



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO MARANHÃO
CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE CAXIAS
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

MARIA CLARA SANTANA DA SILVA

**GESTÃO DE RISCOS DOS INCIDENTES E EVENTOS ADVERSOS EM HOSPITAL
PÚBLICO DO MUNICÍPIO DE CAXIAS-MA**

CAXIAS
2023

MARIA CLARA SANTANA DA SILVA

**GESTÃO DE RISCOS DOS INCIDENTES E EVENTOS ADVERSOS EM HOSPITAL
PÚBLICO DO MUNICÍPIO DE CAXIAS-MA**

Monografia apresentada ao curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Maranhão UEMA, para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof. Dra. Maria Edileuza Soares Moura.

CAXIAS
2023

S586g Silva, Maria Clara Santana da

Gestão de riscos dos incidentes e eventos adversos em hospital público do município de Caxias-MA / Maria Clara Santana da Silva. __Caxias: Campus Caxias, 2023.

61f.

Orientador: Prof^ª. Dra. Maria Edileuza Soares Moura.

Monografia (Graduação) – Universidade Estadual do Maranhão – Campus Caxias, Curso de Bacharel em Enfermagem.

1. Segurança – Gestão. 2. Paciente – Segurança. 3. Enfermagem - Equipe. I.
Título.

CDU 616-083

MARIA CLARA SANTANA DA SILVA

**GESTÃO DE RISCOS DOS INCIDENTES E EVENTOS ADVERSOS EM HOSPITAL
PÚBLICO DO MUNICÍPIO DE CAXIAS-MA**

Monografia apresentada ao curso de Enfermagem da
Universidade Estadual do Maranhão – UEMA, para
obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

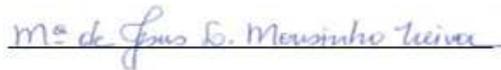
Aprovado em: 27/01/2023

BANCA EXAMINADORA



Profª. Dra. Maria Edileuza Soares Moura (Orientadora)

Universidade Estadual do Maranhão



Prof. Ma. Maria de Jesus Lopes Mousinho Neiva (Examinadora)

Universidade Estadual do Maranhão



Prof. Ma. Gleciara Costa de Sousa (Examinadora)

Universidade Estadual do Maranhão



Maria Clara Santana da Silva

Bacharel em Enfermagem – CESC/UEMA

AGRADECIMENTOS

A Deus, inteligência suprema e causa primária de todas as coisas, por Seu amor que me sustenta, e por Ele, em sua infinita bondade, me conceder a bênção dessa formação.

À Universidade Estadual do Maranhão - UEMA e todo seu corpo de profissionais pelas inúmeras oportunidades de aprendizado durante minha formação.

À Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão - FAPEMA pelo apoio a esta pesquisa.

À minha amada mãe, Maria Madalena Mendes da Silva, cujo amor sem medidas e sacrifício em todos os âmbitos de sua vida me permitiram chegar aqui, me apoiando e tentando me ensinar a ser positiva e a acreditar na minha capacidade.

Ao meu pai, Manoel Coimbra da Silva, que sempre me apoiou e vibrou com minha aprovação em 2018, e que junto à minha mãe moldou meu caráter e me incentivou a não desistir.

À minha família, em especial àqueles que me incentivaram a seguir este caminho: meus 8 irmãos (Narciso, Conceição, Marcos Paulo, Edileuza, Djalma, Ana Célia, Gil e Mercejanes).

Aos meus padrinhos de batismo, Edileuza e Mauro Sérgio, pelos conselhos, apoio e incentivo aos estudos desde que ingressei na escola. Aos meus padrinhos de consagração Conceição e Ronaldo pelo acolhimento em sua casa durante os 5 anos de curso, por me apoiarem e auxiliarem em todos os momentos. À minha madrinha de crisma Ana Célia por todo cuidado, atenção, companheirismo e estímulo aos estudos desde os meus primeiros livros.

À minha irmã Edileuza e à minha tia Sandra Cecília por serem minhas inspirações como profissionais desde a minha infância.

À minha orientadora Maria Edileuza Soares Moura pela disponibilidade de tempo e pela disseminação de uma parte do seu vasto conhecimento, e cuja experiência me manteve na linha e me inspirou na área da pesquisa desde os projetos de iniciação científica à monografia.

À minha companheira de curso, Misslane Moraes, que enfrentou toda a formação comigo e que junto ao companheiro veterano Rafael Carvalho prestou apoio e auxílio durante a coleta de dados da monografia.

Aos membros da banca, Prof. Ma. Maria de Jesus Lopes Mousinho Neiva e Prof. Ma. Gleciene Costa de Sousa pelas notáveis contribuições a esta monografia e pelo incentivo na realização do projeto.

E a todos que contribuíram até mesmo com uma palavra de conforto e que afloraram minha perseverança.

*Não chores, meu filho;
Não chores, que a vida
É luta renhida: Viver é lutar.
A vida é combate,
Que os fracos abate,
Que os fortes, os bravos
Só pode exaltar.*

Canção do Tamoio – Gonçalves Dias

LISTA DE SIGLAS

ACR – Análise de Causa Raiz

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

EA – Eventos Adversos

IOM – *Institute of Medicine*

IRAS – Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde

JCI – *Joint Commission International*

LPP – Lesão por Pressão

MAV – Medicamentos de Alta Vigilância

MS – Ministério da Saúde

NAM - *National Academy of Medicine*

NSP – Núcleo de Segurança do Paciente

OMS – Organização Mundial da Saúde

PCIH – Programa de Controle de Infecção Hospitalar

PNSP – Programa Nacional de Segurança do Paciente

RDC – Resolução da Diretoria Colegiada

RESUMO

A segurança do paciente abrange um conjunto de medidas desenvolvidas para promover a redução dos incidentes nos estabelecimentos de saúde, sendo estes sem ou com danos (evento adverso). A fim de contribuir com o processo de avaliação das condutas em saúde e propiciar estratégias que possibilitem identificar potenciais vulnerabilidades na prática da equipe de enfermagem, o objetivo geral desse estudo foi investigar as circunstâncias que envolvem os incidentes e eventos adversos em um hospital público através da gestão de riscos. Trata-se de uma pesquisa-ação, descritiva, com abordagem qualitativa em um hospital público do município de Caxias, Maranhão, com a equipe de enfermagem. A pesquisa-ação contempla quatro fases bem definidas: planejamento, ação, descrição e avaliação. O período de coleta de dados foi de outubro de 2019 à outubro de 2022 e a análise dos dados baseou-se na filosofia *Lean*, que foca na promoção de um amplo olhar sobre o sistema. Em três anos de funcionamento do Núcleo de Segurança do Paciente 2017-2019 contabilizou 1.631 notificações de incidentes e eventos adversos, dentre estes, 8,4 % ocorreram nas atividades administrativas, 46,2% durante o cuidado e proteção do paciente, 0,7% na administração de dietas, 1,7% devido a quedas, 18,2% acidentes do paciente, 6,8% relacionados à identificação do paciente, 8,7% representaram Lesão Por Pressão e 6,8% relacionados a medicamentos. A partir desse diagnóstico situacional, foi possível realizar a seleção dos principais incidentes e eventos adