é o *near miss*, o quase evento, é aquilo que você está vendo, se você não tomar uma providência, amanhã ele vai virar evento (E13).

Tão importante quanto notificar o evento adverso é notificar o *near miss* ou quase erro, que se manifesta de forma latente e que, se não for tratado, pode transformar-se em um evento adverso, causando danos ao paciente e comprometendo a qualidade e segurança do cuidado.

Corroborando, Reason (1997) salienta que as notificações são mais frequentes à medida que o erro atinge o paciente, fazendo com que as falhas latentes permaneçam e possam se manifestar posteriormente.

O relato a seguir se mostrou preocupante, uma vez que o participante afirma que, por desconhecimento, não estava atento para a ocorrência de evento adverso, que não houve nenhum tipo de orientação quanto ao assunto e que não saberia como agir diante da ocorrência de um:

Eu não estou me recordando agora de nenhum evento adverso, mas pode ser que ele tenha existido e eu não tenha prestado atenção. Aqui no hospital, que eu me recorde, eu nunca vivenciei nenhum ou nunca prestei atenção se aconteceu e eu nunca notifiquei, nunca tomei providência. Se acontecer algum evento adverso, eu não saberia identificá-lo, nem como proceder porque eu não tenho orientação (E14).

A fala supracitada (E14) vai ao encontro dos dados apontados pelo relatório “2014 User Comparative Database Report: Hospital Survey on Patient Safety Culture” da *Agency for Healthcare Research and Quality* (2014), no qual o banco de dados, em março de 2014, era composto por 405.281 entrevistados de 653 hospitais, sendo 35% profissionais de enfermagem, e que concluiu que mais da metade dos entrevistados (56%) não relatou pelo menos um evento em seu hospital ao longo dos últimos 12 meses.

Isso denota um desconhecimento por parte dos profissionais do processo de notificação. Pelo fato de a subnotificação dos eventos significar potenciais problemas para a segurança do paciente e poder ocorrer por falhas no reconhecimento e identificação dos eventos, a notificação de eventos foi identificada como uma área com necessidade de melhoria para a maioria dos hospitais participantes do estudo.

Essa subnotificação, tendo por base o relato E14, pode estar presente na instituição cenário deste estudo, uma vez que este participante afirma nunca ter notificado um evento adverso e não o saber identificar.

A notificação dos eventos adversos no hospital se dá de forma variável entre os setores e entre os enfermeiros participantes, sendo que parte utiliza o instrumento padronizado e o encaminha para o Núcleo de Segurança do Paciente, via e-mail; parte conhece o instrumento, mas notifica no livro de ocorrência, uma vez que, em seu setor, utiliza este livro como meio de notificação; e parte não conhece o instrumento padronizado e notifica no livro de ocorrências ou não notifica. Isso pode estar gerando uma subnotificação de eventos adversos no hospital, impedindo a aplicação de medidas corretivas e preventivas e colocando em risco a segurança do paciente. Neste sentido, parte das notificações pode não estar sendo utilizada para o fim a que se destina, que é corrigir os erros e garantir a segurança do paciente, e permanecendo como relatos em livros de ocorrências. O participante E13 afirma que:

Nada como uma notificação de evento para você melhorar os processos (E13).

E este é justamente o objetivo, melhorar os processos e criar barreiras capazes de prevenir a ocorrência do erro.

#### **4.2.3 Facilidades e dificuldades encontradas pelos enfermeiros na notificação de evento adverso**

Nesta categoria, os participantes expressam sua percepção quanto aos aspectos facilitadores e dificultadores do processo de notificação de evento adverso.

### 4.2.3.1 Facilidades

Para obter melhor adesão às notificações de eventos adversos, ações que facilitem este processo poderão aumentar o número e a qualidade destas notificações e, a partir daí, ações para prevenir sua ocorrência poderão ser tomadas.

No que tange às facilidades encontradas pelos enfermeiros para a notificação dos eventos adversos, o fato de haver um instrumento de notificação padronizado aparece em grande parte dos depoimentos como algo que beneficia o processo de notificação:

A facilidade é existir este protocolo, existir um formulário de notificação próprio no sistema, na rede (E3).

Facilidade que eu encontro é a observação mais próxima do paciente pela enfermagem, a sistematização e o fato de se encontrar isso com facilidade dentro dos documentos do hospital (E5).

Existe uma planilha na instituição que a gente consegue notificar de forma ordenada estes eventos adversos (E7).

Os instrumentos que a gente tem de trabalho facilitam isso e encarar como parte do meu trabalho ter que fazer isso (E8).

As orientações recebidas, além de existir um instrumento padronizado para notificações, e o fácil acesso a este instrumento, também aparecem como facilitadores:

As orientações que foram me dadas pela minha chefia imediata e esse formulário que é de fácil acesso (E12).

O fácil acesso ao instrumento de notificação e o conhecimento de quais são os eventos notificáveis favorecem o processo de notificação, conforme os seguintes depoimentos:

A disponibilidade, o fácil acesso à ficha de notificação deste evento adverso e a orientação que a gente recebeu desde o início, que teria que preencher um anexo (instrumento padronizado) e encaminhá-lo para o setor de qualidade; e também de saber quais são os eventos que eu tenho que notificar. Então acho que isto tudo envolve a orientação (E1).

Eu já baixei no meu computador, fiz uma pasta de evento adverso no meu setor, então ali já tem o modelo de notificação e tudo que tem que ser notificado (E4).

O conhecimento se configura como uma facilidade, uma vez que o enfermeiro, tendo o conhecimento e os instrumentos necessários, utiliza-os para executar os procedimentos de forma eficiente e eficaz.

Aspectos relativos ao fluxo bem estabelecido pelo Núcleo de Segurança do Paciente e o seu *feedback* são apontados como colaboradores, além da facilidade de preenchimento do instrumento, citada por E2:

Existe uma ficha de notificação de evento adverso que a gente já conhece. Eu acho que a ficha é simples de preencher, que é fácil fazer o contato com a enfermeira do núcleo de risco. A gente manda um e-mail e, no mesmo dia, ela me responde (E2).

Eu acho que a organização do serviço permite isso, esse fluxo já bem estabelecido com o núcleo de segurança e mesmo o retorno do núcleo de segurança para a gente, eu acho que esses são os maiores facilitadores que a gente tem (E11).

O *feedback* é uma importante ferramenta de gestão que viabiliza uma prática reflexiva, pois, a partir dele, o profissional pode rever sua conduta, favorecendo seu aprimoramento profissional.

Para Collins (2004), o *feedback* permite uma conscientização valiosa para a aprendizagem, uma vez que ressalta as dissonâncias entre o resultado pretendido e o real, incentivando a mudança e apontando os comportamentos adequados, motivando o indivíduo a repetir o acerto.

Uma vez que reforça a prática reflexiva, o *feedback* está fortemente vinculado ao conceito de desenvolvimento profissional contínuo, habilidade considerada essencial (RODGERS e MANIFOLD, 2012).

Outro ponto destacado como facilitador é o fato de o processo de notificação ser informatizado:

A facilidade que eu encontro no setor é o computador, porque já tem o modelo, já é mais fácil, não precisa ficar escrevendo (E18).

O fato de o processo de notificação ser informatizado, assim como aponta a fala do participante E18, é apresentado por alguns estudos como uma estratégia importante para o aumento no número de notificações e a melhoria da qualidade destas notificações, entre outras vantagens.

Um estudo realizado por Capucho (2012) demonstrou que as notificações podem ser encaminhadas tanto por meio manuscrito como informatizado, mas que o

segundo parece ser mais vantajoso, uma vez que a sua utilização teve como consequência um aumento do número de notificações em 58,7%, maior qualidade dos relatos e eliminação da ilegibilidade e de rasuras. Desta forma, refere que a implantação desse sistema como base para a cultura de segurança do paciente parece ser uma estratégia viável e necessária para a gestão de riscos e qualificação da assistência.

Capucho, Arnas e Cassiani (2013) acrescentam que o sistema informatizado é uma importante estratégia de promoção da qualidade aliada à sustentabilidade, uma vez que, ao deixar de utilizar papéis, os gastos com materiais de consumo podem ser reduzidos, assim como a geração de resíduos, como papéis, cartuchos de tinta e canetas. Ainda salientam que o sistema informatizado reduz o tempo de chegada da informação; diminui a possibilidade de extravio e perda de informações; elimina a necessidade de espaço para arquivo físico; além de permitir o manuseio ágil das informações e a análise de indicadores de gestão.

A redução do tempo gasto com o envio do relato aumenta a participação dos profissionais de saúde, bem como sua disponibilidade junto aos pacientes, permitindo o envolvimento do paciente e seus cuidadores no processo de monitorização de riscos e incidentes em saúde. A utilização de um sistema informatizado de notificações em plataforma web possibilita que qualquer pessoa com acesso à internet faça uma notificação (CAPUCHO e CASSIANI, 2013).

Na fala seguinte, o fato de haver um livro de ocorrência para assinalar o episódio de evento adverso aparece como simplificador, pelo fato de auxiliar na lembrança da necessidade de notificação, demonstrando o possível desconhecimento da existência do instrumento padronizado para notificação:

Tem um livro que a gente tem que colocar se houve evento adverso ou não, então isso facilita você ativar sua memória para anotar que ocorreu aquele evento adverso e tomar as atitudes. Como tem esse livro de ocorrência, fica mais difícil de dispersar, é resolvido normalmente no mesmo dia (E10).

Apesar de a existência de um livro de ocorrência para a notificação de eventos adversos ser apontada como um facilitador, isso vai contra o fluxo padronizado para a notificação dos eventos adversos e, com base neste depoimento, pressupõe-se que somente ações isoladas no setor estão sendo executadas. Desta forma, é provável que o conhecimento da ocorrência destes

eventos não esteja chegando ao Segurança do Paciente, impedindo a adoção de ações sistêmicas de prevenção.

Além da existência do livro de ocorrência apontada no relato anterior, a proximidade com o paciente também aparece como simplificador:

Eu acho que o fato de você estar bem próximo do paciente, o fato de ter um sistema e o livro de ocorrência (E15).

Um estudo realizado por Lucero, Lake e Aiken (2010) destacou que há uma associação significativa entre a qualidade dos cuidados de enfermagem e de eventos adversos em hospitais. As evidências deste estudo sugerem que as necessidades de cuidados de enfermagem não atendidas foram significativamente associadas com eventos adversos em hospitais de cuidados agudos. Em contrapartida, sugerem que o tempo que os enfermeiros gastam com os pacientes, maximizando a prestação de cuidados de enfermagem, poderia resultar em uma redução na ocorrência de eventos adversos em hospitais.

Desta forma, a assistência de enfermagem desempenha um papel significativo na qualidade do atendimento ao paciente, e a ocorrência de eventos adversos pode ser mitigada quando os enfermeiros passam mais tempo com os pacientes prestando os cuidados necessários. Além disso, para estes autores, o tempo gasto com os pacientes fornece aos enfermeiros a oportunidade de identificar sinais e sintomas de complicações, e com uma ação rápida, podem evitar a deterioração das condições dos pacientes e até mesmo eventos adversos.

O fato de ter o gerenciamento de riscos à beira leito, onde os riscos aos quais o paciente está exposto estão mapeados e sinalizados na cabeceira do paciente, é citado como facilitador:

Facilidades que eu encontro são dispositivos que já prevêm quais tipos de eventos podem acontecer. Então a gente já tem instrumentos próprios para a gente marcar (os riscos aos quais o paciente está exposto) e também dispositivos visuais, através dos quais a gente pode cercar o paciente daquilo que pode, possivelmente, acontecer com ele (E6).

Na fala do participante E6, verifica-se que o gerenciamento de riscos à beira leito é apontado como facilitador do processo de notificação de evento adverso, e este, realmente, configura-se como uma ferramenta fundamental na melhoria da segurança do paciente.

Hinricksen *et al.* (2011) ressaltam que, para que se possam prevenir riscos, é necessário identificar e analisar a origem do evento para que ações preventivas possam ser sistematizadas de forma pró-ativa e não somente quando ocorrem. Neste contexto, o estabelecimento de uma sistemática de gestão de riscos na instituição pode ser um caminho para alcançar um melhor controle e monitoramento de processos.

Ainda no pensamento dos autores citados anteriormente, elaborar um diagrama que identifique os riscos poderá ser uma ferramenta de controle da qualidade institucional, em que não só se identificam as lideranças responsáveis pelo monitoramento das situações adversas, mas também os potenciais indicadores de controle da segurança do paciente.

Françolin (2013) salienta que o principal objetivo da gestão de riscos na área de saúde é a redução dos EAs, ou seja, evitar lesões não intencionais que podem resultar em incapacidade temporária ou permanente, morte ou prolongamento da internação, em que a causa está na assistência à saúde e não no processo propriamente dito da doença.

No relato que se segue, a facilidade para a notificação dos eventos adversos é apontada como não sendo proporcionada pela instituição, mas sim pessoal, pelo fato de o participante E9 considerar que não há ainda no hospital uma cultura de segurança do paciente e sim ações isoladas de profissionais preocupados com esta questão:

A facilidade é mais pessoal, de eu ter sensibilização para a importância disso. Ainda não percebo na instituição uma cultura que valoriza o gerenciamento de risco e a segurança do paciente, eu vejo ações isoladas. O processo está começando e eu acho que tem muito a caminhar, mas facilidade institucional eu não vejo nenhuma até então. Pode ser que tenha e eu não esteja percebendo, mas eu acho que (a facilidade) é mais a minha e de outros profissionais que enxergamos a importância do gerenciamento de risco e da segurança (E9).

Apesar de existir na instituição ações que valorizam a segurança do paciente, pode-se notar pela fala supracitada, que isso precisa ser mais divulgado e ampliado para que seja do conhecimento de todos e, desta forma, incorporado na prática diária.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013a), a expressão “segurança do paciente” faz referência aos fatores que influenciam as instituições a implementar a cultura de segurança, levando-se em consideração as melhores práticas. Destaca



ainda que a cultura de segurança se configura como uma cultura na qual todos os trabalhadores assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares; que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais; que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança; que promove o aprendizado organizacional a partir da ocorrência de incidentes e que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança (BRASIL, 2013a).

Nieva e Sorra (2003) complementam que a cultura de segurança de uma organização é o produto dos valores individuais e do grupo, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento que, por sua vez, determinam o estilo, a proficiência da saúde organizacional e a gestão da segurança. Alcançar uma cultura de segurança requer uma compreensão dos valores, crenças e normas, sobre o que é importante em uma organização e que atitudes e comportamentos relacionados à segurança do paciente são esperados e apropriados. Organizações com cultura de segurança positiva são aquelas caracterizadas por comunicação baseada na confiança mútua, por percepções compartilhadas da importância da segurança e pela eficácia de medidas preventivas aplicadas.

É fundamental que haja a disseminação dos conceitos da cultura de segurança do paciente para todos os profissionais, para que haja uma melhor introspecção desta em todas as fases do cuidado (HINRICKSEN, 2011).

No ambiente organizacional da maioria dos hospitais, pelo menos seis grandes mudanças são necessárias para iniciar a jornada com vistas a uma cultura da segurança: é necessário mudar a compreensão de erros como falhas individuais, para erros como falhas do sistema; mudar de um ambiente punitivo para uma cultura justa; mudar do sigilo para a transparência; mudar o cuidado centrado no médico, para centrado no paciente; mudar os modelos de cuidado baseados na excelência do desempenho individual e independente, para modelos de cuidado realizado por equipe profissional interdependente, colaborativa e interprofissional; e mudar a prestação de contas para universal e recíproca, e não do topo para a base (BRASIL, 2014).

O participante E9 ainda acrescenta que:

Muitas instituições hoje estão buscando o processo de acreditação hospitalar e isso é obrigatório, mas por ser obrigatório não quer dizer que

as instituições tenham sensibilidade para isso, então, acho que isso precisa ser algo formal, que passe a fazer parte da cultura e que as pessoas enxerguem a necessidade de fazer esse gerenciamento de risco e de notificar os eventos adversos (E9).

A implementação de programas de qualidade em serviços de saúde proporciona às instituições de saúde melhor controle dos custos, redução de perdas; melhora a segurança de pacientes e profissionais, tornando-se mais competitiva no mercado, através do atendimento de requisitos e necessidades dos clientes, bem como demonstra eficácia e eficiência nos resultados obtidos (ALVES, 2009).

Os participantes E13 e E14 relatam não haver facilidade para a notificação dos eventos adversos. E14 destaca que não há facilidade devido ao desconhecimento do que notificar:

De verdade, hoje nenhuma (E13).

Facilidade nenhuma, porque eu nem sei qual evento poderia acontecer. Assim, agora, nem sei! (E14).

Diante da fala de E14, podemos perceber que há uma maior necessidade de treinamento quanto ao processo de notificação e aos conceitos que o cercam.

Para que se alcance eficiência e eficácia no trabalho da enfermagem, é necessário que as ações educativas sejam uma realidade no cotidiano de seu trabalho, uma vez que esta se constitui como uma profissão em que estão inseridos diversos fatores que podem interferir em seu processo de trabalho, tais como forte carga emocional e física, horários de trabalho atípicos, longas jornadas, insuficiência de funcionários e falta de autonomia e motivação (CORTEZ, 2013).

A educação em serviço objetiva o desenvolvimento profissional, provendo aos serviços profissionais mais capacitados para o trabalho, ou seja, é prática inerente ao processo de trabalho, composta por ações educativas no ambiente de trabalho, para fazer com que o profissional consiga relacionar à sua prática diária o que lhe está sendo transmitido (FARAH, 2003). Para tanto, a Educação em Serviço pode minimizar suas dificuldades, motivá-lo e incentivá-lo a mudanças positivas, promovendo desenvolvimento profissional e pessoal (PASCHOAL, MANTOVANI e MEIER, 2007).

Cortez (2013) coloca que o estabelecimento de um programa de educação em serviço, tendo como base a interdisciplinaridade, propicia maior interação na

equipe de saúde, oportunizando a promoção da aprendizagem e intercâmbio dos conhecimentos.

A educação em serviço é uma boa estratégia para que haja uma cultura de segurança consolidada na instituição, buscando sempre melhoria contínua e segurança do paciente.

#### 4.2.3.2 Dificuldades

Para obter melhor adesão dos profissionais às notificações de eventos adversos, é importante que ações para corrigir os pontos que dificultam este processo sejam colocadas em prática.

A inadequação de pessoal pode ser um dos pontos que prejudicam este processo. Neste sentido, Gaidzinski, Fugulin e Castilho (2010) afirmam que o dimensionamento do pessoal de enfermagem é compreendido como um processo sistemático, que fundamenta o planejamento e a avaliação do quantitativo e qualitativo de pessoal de enfermagem necessário para prover os cuidados, de forma que seja assegurada a qualidade da assistência aos pacientes e esteja de acordo com a missão da organização e com a singularidade de cada serviço. Acrescentam que, para calcular esse dimensionamento, deve-se levar em consideração a carga de trabalho da unidade, o índice de segurança técnica para cobertura das ausências no serviço e o tempo efetivo de trabalho.

Para os participantes E1 e E7, a falta de tempo e a sobrecarga de trabalho aparecem como dificultadores no processo de notificação dos eventos adversos:

Infelizmente, às vezes, você vê o erro, você, enfermeiro, vai lá e soluciona, mas não expande para equipe e não tem tempo para fazer a notificação, fica só para você. Então isso compromete a segurança e aumenta o risco de aquele evento acontecer novamente. Então, assim, o grande problema meu hoje é falta de tempo. O ideal seria, quando acontecer, eu ter tempo de notificar, eu ter tempo de passar as orientações para a equipe, dar este *feedback*, porque não adianta só eu fazer a notificação, pois se perde por aí (E1).

A dificuldade que eu encontro para notificação é a carga de trabalho aumentada (E7).

A inadequação quantitativa e qualitativa do pessoal de enfermagem pode lesar a clientela e comprometer legalmente a instituição pela maior possibilidade de

ocorrência de falhas, decorridas da sobrecarga de trabalho e da deficiente qualidade da assistência prestada (GAIDZINSK, 1991).

De Magalhães, Dall'agnol e Marck (2013) analisaram a carga de trabalho da equipe de enfermagem e sua potencial relação com a segurança do paciente, em unidades de internação das áreas clínica e cirúrgica de um hospital universitário. Os achados deste estudo evidenciaram associações significativas entre carga de trabalho e a segurança dos pacientes, sendo que as equipes de enfermagem que possuíam menos pacientes sob seus cuidados apresentaram os melhores indicadores de qualidade assistencial e gerencial de segurança do paciente.

Um estudo conduzido por Batalha (2012) constatou que os participantes da pesquisa, quando questionados quanto ao quadro de profissionais de enfermagem ser suficiente para o desenvolvimento das atividades, 54,1% discordaram, demonstrando que, na visão destes profissionais, o quadro de pessoal não é suficiente para atender à demanda de necessidades dos pacientes.

Versa *et al.* (2011), através de uma pesquisa de revisão integrativa, demonstraram que os estudos encontrados evidenciaram um déficit na qualidade da assistência, quando os pacientes eram atendidos por uma equipe subestimada. Nos estudos americanos com pacientes cirúrgicos, destacaram-se taxa de extubação acidental de 10,8% e aumento de 43% de complicações médicas (infecção hospitalar) (AMARAVADI *et al*, 2000; DIMICK *et al*, 2001; PRONOVOST *et al*, 2001). Outro estudo americano detectou um aumento de 7% de quedas (HUGONNET, UÇKAY e PITTET, 2007). Dois estudos europeus foram desenvolvidos para avaliar a influência do dimensionamento nas taxas de infecções hospitalares, sendo que a primeira pesquisa constatou aumento de 50% de risco de infecção para pacientes atendidos por número de pessoal de enfermagem subestimado (HUGONNET, CHEVROLET e PITTET, 2007) e a segunda detectou 30% de redução de infecções hospitalares entre aqueles que foram atendidos por um quantitativo de enfermagem adequado (HUGONNET, VILLAVECE e PITTET, 2007). Desta forma, percebe-se que a adequação quantitativa e qualitativa dos profissionais de enfermagem resulta em um cuidado mais seguro e de melhor qualidade.

Para Panunto e Guirardello (2012), a aplicação do *Nursing Activities Score* (NAS), instrumento com a finalidade de mensurar a carga de trabalho da enfermagem, deve ser considerada no cotidiano da UTI, uma vez que torna o

processo de trabalho de enfermagem mais direcionado às demandas do paciente e auxilia na administração de pessoal junto à gerência dos serviços hospitalares.

A realização de treinamentos também é apontada como ponto de melhoria, como pode ser visualizado no depoimento a seguir:

Eu gostaria de ter tido maior treinamento sobre o que seria o gerenciamento de riscos. A gente até teve uma introdução, mas muito breve e superficial. Eu gostaria de ter tido mais acesso a esse tema, principalmente enquanto capacitação profissional (E5).

Eu queria ressaltar a necessidade de treinamento, pois acho que no hospital há certa dificuldade em relação a treinamentos, como horários complicados, às vezes, no meio da passagem de plantão, eu gostaria de sugerir que a gente tivesse um projeto de treinamento mais estruturado (E15).

Os treinamentos no plantão noturno ficam a desejar, pois a gente não tem treinamento no plantão noturno e, quando tem, é muito vago (E16).

A comunicação efetiva, quando centrada no diálogo, na interação e no compartilhamento de ideias entre gerentes e sua equipe de trabalho, pode contribuir para a satisfação pessoal, realização profissional e, desta forma, gerar um impacto positivo na qualidade dos cuidados de enfermagem, no âmbito hospitalar, para os pacientes (SANTOS *et al.*, 2011).

Hinrichsen *et al.* (2011) afirmam que sistematizar um processo educativo permanente para todas as equipes multidisciplinares, focando riscos advindos de erros e eventos adversos, segundo legislações e padrões de qualidade, poderá ser a melhor estratégia para se conseguir melhoria da qualidade institucional.

Em outro depoimento, um participante relata que, apesar de ter recebido treinamento, ainda não o colocou em prática:

Recebi um treinamento, mas, em prática mesmo, a gente ainda não chegou a estar executando não. A gente trabalha dentro da rotina que já existia. Dentro do que tem mais novo hoje, em termos assistenciais, de equipe multiprofissional, ainda não (E17).

Além da falta de treinamento, a falta de informação e o desconhecimento de quais são os eventos notificáveis, segundo os relatos dos participantes, configuram-se como obstáculos para a efetividade do processo:

Quando é evento adverso corriqueiro, às vezes, a gente perde a notificação, ou quando é um evento adverso que a gente não conhece, não sabe que é evento adverso. Tem que ter mais familiaridade (E2).

A dificuldade que eu encontro é, como eu comecei agora a atuar como profissional de enfermagem, eu ainda não tinha o conhecimento global sobre quais são os eventos adversos notificáveis ou não. Então, tudo que acontece de diferente, eu tenho que consultar o colega ou tenho que consultar o material, para ver se é necessário mesmo essa notificação ou não (E5).

Essa falta de informação, de comunicação, de conhecimento sobre quais são os possíveis eventos adversos que podem acontecer. Sob minha percepção, isso pode estar acontecendo por eu ser um profissional do noturno. Eu percebo que muitas coisas que são cobradas da gente não foram passadas formalmente e a gente descobre na hora em que outro colega comenta (E14).

Um levantamento realizado em 2008, em um hospital filantrópico de Ponta Grossa, sobre o conhecimento da enfermagem a respeito da gestão de riscos, evidenciou que apenas 50% da equipe tinha conhecimento dos riscos que permeiam a segurança do paciente, embora a maioria da equipe sabia como preveni-los (GASPAR et al, 2009).

Neste sentido, mais uma vez, a educação em serviço aparece como aliada deste processo e deve ser estendida a todos os setores e turnos de trabalho para que seja bem-sucedida. É importante que os profissionais conheçam quais são os eventos adversos notificáveis e saibam diferenciá-los de outros acontecimentos, como, por exemplo, não conformidades, para que não haja subnotificação destes eventos.

No estudo realizado por Costa, Meirelles e Erdmann (2013), foi identificado que as ações adotadas por enfermeiros na gestão de risco, consideradas como sendo as melhores práticas, estão relacionadas às ações de educação, à análise crítica da realidade e às múltiplas dimensões da gestão. E, desta forma, pode-se considerar que estas melhores práticas fortalecem as práticas de segurança, no âmbito da assistência de enfermagem.

Existe consenso entre os estudiosos do tema que os números relatados de EA sejam uma estimativa muito modesta do valor real do problema. Como resultado, depara-se com a indesejável subnotificação e omissão de relato de eventos indispensáveis para a implementação de medidas preventivas (KOHN, CORRIGAN e DONALDSON, 1999). Isso corrobora com as seguintes falas:

A dificuldade é do funcionário, técnico de enfermagem, repassar para a gente a informação, por medo de alguma retaliação, de alguma punição, em relação ao erro dele (E3).

Eu acho que é a subnotificação, o funcionário erra e não faz uma evolução bem feita do que ocorreu. Eles tentam esconder o ocorrido (E4).

A dificuldade é a falta de sinceridade dos funcionários. Muitas vezes, eles erram e ficam quietos. Acho que é medo que eles têm, ficam negando. Aí, quando chega à tona, é porque já aconteceram várias vezes. E isso me preocupa muito (E19).

Para tanto, os eventos adversos têm que ser tratados como oportunidades de melhoria, para que a subnotificação não esteja associada ao medo dos profissionais em notificá-los, por temerem represálias como punição aos seus erros. Isso é citado por um participante:

Deve-se mostrar que isso vai trazer melhoria na assistência e que nenhuma pessoa vai ser penalizada por causa disso. As pessoas têm medo de notificar, pensam que o erro vai denegrir a imagem do setor, do funcionário e a própria imagem. Acho que é isso que a gente tem que superar e isso vai depender também de quem lidera esse processo, como conduz a notificação dos erros (E9).

No relatório “*2014 User Comparative Database Report: Hospital Survey on Patient Safety Culture*” da *Agency for Healthcare Research and Quality* (2014), 50% dos 405.281 profissionais de saúde entrevistados até março de 2014 sentem que seus erros são usados contra eles, 35% temem que erros cometidos por eles sejam mantidos em seu arquivo pessoal e 64% consideram que os erros levaram a mudanças positivas na instituição.

Para Silva *et al.* (2011), a subnotificação dos eventos adversos, relacionada ao medo da punição, pode limitar a efetividade dos registros desses eventos e a avaliação da qualidade. Desta forma, a cultura de segurança voltada ao paciente deve ser fortalecida, incentivando que a notificação dos eventos adversos aconteça de forma sigilosa e anônima, evitando buscar culpados, desestimulando, assim, a subnotificação.

Atualmente, o movimento para a segurança do paciente substitui os sentimentos de culpa e vergonha por uma nova abordagem, a de repensar os processos assistenciais, visando antecipar a ocorrência dos erros (ANVISA, 2011).

Além da subnotificação, no relato a seguir, pode-se destacar como dificuldade a falta de envolvimento dos profissionais das diversas áreas na notificação dos eventos adversos:

Eu acredito que a maior dificuldade que a gente tem hoje seja a subnotificação, porque não há um envolvimento de todos os profissionais. Então a gente observa que a equipe de enfermagem é muito preocupada

com a notificação de evento, mas os demais profissionais não estão engajados nessa cultura ainda (E11).

Para um bom resultado, é necessário o envolvimento de todos os profissionais da instituição com o objetivo comum de zelar pela segurança do paciente. Esse pensamento comunga com o de Severo *et al.* (2010), Hinricksen (2011) e Branco (2010), conforme exposto a seguir.

Para as ações de gestão de riscos serem efetivas, é necessária a sensibilização de todos os integrantes da instituição em seu papel de evitar riscos, estejam eles envolvidos na assistência direta ou não, pelo fato de cada um estar, de alguma forma, relacionado à segurança do paciente (SEVERO *et al.*, 2010).

Corroborando, Hinricksen (2011) ressalta que, para uma cultura de qualidade e segurança do paciente, é necessária uma política institucional que abranja todas as fases do cuidado ao paciente e as diversas equipes multidisciplinares.

Para Branco (2010), a promoção de segurança e prevenção de danos deve ser a primeira consideração em todos os atos e tarefas, e é responsabilidade de todos os colaboradores, membros das equipes multidisciplinares, visitantes, familiares e pacientes.

Campos e Melo (2002) acrescentam que as pessoas reportam-se diretamente ao enfermeiro como agente potencialmente integrador no processo de comunicação da organização, esperando-se que ele seja o elo na cadeia de comunicação, pelo fato de estar em contato com toda equipe multiprofissional. Salientam que é a ele que a administração do hospital se dirige para que as normas e protocolos sejam implantados, quer para assuntos ligados diretamente à enfermagem ou não.

Em relação à subnotificação de eventos adversos, uma pesquisa realizada por Claro *et al.* (2011) constatou que a maioria dos enfermeiros participantes do estudo (50-71,4%) percebe a existência de subnotificação de EA nas suas unidades de trabalho e que os motivos seriam: sobrecarga de trabalho (29-25,2%), esquecimento (26-22,6%), não valorização dos EAs (23-20,0%), sentimentos de medo (18-15,7%), vergonha (13-11,3%) e outros (6-5,2%).

Neste estudo, a vergonha é citada por um depoente:

Faço a notificação, quando não tem jeito, mas eu tenho muita vergonha de que ele aconteça. É uma coisa que eu não gosto de fazer. A minha vergonha pessoal de que eles aconteceram é a única dificuldade que eu tenho, ficar com vergonha de que aconteceu alguma coisa que não



precisava, não poderia ter acontecido, mesmo que tenha sido eu que tenha cometido (E8).

O processo de notificação deve ser entendido como uma oportunidade de melhoria e deve-se utilizar esta ferramenta em prol da segurança do paciente, pois a punição, a autopunição e a vergonha, este último citado na fala do participante E8, não diminuirão a incidência de evento adverso, mas possivelmente diminuirão a sua notificação. Alguns estudiosos da área têm se preocupado com essa questão.

Kohn, Corrigan e Donaldson (1999) citam que a abordagem tradicional *vergonha e culpa* frente aos eventos adversos, dando ênfase à culpabilidade dos indivíduos, não apenas distancia o foco central da falência dos sistemas de cuidado à saúde, como também contribui para desencorajar os indivíduos a relatarem erros, que passam a temer represálias ou outra consequência adversa.

Carvalho *et al.* (1999) ressaltam que pouco é realizado nas instituições de saúde brasileiras para a verificação do motivo do erro. As intervenções adotadas pela chefia frente à ocorrência do erro são, em geral, ações punitivas e individuais, conforme a gravidade e consequência do erro no paciente, e raramente treinamentos voltados para a prevenção de futuros erros são realizados.

Um estudo conduzido por França (2013) em sete hospitais públicos e privados na cidade de Ribeirão Preto evidenciou que, dentre os pontos de fragilidade, destacou-se que ainda existe uma cultura punitiva nas instituições pesquisadas, quanto à ocorrência de EA, principalmente para os eventos que não chegaram a atingir o paciente.

Neste sentido, uma das principais estratégias propostas pelas instituições de saúde, que têm como missão a melhoria da qualidade da assistência, é a implantação de uma cultura de segurança focalizada em buscar as falhas sistêmicas e não culpados para punir. Para isso, a notificação anônima de EA é considerada uma ação válida na obtenção de informações de falhas e possibilitará a implantação de medidas pró-ativas para a diminuição do número de ocorrências (KOHN, CORRIGAN e DONALDSON, 2000; GANDHI, KAUSHAL e BATES, 2004).

A superação da cultura punitiva pelos profissionais e a implementação de sistemas de registro de EA constituem medidas necessárias para a melhoria da qualidade da assistência e da segurança dos pacientes (CLARO *et al.*, 2011).

O esquecimento sobre os fatos que desencadearam o evento, em decorrência da demora na notificação, uma vez que o enfermeiro está envolvido com as

demandas exigidas no atendimento ao paciente vítima de um evento adverso, é citado como dificuldade:

Quando existe um dano muito grande ao paciente, quando aconteceu algum evento e a segurança do paciente foi fortemente prejudicada, a gente demora muito tempo para notificar, por estar atuando ainda com a segurança do paciente e, por isso, a gente pode perder parte das informações daquele evento que aconteceu. Se pudesse ser notificado no momento em que acontece, a memória seria preservada (E6).

A sobrecarga de trabalho mais uma vez aparece, de forma subentendida, como dificultador, pelo fato de a notificação ser postergada para outro momento, havendo prejuízo das informações sobre o evento.

Para um enfermeiro, a dificuldade de contatar outros profissionais, estejam eles dentro do hospital ou fora dele no momento da ocorrência do evento, é um obstáculo para este processo:

É comum evento adverso com medicação, aí você tem que chamar a Farmácia e até que a Farmácia comparece, aquilo se perde. Dificuldade de anotar eu não tenho, às vezes, a dificuldade é também de entrar em contato com o profissional que não está no hospital (E10).

As ações a serem tomadas após a ocorrência de evento adverso podem estar sendo prejudicadas ou atrasadas pela demora no retorno de outros profissionais essenciais para o estabelecimento das condutas necessárias para minimizar danos ao paciente. Desta forma, é importante que os canais de comunicação sejam simplificados, de forma a agilizar este processo.

Outro fator importante na gestão da qualidade e segurança do paciente é o *feedback* aos servidores, das providências tomadas após a notificação de um evento adverso. Neste contexto, a falta ou a demora do *feedback* de outros profissionais também são apontadas como algo que dificulta o processo de notificação dos eventos adversos:

A dificuldade é justamente, em contrapartida à notificação, o que vai ser feito após esta notificação (E7).

O *feedback* de outros profissionais, às vezes, é difícil, e isso me deixa um pouco aflita. Então essa coisa do *feedback*, quando você comunica, quando você notifica, eu acho que pode ser melhor. Volto na questão do treinamento para todo mundo (E15).

É justamente o encontro da equipe. Eu não vejo anotações dessa equipe, para poder dar continuidade (E16).

A ausência de *feedback* pode gerar incertezas nos profissionais, uma vez que esta pode fazer com que estes profissionais tenham uma falsa interpretação do seu comportamento, seja ele apropriado ou não.

Wallerstedt *et al.* (2007) indicam que é possível conseguir maior participação nas notificações quando há retorno das ações realizadas pela instituição, após a notificação. Corroborando, um estudo realizado por Capucho (2012) demonstra que 70% dos profissionais entrevistados concordaram que uma carta de *feedback* sobre as etapas que se seguiram, após a realização de uma notificação, pode estimular o profissional a notificar novamente.

Já Summers (2004) complementa que um hospital observou 18% de aumento do número total de erros reportados no decorrer de um ano, ao implementar uma comunicação eletrônica para informar aos profissionais o que aconteceu após as notificações de eventos adversos e melhorias implantadas, sugerindo que as pessoas ficaram mais dispostas a informar quando não temiam a punição e quando eram informadas sobre o impacto positivo das notificações.

Portanto, o *feedback* se configura como um estímulo à melhoria do processo de notificação, uma vez que o profissional recebe o retorno sobre a conduta que foi estabelecida após a sua notificação e se suas ações estão sendo apropriadas ou não, o que o faz se sentir como uma parte importante do processo.

Um depoimento de um participante do plantão noturno demonstra que, além do *feedback*, há necessidade de um treinamento ampliado para todos enfermeiros do hospital, de todos os turnos, uma vez que afirma que o enfermeiro da noite, de certa forma, distancia-se da realidade do hospital:

Deve existir um protocolo, um impresso próprio, mas eu acho que isso teria que ser mais divulgado, porque, principalmente à noite, a gente fica um pouco longe da realidade da instituição. Talvez se tivesse o protocolo, fosse do conhecimento de todo mundo, e um impresso próprio, na hora que aconteceu, o impresso está ali e você anota. Quanto a escrever no livro, você não sabe que fim que aquilo vai dar, você não tem o retorno daquilo e, por fim, você já não sabe se era para notificar ou não, se aquilo era evento ou não. Essa é a dificuldade, porque você não tem retorno (E13).

Como dito anteriormente, o *feedback* aos profissionais e o treinamento de toda equipe, independentemente de turno de trabalho e setor de lotação, são essenciais para que haja uma continuidade nas ações que assegurarão a segurança do paciente.

A indisponibilidade do computador no momento da notificação é apontada como algo que atrasa a notificação do evento adverso, além da falta de tempo:

A dificuldade que eu encontro é a quantidade de computadores. Às vezes, os computadores estão ocupados, às vezes, no computador que está o modelo do evento adverso, não tem acesso à internet, porque depois tem que enviar o e-mail, senão não adianta. E também o tempo mesmo, pois, às vezes, quando o plantão é muito tumultuado, a gente fica dois, três plantões sem fazer, a gente não consegue fazer naquele plantão, aí vai ficando para depois (E18).

Todas as barreiras que dificultam a notificação de eventos adversos devem ser minimizadas, como a insuficiência de computadores e a indisponibilidade de internet, para estimular e facilitar este processo de notificação.

O cansaço, decorrente da dupla jornada de trabalho, que se justifica pelos baixos salários recebidos pela enfermagem, acrescidos dos serviços domésticos, é enfatizado neste depoimento:

Muitas vezes, é a dupla jornada. Enfermagem tem um baixo salário, então tem que trabalhar em dois empregos. E, também, a grande maioria são mulheres, que têm o serviço de casa. Igual hoje, eu estou esgotada, e tenho que trabalhar! Isso também a gente tem que levar em consideração (E19).

As longas jornadas de trabalho são muito comuns no campo da enfermagem e são facilitadas pelo trabalho em regime de plantão, que permite que esses profissionais se dediquem a mais de um vínculo de trabalho (BORGES e FISCHER, 2003). Ademais, com a predominância de mulheres na enfermagem (COFEN, 2011), soma-se às longas jornadas de trabalho as tarefas domésticas, aumentando ainda mais a carga total de trabalho (PORTELA, ROTENBERG e WAISSMANN, 2005). Em sua maioria, estas longas jornadas são justificadas pelos baixos salários praticados na área e podem ter diversas consequências desfavoráveis, como a ocorrência de erros com possibilidade de danos aos pacientes, como pode ser visto no depoimento do participante E19.

Corroborando com o exposto, Johnson e Lipscomb (2006) e Lundstrom *et al.* (2002) salientam que, na enfermagem, as longas jornadas podem levar à exaustão e fadiga, podendo afetar a assistência aos pacientes. Complementando, Portela, Rotenberg e Waissmann (2004) expressam que esse quadro de acúmulo de vínculos empregatícios é uma característica dos profissionais de saúde que trabalham em hospitais no Brasil.

No relato que se segue, o participante E9 afirma que não há dificuldade em notificar, devido ao desconhecimento do instrumento de notificação:

Não vejo dificuldade porque não é cultura da instituição, então, eu nunca tive dificuldade, porque, quando aconteceram os eventos adversos comigo, eu não comuniquei ao gerenciamento de risco porque não tinha isso formalizado. Acho que é algo recente, então eu não cheguei a comunicar nenhum evento adverso, mas, quando aconteceu, eu não tive dificuldade, porque eu notificava nos instrumentos que existiam, como livro de ocorrência, prontuário do paciente e passagem de plantão. Então eu não tive dificuldade para notificar em instância mais avançada, que eu digo (E9).

As ações da gestão hospitalar voltadas para a segurança do paciente devem ser uma prioridade e estas têm que ser divulgadas para que não sejam praticadas ações segmentadas e descontinuadas, colocando em risco esta segurança.

Um estudo conduzido por Batalha (2012) em um hospital de ensino no Brasil demonstrou que 53,6% dos participantes discordam que a administração hospitalar propicia um clima de trabalho que favorece a segurança do paciente, fato que desvela um nó crítico no que se refere à administração hospitalar como motivador e propiciador de um clima de trabalho saudável, que favoreceria segurança aos usuários do serviço. Quanto à administração hospitalar demonstrar que a segurança do paciente é uma prioridade, os resultados evidenciaram que 46% discordam, o que sugere que, para os profissionais de enfermagem, não há uma evidência de que a administração hospitalar trate a segurança do paciente como uma prioridade.

Se a instituição não for capaz de olhar suas falhas com clareza e sem juízo de valor, a gestão de risco assistencial não será eficaz, uma vez que, em sua maioria, as falhas e os erros não são causados por culpa de uma pessoa, mas, sim, por problemas sistêmicos que envolvem os processos sobre os quais a instituição se apoia (FRANÇOLIN, 2013).

Outro entrevistado relata que hoje não encontra nenhuma dificuldade para notificar os eventos adversos:

Atualmente nenhuma (E12).

Já o participante E20 relata desconhecer a prática de notificar os eventos adversos no hospital:

Eu não tenho visto essa prática de notificar não, o que a gente vê é a questão dos impressos que a gente usa mesmo, como livro de ocorrência, mas não vi nada específico relacionado a isso não (E20).

A cultura de segurança e a contínua promoção de um ambiente seguro são adquiridas através de capacitação, esforços coordenados e eficiente contribuição de cada indivíduo, todos envolvidos com um objetivo comum. E também, através da pronta notificação de erros, eventos adversos e quase erros, poderão ser identificadas e corrigidas as possíveis falhas existentes no processo que estão propiciando suas ocorrências (BRANCO, 2010).

A expressão “segurança do paciente” faz referência aos fatores que influenciam as instituições a implementar a cultura de segurança, levando-se em consideração as melhores práticas (BRASIL, 2013a).

A cultura de segurança se configura como uma cultura na qual todos os trabalhadores assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares; que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais; que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança; que promove o aprendizado organizacional a partir da ocorrência de incidentes e que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança (BRASIL, 2013a).

Pode-se inferir que os resultados da análise temática da presente pesquisa corroboram com outros estudos sobre o tema e demonstram que o cenário da saúde passa por diversas transformações relacionadas à gestão do risco e à segurança do paciente, sendo necessário que o enfermeiro acompanhe todas estas mudanças, a fim de prestar um cuidado seguro e livre de danos aos pacientes. O processo de notificação aparece de forma variável, dependendo do grau de conhecimento do enfermeiro em relação às ferramentas disponíveis no hospital para a notificação. Os enfermeiros demonstram conhecer o significado e a aplicabilidade dos temas “segurança do paciente”, “gestão de risco” e “evento adverso” e abordam as facilidades e dificuldades que encontram no processo de notificação dos eventos, sendo imprescindível especial atenção aos treinamentos em serviço por parte dos gestores, no sentido de aprimorar as práticas de enfermagem em prol do paciente.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa atingiu os objetivos traçados e os resultados evidenciam que os enfermeiros dominam os temas “segurança do paciente”, “gestão de riscos” e “evento adverso” e sua aplicabilidade no cotidiano de seu trabalho. Reforça-se que é importante haver um equilíbrio entre o saber da equipe dos diversos setores e turnos de trabalho a fim de assegurar uma integralidade da assistência e a continuidade do cuidado seguro ao paciente. Isso pode ser alcançado através de educação permanente, implantação de protocolos assistenciais, padronização de procedimentos, processos mapeados e fluxos estabelecidos.

No tocante ao processo de notificação dos eventos adversos, ou seja, identificação dos eventos adversos, sua notificação, análise e condutas decorrentes, em alguns depoimentos, existem lacunas no fazer do enfermeiro diante de um evento adverso, o que leva à subnotificação. A notificação é realizada, em sua maioria, pelos enfermeiros no formulário padronizado, demonstrando sua preocupação, fortalecendo a consolidação da gestão de risco na instituição e contribuindo para a segurança do paciente. Há também depoimentos que apontam o registro do evento unicamente em livro de ocorrência, por desconhecimento do formulário padronizado, favorecendo a subnotificação.

Portanto, ficou evidente que os enfermeiros participantes desta pesquisa, diante de um evento adverso, utilizam o impresso padronizado pelo Núcleo de Segurança do Paciente para realizar a notificação; minimizam os danos antes de notificar o evento ao Núcleo de Segurança do Paciente; executam ações mais abrangentes, pois, além das anteriores, adotam ações de prevenção de eventos; realizam notificação por outros meios (livro de ocorrência) por desconhecimento ou falta de treinamento do formulário de notificação e recorrem ao enfermeiro do Núcleo de Segurança do Paciente para auxiliar na notificação quando há dúvida. A raiva, decepção e vergonha apareceram permeando a ocorrência de eventos adversos e o processo de notificação, o que merece especial atenção por parte do gestor de risco, no sentido de desmitificar a culpabilidade individual do profissional na ocorrência de erros, dando enfoque ao pensamento sistêmico.

A análise temática do discurso dos sujeitos também permitiu concluir que, durante o processo de notificação dos eventos adversos, o enfermeiro se depara com aspectos que facilitam e dificultam este processo.

Dentre as facilidades para a notificação citadas pelos enfermeiros, destacam-se: o fato de haver um formulário de notificação padronizado; fácil acesso e fácil preenchimento deste formulário; processo de notificação informatizado; orientações dadas pela chefia imediata sobre como se deve proceder; conhecimento de quais eventos são notificáveis; proximidade da enfermagem com o paciente; fluxo bem estabelecido pelo Núcleo de Segurança do Paciente e seu *feedback* sobre as providências tomadas após as notificações; gestão de riscos à beira leito e a sensibilização pessoal para realizar as notificações.

Concernente às dificuldades enfrentadas neste processo, releva-se a falta de tempo e a sobrecarga de trabalho; falta de treinamento, de informação, de comunicação e de conhecimento sobre quais eventos são notificáveis; subnotificação e omissão da ocorrência de eventos; falta de envolvimento dos profissionais das diversas áreas; vergonha do fato de ter ocorrido o evento adverso; esquecimento sobre os fatos que desencadearam o evento, em decorrência da demora na notificação, por falta de tempo; dificuldade em contatar e ausência / demora no *feedback* de outros profissionais; falta de *feedback* do Núcleo de Segurança do Paciente; indisponibilidade de computador e internet no momento da notificação e cansaço, devido à dupla jornada de trabalho. Houve também o relato de não haver dificuldade em notificar, devido ao desconhecimento do instrumento de notificação e da prática de notificar eventos adversos no hospital.

Estes pontos merecem especial atenção por parte dos gestores, no sentido de enfatizar as boas práticas já adotadas no hospital e corrigir os pontos críticos que dificultam a notificação, a fim de se prevenir, a todo custo, a subnotificação, com consequente tratamento ineficaz das não conformidades dos processos e das causas raiz dos eventos adversos, propiciando a ocorrência de novos eventos e danos aos pacientes.

Percebe-se que há um Núcleo de Segurança do Paciente atuante no hospital e um fluxo bem estabelecido para a notificação dos eventos adversos. Porém, faz-se necessário expandir estas informações para todos os enfermeiros, uma vez que ficou evidente que alguns profissionais desconhecem o processo de notificação de eventos adversos, o que pode também suscitar a subnotificação de eventos na instituição e suas consequências negativas.

Nota-se que a qualificação profissional aparece como ponto-chave, no entanto demonstra-se necessidade de um maior enfoque nos treinamentos e que



estes contemplem as necessidades dos funcionários, como, por exemplo, horário compatível, para que haja ampla participação.

Neste sentido, o treinamento em serviço, citado por muitos participantes como sendo um ponto crítico, apresenta-se como um aliado neste processo, pois possibilita modificar práticas obsoletas e sensibilizar para as boas práticas que ajudarão a instituição a atingir suas metas e também oferece aos profissionais subsídios para modificar sua conduta, no sentido de contribuir para o sucesso da gestão de risco e segurança do paciente. Os temas a serem trabalhados nos treinamentos podem surgir dos problemas que dificultam o alcance das metas, não conformidades, estatísticas da ocorrência de eventos adversos, entre outros. Portanto, sugere-se a implantação de um programa de treinamento eficaz e eficiente, que atinja a organização em seus diversos níveis, podendo ser assim uma ferramenta poderosa para a gestão de riscos e para a segurança do paciente.

As práticas de gestão de riscos parecem ser a palavra-chave quando se fala em segurança do paciente no ambiente hospitalar e, assim, devem ser fortalecidas em todos os níveis da instituição, a fim de assegurar que todos os riscos inerentes aos cuidados em saúde sejam mitigados, tornando a assistência de enfermagem mais segura, com ótima qualidade e correspondendo às expectativas do paciente, família e comunidade. Trata-se de um desafio a ser superado pelos gestores e enfermeiros, mas que pode trazer muitos benefícios a todos os envolvidos neste processo.

Diante do exposto, acredita-se que os resultados desta pesquisa possam oferecer subsídios e acrescentar evidências que contribuam para as reformulações que se fizerem necessárias no processo de trabalho dos enfermeiros, rompendo as dicotomias que, porventura, ainda perpassem pelo seu objeto de trabalho, refletindo na excelência do cuidado.

Para que a segurança do paciente se torne uma realidade, são necessárias ações de diferentes naturezas, que passam por inserção deste tema na formação profissional e mudanças na estrutura das organizações e na prática de saúde, incluindo a de enfermagem.

Almeja-se que este estudo possa contribuir para que a área acadêmica conjecture a melhor estratégia para preparar os futuros profissionais para a atual realidade do mercado de trabalho. A inclusão dos conteúdos de segurança do paciente e gestão de risco na formação acadêmica do enfermeiro poderia propiciar

uma formação de força de trabalho mais voltada para a realidade atual dos serviços de saúde, capaz de acompanhar as mudanças que ocorrem no cenário da assistência hospitalar e de melhorar este cenário, no sentido de torná-lo mais seguro e sustentável. Além disso, há necessidade constante de se investir na educação permanente, quer seja através da pós-graduação, quer seja por meio de treinamentos em serviço, envolvendo e estimulando o profissional a se qualificar.

Não se pretende com esta pesquisa findar o assunto e sim suscitar novas pesquisas e publicações sobre o tema, haja vista a amplitude e relevância da atuação dos enfermeiros em prol da segurança do paciente.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: ANVISA, 2013. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/junho/Modulo%201%20-%20Assistencia%20Segura.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2014.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde**. Boletim Informativo, Brasília, v. 1, n. 1. p. 1-12, 2011. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/f72c20804863a1d88cc88d2bd5b3ccf0/BOLETIM+I.PDF?MOD=AJPERES>. Acesso em: 28 dez. 2013.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Rede Nacional de Monitoramento da Resistência Microbiana em Serviços de Saúde – Rede RM**. Disponível em: [www.anvisa.gov.br/servicosaude/controle/rede\\_rm/index.htm](http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/controle/rede_rm/index.htm). Acesso em 01 maio 2015.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Rede sentinela – histórico**. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/hsentinela/historico.htm>. Acesso em: 05 jan. 2014.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). 2014 User Comparative Database Report: Hospital Survey on Patient Safety Culture. March 2014. **Agency for Healthcare Research and Quality**, Rockville, MD. Disponível em: <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/2014/index.html>. Acesso em: 18 jan. 2015.

\_\_\_\_\_. **Annual Report on Research and Management**. Florida: Florida Fish and Wildlife Conservation Commission; 2001. [página na Internet]. Disponível em: <http://www.ahrq.gov/about/annrpt01/>. Acesso em: 20 abr 2015.

AIKEN, L. H. et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. **BMJ: British Medical Journal**, v. 344, p. e1717, 2012. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/344/bmj.e1717>. Acesso em: 28 out. 2013.

ALVES, V. L. S. **Gestão da qualidade: ferramentas utilizadas no contexto contemporâneo da saúde**. São Paulo: Martinari, 2009. 120p.

AMALBERTI, R. **Understanding human action in preventing or causing adverse event**. Patient Safety Research. Porto: 2007. Disponível em: [http://www.cnmd.ac.uk/public-health/pasare/PSWorkshopReports/Combined\\_reports\\_final.pdf#page=5](http://www.cnmd.ac.uk/public-health/pasare/PSWorkshopReports/Combined_reports_final.pdf#page=5). Acesso em: 27 maio 2015.

AMARAVADI, R. K. et al. ICU nurse-to-patient ratio is associated with complications and resource use after esophagectomy. **Intensive care medicine**, v. 26, n. 12, p.

1857-1862, 2000. Disponível em:  
<http://link.springer.com/article/10.1007/s001340000720>. Acesso em: 08 maio 2015.

ARANAZ-ANDRÉS, J. et al. Prevalence of adverse events in the hospitals of five Latin American countries: results of the 'Iberoamerican study of adverse events' (IBEAS). **BMJ Quality & Safety**, v. 20, n. 12, p. 1043-1051, 2011. ISSN 2044-5423. Disponível em: <http://qualitysafety.bmj.com/content/20/12/1043.short>. Acesso em: 12 out. 2013.

ARMITAGE, G. Human error theory: relevance to nurse management. **Journal of nursing management**, v. 17, n. 2, p. 193-202, 2009. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2834.2009.00970.x/full>. Acesso em: 16 maio 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). ABNT NBR ISO 31000. **Gestão de riscos - Princípios e diretrizes**. Rio de Janeiro: ABNT, 2010.

AUSTRALIAN PATIENT SAFETY FOUNDATION (APSF). **About us**. [página na Internet]. Disponível em: <http://www.apsf.net.au/about.php>. Acesso em: 20 abr 2015.

BAKER, G. R.; NORTON, P. G.; FLINTOFT, V. et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. **Canadian Med Assoc J**, v.170, n.11, p.1678-86, 2004. Disponível em: <http://www.cmaj.ca/content/170/11/1678.full>. Acesso em: 06 maio 2015.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3.ed. Lisboa: Edições 70, 2006.

BATALHA, E. M. S. S. **A cultura de segurança do paciente na percepção de profissionais de enfermagem de um hospital de ensino**. 2012. 154f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7140/tde-03012013-105906/pt-br.php>. Acesso em: 15 fev. 2015.

BORGES, F. N. S.; FISCHER, F. M. Twelve-hour night shifts of healthcare workers: a risk to the patients? **Chronobiol Int.**, v. 20, n. 2, p. 351-60, 2003. DOI:10.1081/CBI-120019341. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12723890>. Acesso em: 01 fev. 2015.

BRANCO FILHO, J.R.C. Construindo um modelo de segurança do paciente. **Prática Hospitalar**. Ano XIII. n.74, p.8-9, Mar-Abr, 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre a pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário oficial da União**: Brasília, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 10 out. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. ANVISA. Portaria n.º 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. **Diário oficial da União**: Brasília, 2013c. Disponível em:

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095\\_24\\_09\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html). Acesso em: 20 out. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. ANVISA. Portaria n.º 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário oficial da União**: Brasília, 2013a, p.2. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html). Acesso em: 15 out. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. ANVISA. RDC n.º 36 de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário oficial da União**: Brasília, 2013b. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036\\_25\\_07\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html). Acesso em: 20 out. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2014. 40 p. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranca.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf). Acesso em: 05 maio 2015.

BRENNAN, T. A. et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. **New England journal of medicine**, v. 324, n. 6, p. 370-376, 1991. ISSN 0028-4793. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199102073240604>. Acesso em: 29 dez. 2013.

CAMPOS, L. F., MELO, M. R. A. C. Os desafios da comunicação administrativa na enfermagem. In: **8º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem**; 2002 maio 74-8; Ribeirão Preto, Brasil. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2002.

CAPUCHO, H. C. **Sistemas manuscrito e informatizado de notificação voluntária de incidentes como base para a cultura de segurança do paciente**. 2012. 155f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-15082012-132458/pt-br.php>. Acesso em: 04 fev. 2014.

CAPUCHO, H. C.; ARNAS, E. R.; CASSIANI, S. H. B. Segurança do paciente: comparação entre notificações voluntárias manuscritas e informatizadas sobre incidentes em saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, n. 1, p. 164-72, 2013. ISSN 1983-1447. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n1/21.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2013.

CAPUCHO, H. C.; CASSIANI, S. H. B. Necessidade de implantar programa nacional de segurança do paciente no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 791-798, 2013. ISSN 0034-8910. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n4/0034-8910-rsp-47-04-0791.pdf>. Acesso em: 13 out. 2013

CARNEIRO, F. S. et al. Eventos adversos na clínica cirúrgica de um hospital universitário: instrumento de avaliação da qualidade. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 204-11, 2011. Disponível em: [www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a06.pdf](http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a06.pdf). Acesso em: 20 jan. 2015.

CARVALHO, S. H. D. B. C. et al. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 728-35, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n5/13.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2013.

CARVALHO, V. T. D. et al. Erros mais comuns e fatores de risco na administração de medicamentos em unidades básicas de saúde. **Rev. Lat. Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 5, p.67-75, 1999. Disponível em: [www.revistas.usp.br/rlae/article/download/1409/1441](http://www.revistas.usp.br/rlae/article/download/1409/1441). Acesso em: 02 fev. 2015.

CARVALHO, V. T.; CASSIANI, S. H. B. Erros na medicação: análise das situações relatadas pelos profissionais de enfermagem. **Medicina**, v.33, p.322-330, 2000. Disponível em: [revista.fmrp.usp.br/2000/vol33n3/erros\\_medicao.pdf](http://revista.fmrp.usp.br/2000/vol33n3/erros_medicao.pdf). Acesso em 05 maio 2015.

CASSIANI, S. H. B. Enfermagem e a pesquisa sobre segurança dos pacientes. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 6, p. VII-VIII, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002010000600001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000600001&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 08 mar. 2014.

CLARO, C. M.; KROCOCKZ, D. V. C.; TOFFOLLETO, M. C. & PADILHA, K. G. Eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva: percepção dos enfermeiros sobre a cultura não punitiva. **Rev. Esc. Enferm. USP** [online], São Paulo, v. 45, n. 1, p. 167-172, 2011. ISSN 0080-6234. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000100023&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000100023&script=sci_arttext&tlng=pt). Acesso em: 27 jan. 2015.

COLLINS, J. Education techniques for lifelong learning: principles of adult learning. **RadioGraphics**, v. 24, n. 5, p. 1483-9, 2004. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15371622>. Acesso em: 15 fev. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Análise de dados dos profissionais de enfermagem existentes nos Conselhos Regionais**. 2011. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/sitenovo/sites/default/files/pesquisaprofissionais.pdf>. Acesso em 24 de jan de 2015.

CORTEZ, E. A. et al. Educação permanente, continuada e em serviço: desvendando seus conceitos. **Enfermería Global**, Múrcia, Espanha, n. 29, p. 324, 2013. Disponível em: [scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n29/pt\\_revision1.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n29/pt_revision1.pdf). Acesso em 20 fev. 2015.

COSTA, V. T.; MEIRELLES, B. H. S.; ERDMANN, A. L. Melhores práticas do enfermeiro gestor no gerenciamento de risco. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 5, p. 1165-1171, 2013. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692013000501165&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000501165&lang=pt). Acesso em: 22 fev. 2015.

DANISH SOCIETY FOR PATIENT SAFETY (DSPS). **About the Danish Society for Patient Safety**. [página na Internet]. Disponível em:

<http://www.patientsikkerhed.dk/in-english>. Acesso em: 20 abr 2015.

DAVIS, P.; LAY-YEE, R.; SCHUG, S.; BRIANT, R.; SCOTT, A.; JOHNSON, S.; BINGLEY, W. Adverse events regional feasibility study: indicative findings. **N Z Med J.**, v.114, n.1131, p.203-5, 2001. Disponível em: <https://researchspace.auckland.ac.nz/handle/2292/15558>. Acesso em: 06 maio 2015.

DE MAGALHÃES, A. M. M.; DALL'AGNOL, C. M.; MARCK, P. B. Carga de trabalho da equipe de enfermagem e segurança do paciente-estudo com método misto na abordagem ecológica restaurativa. **Rev Latino-Americana Enfermagem** (Internet), v. 21, n. spec., p. 09 telas, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt\\_19.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_19.pdf). Acesso em: 21 out. 2013.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **The SAGE handbook of qualitative research**. 4. ed. Thousand Oaks: Sage, 2011.

DIMICK, J. B. *et al.* Effect of nurse-to-patient ratio in the intensive care unit on pulmonary complications and resource use after hepatectomy. **American Journal of Critical Care**, v. 10, n. 6, p. 376-382, 2001. Disponível em: <http://ajcc.aacnjournals.org/content/10/6/376.short>. Acesso em: 08 maio 2015.

DONALDSON, L. World alliance for patient safety. **Organização Mundial de Saúde**. Dublin, 2004.

FARAH, B. F. Educação em serviço, educação continuada, educação permanente em saúde: sinônimos ou diferentes concepções? **Revista APS**, v. 6, n. 2, p. 123-125, jul./dez., 2003. Disponível em: [www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Tribuna.pdf](http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Tribuna.pdf). Acesso em: 15 fev. 2015.

FELDMAN, L. B. Gestão de risco na enfermagem. In: FELDMAN, L. B. (org.). **Gestão de risco e segurança hospitalar**. 2ªed. Martinari: São Paulo ,2009. 391p.

FRANÇOLIN, L. **Gerenciamento da segurança do paciente nos serviços de enfermagem hospitalar**. 2013. 105f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2013. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-26092013-154151/pt-br.php>. Acesso em: 10 fev. 2015.

GAIDZINSK, R. R. Dimensionamento do pessoal de enfermagem. In: KURCGANT P. (coordenadora). **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991. p. 91-6.

GAIDZINSKI, R. R., FUGULIN, F. M. T., CASTILHO, V. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições de saúde. In: KURCGANT, P. (coordenadora). **Gerenciamento em enfermagem**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p. 121-35.

GANDHI, T. K.; KAUSHAL, R.; BATES, D. W. Introdução à segurança do paciente. \*Texto traduzido para a língua portuguesa a partir do manuscrito "Introduction to patient safety". In: CASSIANI, S. H. B.; UETA, J. **A segurança dos pacientes na utilização da medicação**. Porto Alegre: Artes médicas, 2004. p. 1-10.

GASPAR, M. D. R. *et al.* O conhecimento da equipe de enfermagem quanto ao gerenciamento de risco hospitalar de uma instituição filantrópica de Ponta Grossa/PR. In: **Resumenes do VIII Sul Encontro de Controle de Infecção**. Gramado, 2009.

GOMES, S. M. A efetiva prevenção e reparação do dano cirúrgico: descompasso entre as diretrizes públicas de saúde para a segurança do paciente e a tendência jurisprudencial brasileira. In: CASTRO, G. F. M.; SANTOS, J. (Organizadores). **Aspectos, opiniões e destaques sobre segurança**. Belo Horizonte, MG: Edições Superiores, 2012. p. 247.

HINRICKSEN, S. L. **Qualidade e segurança do paciente: gestão de riscos**. Rio de Janeiro: MedBook, 2012. 335p.

HINRICKSEN, S. L. *et al.* Gestão da qualidade e dos riscos na segurança do paciente: estudo-piloto. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde (RAHIS)**, Belo Horizonte, MG, n. 7, jul./dez., 2011. Disponível em: <http://web.face.ufmg.br/face/revista/index.php/rahis/article/view/1400>. Acesso em: 18 jan. 2015.

HUGONNET, S.; CHEVROLET, J. C.; PITTET, D. The effect of workload on infection risk in critically ill patients. **Critical care medicine**, v. 35, n. 1, p. 76-81, 2007. Disponível em: [http://journals.lww.com/ccmjournal/Abstract/2007/01000/The\\_effect\\_of\\_workload\\_on\\_infection\\_risk\\_in.13.aspx](http://journals.lww.com/ccmjournal/Abstract/2007/01000/The_effect_of_workload_on_infection_risk_in.13.aspx). Acesso em: 08 maio 2015.

HUGONNET, S.; UÇKAY, I.; PITTET, D. Staffing level: a determinant of late-onset ventilator-associated pneumonia. **Crit Care**, v. 11, n. 4, p. R80, 2007. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/cc5974.pdf>. Acesso em: 08 maio 2015.

HUGONNET, S.; VILLAVECES, A.; PITTET, D. Nurse staffing level and nosocomial infections: empirical evaluation of the case-crossover and case-time-control designs. **American journal of epidemiology**, v. 165, n. 11, p. 1321-1327, 2007. Disponível em: <http://aje.oxfordjournals.org/content/165/11/1321.short>. Acesso em: 08 maio 2015.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT (IHI). **Failure Modes and Effects Analysis Tool**. 2015. Disponível em: <http://app.ihi.org/Workspace/tools/fmea/>. Acesso em 24 maio 2015.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (JCI). **Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals**. 5. ed. 2013b.



\_\_\_\_\_. **WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions**. 2013a. Disponível em: <http://www.jointcommissioninternational.org/WHO-Collaborating-Centre-for-Patient-Safety-Solutions/>. Acesso em: 29 dez. 2013.

JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS (JCAHO). **Failure Mode and Effects Analysis in Health Care: Proactive Risk Reduction**. Oakbrook Terrace: Joint Commission Resources, 2010. 154p.

JOHNSON, J. V., LIPSCOMB, J. Long working hours, occupational health and the changing nature of work organization. **American Journal of Industrial Medicine**, v. 49, n. 11, p. 921-29, 2006. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16986150>. Acesso em: 21 fev. 2015.

KOHN, L.; CORRIGAN, J.; DONALDSON, M. **To Err is Human: Building a safer health system**. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. Washington, DC: National Academy Press, 2000.

LEAPE, L. L. Error in medicine. **JAMA**, v. 272, n. 23, p. 1851-1857, 1994. Disponível em: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=384554>. Acesso em: 27 maio 2015.

LEAPE, L. L. Errors in medicine. **Clinica chimica acta**, v. 404, n. 1, p. 2-5, 2009. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0009898109001326>. Acesso em: 24 maio 2015.

LEVINSON, D. **Hospital incident reporting systems do not capture most patient harm**. Office of Inspector General. US Department of Health and Human Services, 2012. Disponível em: <http://psnet.ahrq.gov/resource.aspx?resourceID=23842>. Acesso em: 19 nov. 2013.

LÓPEZ, F.J.M.; ORTEGA, J.M.R. **Manual de gestión de riesgos sanitários**. Madrid-Espanha: Dias de Santos, 2001.

LUCERO, R. J.; LAKE, E. T.; AIKEN, L. H. Nursing care quality and adverse events in US hospitals. **Journal of clinical nursing**, v. 19, n. 15-16, p. 2185-2195, 2010. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2010.03250.x/abstract> . Acesso em: 24 maio 2015.

LUNDSTROM, T.; PUGLIESE, G.; BARTLEY, J.; COX, J.; GUITHER, C. Organizational and environmental factors that affect worker health and safety and patient outcomes. **American Journal of Infection Control**. v. 30, n. 2, p. 93-106, 2002. DOI:10.1067/mic.2002.119820. Disponível em: <http://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553%2802%2929558-9/abstract?cc=y>. Acesso em: 12 fev. 2015.

MACHADO, M. H.; VIEIRA, A. L. S.; OLIVEIRA, E. Construindo o perfil da enfermagem. **Enfermagem em Foco**, v. 3, n. 3, p. 119-122, 2012. Disponível em:

<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/294>. Acesso em: 10 fev. 2015.

MACRI, S.; GOLONI-BERTOLLO, E. M.; PAVARINO-BERTELLI, E. C.; ABBUD FILHO, M. Avaliação e características do erro médico na região de São José do Rio Preto. **Arq. Ciênc. Saúde**, v.11, n.1, p.13-16, 2004. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=402391&indexSearch=ID>. Acesso em: 22 abr. 2015.

MELLEIRO, M. M. **Análise das dimensões de qualidade oriundas de modelos avaliativos em saúde**. 2010. Tese (livre – docência) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

MENDES, W. et al. Adaptação dos instrumentos de avaliação de eventos adversos para uso em hospitais brasileiros. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 11, n.1, p. 55-66, 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2008000100005&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2008000100005&lng=pt). Acesso em: 02 fev. 2015.

MENDES, W. et al. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 21, n. 4, p. 279-284, 2009. ISSN 1353-4505. Disponível em: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/21/4/279.full.pdf+html>. Acesso em: 10 out. 2013.

MENDES, W. et al. Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 59, n. 5, Oct. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302013000500006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302013000500006&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 08 mar. 2014.

MICHEL, P.; QUENON, J. L.; SARASQUETA, A. M. et al. Comparison of three methods for estimating rates of adverse events and rates of preventable adverse events in acute care hospitals. **BMJ**, v. 328, n. 7433, p. 199-202, 2004. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/328/7433/199?variant=full-text&tab=response-form>. Acesso em: 05 maio 2015.

MILLS, D. H. Medical insurance feasibility study. A technical summary. **West J Med**, v. 128, p. 360-5, 1978. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1238130/>. Acesso em: 26 maio 2015.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 32. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2012. v. 1. 110p .

MURFF, H. J. et al. Electronically screening discharge summaries for adverse medical events. **Journal of the American Medical Informatics Association**, v. 10, n. 4, p. 339-350, 2003. ISSN 1067-5027. Disponível em: <http://jamia.bmj.com/content/10/4/339.full>. Acesso em: 12 nov. 2013.

NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY (NPSA). **About Patient Safety**. [página na Internet]. Disponível em: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/about-us/>. Acesso em: 20 abr 2015.

NATIONAL PATIENT SAFETY FOUNDATION (NPSF). **History and Timeline**. Disponível em: <http://www.npsf.org/?page=historyandtimeline>. Acesso em: 07 maio 2015.

NIEVA, V.F.; SORRA, J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. **Qual. Saf. Health Care**, v. 12, p. 17-23, 2003. Disponível em: [http://qualitysafety.bmj.com/content/12/suppl\\_2/ii17.short](http://qualitysafety.bmj.com/content/12/suppl_2/ii17.short). Acesso em: 05 fev. 2015.

PAIVA, M. C. M. da S. de; PAIVA, S. A. R. de; BERTI, H. W. Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 287-94, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/07.pdf>. Acesso em: 18 fev. de 2014.

PANUNTO, M. R.; GUIRARDELLO, E. B. Carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva de um hospital de ensino. **Acta Paul. Enf.**, v. 25, n. 1, p. 96-101, 2012. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/ape/v25n1/v25n1a17.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n1/v25n1a17.pdf). Acesso em: 30 jan. 2015.

PASCHOAL, A. S., MANTOVANI, M. F., MEIER, M. J. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 478-484, 2007. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n3/19.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n3/19.pdf). Acesso em: 13 fev. 2015.

PEDREIRA, M. L. G.; HARADA M. J. C. S. Aprendendo com erros. In: HARADA, M. J. C. S. et al. **O erro humano e a segurança do paciente**. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 175-84.

PEDREIRA, M. L. G.; HARADA, M. J. C. S. **Enfermagem dia a dia segurança do paciente**. São Caetano do Sul: Yendis, 2009.

PERCARPIO, K. B.; WATTS, V. A Cross-Sectional Study on the Relationship Between Utilization of Root Cause Analysis and Patient Safety at 139 Department of Veterans Affairs Medical Centers. **Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, v. 39, n. 1, p. 32–37, 2013. Disponível em: <http://www.ingentaconnect.com/content/jcaho/jcqs/2013/00000039/00000001/art00007>. Acesso em: 24 maio 2015.

PEREIRA, A. Reflexões sobre a evolução da enfermagem e o surgimento do homem na profissão. **Acta Paul. Enf.**, São Paulo, v.4, n. 2/4, p.49-54, 1991. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=11988&indexSearch=ID>. Acesso em: 20 fev. 2015.

PEREIRA, PF. **Homens na enfermagem: atravessamentos de gênero na escolha, formação e exercício profissional**. 2008. 104f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós Graduação em enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/13069>. Acesso em: 18 fev. 2015.

PORTELA, L. F.; ROTENBERG, L.; WAISSMANN, W. Health, sleep and lack of time: relations to domestic and paid work in nurses. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 802-8, 2005. DOI: 10.1590/S0034-89102005000500016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102005000500016&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102005000500016&script=sci_arttext). Acesso em: 12 fev. 2015.

PORTELA, L. F.; ROTENBERG, L.; WAISSMANN, W. Self-reported health and sleep complaints among personnel working under 12 h night and day shifts. **Chronobiology International**, v. 21, n. 6, p. 859-70, 2004. DOI:10.1081/LCBI-2000385130742-0528. Disponível em: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1081/CBI-200038513>. Acesso em: 10 fev. 2015.

PRONOVOST, P. J. *et al.* Intensive Care Unit Nurse Staffing and the Risk for Complications after Abdominal Aortic Surgery. **Effective Clinical Practice**, v. 4, n. 5, p. 199-206, 2001. Disponível em: <http://82.228.67.28/WebDAV/data/CEDIT/Nursing/Pronovost-ECP2001.pdf>. Acesso em: 08 maio 2015.

REASON, J. Human error: models and management. **Brit med journal**, n. 320, p. 768-770, 2000. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/320/7237/768>. Acesso em: 17 maio 2015.

REASON, J. **Managing the Risks of Organizational Accidents**. Volume 6. England: Ashgate, 1997. 252 p.

REASON, J. T. **Human error**. 20<sup>a</sup> ed. New York: Cambridge University Press, 2009. 302 p.

REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE (REBRAENSP). **Quem somos**. Disponível em: <http://www.rebraensp.com.br/quem-somos>. Acesso em: 05 jan. de 2014.

REYNOLDS, J. *et al.* Undertaking risk management in community nursing practice. **Journal of Community Nursing**, v. 23, n. 11, 2009.

RODGERS, K. G.; MANIFOLD, C. 360-degree feedback: possibilities for assessment of the ACGME core competences. **Academic Emergency Medicine**, v. 9, n. 11, p. 1300-4, 2002. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1197/acem.2002.9.issue-11/issuetoc>. Acesso em: 12 fev. 2015.

ROPER, C. A. **Risk Management for Security Professionals**. Boston: Butterworth Heinemann, 1999. 89p.

SANTOS, J. L. G.; PROCHNOW, A. G.; LIMA, S. B. S.; LEITE, J. L.; ERDMANN, A. L. Concepções de comunicação na Gerência de Enfermagem Hospitalar entre enfermeiros gerentes de um Hospital Universitário. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 959-65, 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000400024&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000400024&script=sci_arttext). Acesso em: 11 fev. 2015.

SCHIOLER, T.; LIPCZAK, H.; PEDERSEN, B. L.; MOGENSEN, T. S.; BECH, K. B.; STOCKMARR, A. et al. Danish Adverse Event Study, incidence of adverse events in hospitals. A retrospective study of medical records. **Ugeskr Laeger**, v. 163, n.39, p.5370-8, 2001. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11590953>. Acesso em: 06 maio 2015.

SEVERO, E. et al. Educação em Saúde frente à segurança do paciente: a epistemologia do Gerenciamento de Risco. In: **II Congresso Internacional de Educação de Ponta Grossa**, Paraná, Brasil, 2010. Disponível em: [www.isapg.com.br/2010/ciepg/download.php?id=156](http://www.isapg.com.br/2010/ciepg/download.php?id=156). Acesso em: 22 fev. 2015

SHEKELLE, P. et al. **Making health care safer II: an updated critical analysis of the evidence for patient safety practices**. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2013. p. 1-945. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK133363/>. Acesso em: 21 nov. 2013.

SILVA, A. E. B. C. Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em Enfermagem. **Revista eletrônica de enfermagem**, Goiânia, v.12, n.3, p.422, 2010. Disponível em: <http://h200137217135.ufg.br/index.php/fen/article/view/11885>. Acesso em: 07 maio 2015.

SILVA, A. E. B. C.; REIS, A. M. M.; MIASSO, A. I.; SANTOS, J. O.; CASSIANI, S. H. B. Eventos adversos a medicamentos em um hospital sentinela do Estado de Goiás, Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 378-86, 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692011000200021&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000200021&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 20 out. 2013.

SILVA, A. E. B. C.; TEIXEIRA, T. C. A.; CASSIANI, S. H. B. Ferramentas utilizadas para a gestão dos riscos: FMEA – análise do modo e efeito da falha e RCA – análise de causa raiz. In: **Gestão de risco e segurança hospitalar**. São Paulo: Martinari, 2008. 375p

SILVA, C. A. S.; FERREIRA, M. A. Características dos enfermeiros de uma unidade tecnológica: implicações para o cuidado de enfermagem. **Rev. bras. enferm**, Brasília, v.64, n.1, p. 98-105, 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672011000100015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000100015). Acesso em: 15 jan. 2015.

SILVA, L. D. Segurança do paciente no contexto da terapia intensiva. In: SANTOS, L. C. G.; DIAS, A. L. P. (coordenadoras). **Gerenciamento e sistematização do cuidado de enfermagem em terapia intensiva**. São Paulo: Phorte, 2013.

SILVA, R. F. A. D. et al. **Estratégia educacional como contribuinte ao gerenciamento de risco hospitalar: estudo quase-experimental**. Online brazilian

journal of nursing (Online), v. 10, n. 1, 2011. ISSN 1676-4285. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2011.3221.1/html>. Acesso em: 29 out. 2013.

SUMMERS, K. Casting your net wide: an innovative process for closing the loop on risk management reporting. **Nursing Risk Management**, p. 7-12, 2004.

TEIXEIRA, T. C. A.; CASSIANI, S. H. B. Análise de causa raiz: avaliação de erros de medicação em um hospital universitário. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 1, p. 139–46, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/a20v44n1.pdf>. Acesso em: 24 maio 2015.

TELLEZ, M. Você é tão inteligente!: por que não estudou medicina? **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342013000100001&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342013000100001&script=sci_arttext). Acesso em: 22 fev 2015.

TRAVASSOS, C. **Sobre o proqualis**. Disponível em: <http://proqualis.net/sobre-o-proqualis>. Acesso em: 05 jan. 2014.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 507-14, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2014.

VERSA, G. L. G. S., INOUE, K. C., NICOLA, A. L., MATSUDA, L. M. Influência do dimensionamento da equipe de enfermagem na qualidade do cuidado ao paciente crítico. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 20, n. 4, p. 796-802, 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072011000400020&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072011000400020&script=sci_arttext). Acesso em: 30 jan. 2015.

VINCENT, C.; NEALE, G., WOLOSHYNOWYCH, M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. **BMJ**, v. 322, n. 7285, p. 517-519, 2001. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC26554/>. Acesso em: 05 maio 2015.

WACHTER, R. **Compreendendo a Segurança do Paciente**. 2ª Ed. Porto Alegre: AMGH, 2013. 478p.

WALLERSTEDT, S. et al. Reporting of adverse drug reactions may be influenced by feedback to the reporting doctor. **European Journal Clin. Pharmacol.**, Berlim, v. 63, n.5, p. 505-508, 2007. Disponível em: <http://link.springer.com/article/10.1007/s00228-007-0270-z#page-2>. Acesso em: 30 jan. 2015.

WILSON, R. et al. Patient safety in developing countries: retrospective estimation of scale and nature of harm to patients in hospital. **BMJ**, v. 344, 2012. ISSN 0959-8138. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/344/bmj.e832>. Acesso em: 12 dez. 2013.

WILSON, R. M.; RUNCIMAN, W. B.; GIBBERT, R. W.; HARRISON, B. T.; NEWBY, L., HAMILTON, J.D. The quality in Australian health care study. **Medical Journal of Australia**, v. 163, n. 9, p. 458-471, 1995. Disponível em:

<http://welladjustedbabies.com/assets/downloads/landmark-study.pdf>. Acesso em: 05 maio 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **66th World Health Assembly - Engaging patients in medication safety**. Geneva: World Health Organization, 2013c. Disponível em: [http://www.who.int/patientsafety/patients\\_for\\_patient/WHA2013\\_briefing-note.pdf](http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/WHA2013_briefing-note.pdf). Acesso em: 23 fev. 2014.

\_\_\_\_\_. **Conceptual framework for the international classification for patient safety**. Version 1.1. Final Technical Report. Geneva: World Health Organization, 2009. Disponível em: [http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps\\_full\\_report.pdf](http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf). Acesso em 04 maio 2015.

\_\_\_\_\_. **Patient Safety - programme áreas**. Geneva: World Health Organization, 2013b. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/about/programmes/en/index.html>. Acesso em: 28 dez. 2013.

\_\_\_\_\_. **Patient Safety: Rapid assessment methods for estimating hazards, report of the WHO working group meeting**. Geneva: World Health Organization, 2003.

\_\_\_\_\_. **Summary of the evidence on patient safety: implications for research**. The Research Priority Setting Working Group of the World Alliance for Patient Safety. Geneva: World Health Organization, 2008.

\_\_\_\_\_. **WHO launches “Nine patient safety solutions”**. Geneva: World Health Organization, 2007. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr22/en/>. Acesso em: 30 dez. 2013.

\_\_\_\_\_. **World Alliance for Patient Safety: forward programme 2008-2009**. Geneva: World Health Organization, 2008. Disponível em: [http://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/reports/Alliance\\_Forward\\_Programme\\_2008.pdf?ua=1](http://www.who.int/patientsafety/information_centre/reports/Alliance_Forward_Programme_2008.pdf?ua=1). Acesso em: 20 dez. 2013.

\_\_\_\_\_. **World Alliance for Patient Safety**. Geneva: World Health Organization, 2013a. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/en/>. Acesso em: 20 out. 2013

## APÊNDICE I





UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
FACULDADE DE ENFERMAGEM

### ROTEIRO PARA ENTREVISTA

1. Qual a sua idade?
2. Em qual ano se formou em enfermagem?
3. Há quanto tempo atua como enfermeiro?
4. Há quanto tempo atua em hospitais?
5. Há quanto tempo atua neste hospital?
6. Em qual setor trabalha?
7. Em qual turno de trabalho?
8. Qual o seu entendimento a respeito de gestão de riscos?
9. Qual o seu entendimento a respeito de segurança do paciente?
10. Qual o seu entendimento a respeito de evento adverso?
11. Como você procede na ocorrência de um evento adverso?
12. Quais as facilidades que você encontra para as notificações dos eventos adversos?
13. Quais as dificuldades que você encontra para as notificações dos eventos adversos?
14. Você deseja falar mais alguma coisa?



## ANEXO I

 <b>Formulário para notificação e avaliação de eventos adversos</b> 	
Data da ocorrência:	Data da notificação:
Responsável pela notificação:	Setor:
Classificação do evento: ( ) Assistencial ( ) Farmacológico ( ) Tecnovigilância ( ) Hemovigilância ( ) Infraestrutura ( ) Ocupacional ( ) Outros	
Iniciais do paciente (qdo for o caso):	Prontuário:
<b>Descrição do evento</b>	
a) O que aconteceu?	
b) Como aconteceu?	
c) Quando e onde aconteceu? (detalhar horário, local/envolvidos, etc.)	
d) Consequência: ( ) Nenhuma ( ) Dano Simples ( ) Dano Grave ( ) Óbito	
<b>Parecer da Chefia imediata:</b>	
a) O que foi feito de imediato?	
b) Existe possibilidade de ocorrência nas próximas 24 horas? ( ) sim ( ) não	
c) Medidas preventivas adotadas:	

**Parecer do Grupo Técnico de Investigação:**

a) Tipo de evento:  Near miss     Adverso     Sentinela

b) Ação implementada foi eficaz?

Sim. Evidências Objetivas:

Não. Intervenções propostas (com prazo para realização):

c) Medidas preventivas são eficazes?

Sim. Evidências Objetivas:

Não. Ações propostas (com prazo para realização):

d) Parecer do Núcleo de Segurança do Paciente:

Arquivamento: Juiz de Fora, \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_.

## ANEXO II



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS - CEP/UFJF

36036-900 JUIZ DE FORA - MG – BRASIL

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O (A) Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “Gestão de riscos para segurança do paciente: o enfermeiro e a notificação dos eventos adversos”. Nesta pesquisa, pretendemos analisar os mecanismos envolvidos no processo de notificação dos eventos adversos pelos enfermeiros que atuam em hospital. O motivo que nos leva a estudar este assunto é a necessidade de conhecer do enfermeiro, as facilidades e dificuldades encontradas para a notificação dos eventos, uma vez que a atuação do enfermeiro é importante na garantia da qualidade e da segurança do paciente, que são tidos como prioridade dos serviços de saúde na agenda política dos Estados-Membros da Organização Mundial da Saúde no momento.

Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: a entrevista individual, guiada por um roteiro, mediante gravação do áudio que posteriormente será transcrito para análise do conteúdo. A presente investigação envolve riscos mínimos, ou seja, aqueles equivalentes a uma entrevista. Acreditamos que, através da análise das dificuldades e facilidades enfrentadas pelos enfermeiros para notificar os eventos adversos, poderão ser propostas ações no sentido otimizar as boas práticas que já ocorrem e/ou corrigir possíveis problemas que interferem no processo de notificação. E, também, através da identificação do conhecimento dos enfermeiros a respeito do tema, poderão ser propostos e realizados treinamentos específicos, de acordo com as demandas destes profissionais e do serviço, tendo possibilidade, assim, de ocorrer a maximização de competências profissionais.

Para participar deste estudo o (a) Sr (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o (a) Sr.(a) tem assegurado o direito a indenização. Terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O (A) Sr (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, no endereço citado ao final deste termo e a outra será fornecida ao senhor. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos e, após esse tempo, serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo à legislação brasileira (Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, \_\_\_\_\_, portador do documento de identidade \_\_\_\_\_ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa “Gestão de riscos para segurança do paciente: o enfermeiro e a notificação dos eventos adversos”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_ .

Nome	Assinatura participante	Data
Nome	Assinatura pesquisador	Data

---

Nome	Assinatura testemunha	Data
------	-----------------------	------

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

**CEP - Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humano-UFJF**

Campus Universitário da UFJF

Pró-Reitoria de Pesquisa

CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

**Pesquisadoras Responsáveis:** Lidiane Miranda Milagres e Sonia Maria Dias

Endereço: Ladeira Alexandre Leonel, nº 713, Ap. 402, bloco A, bairro Cascatinha.

CEP: 36033-240 – Juiz de Fora – MG

Fone: (32) 84128451

E-mail: lidmilagres@yahoo.com.br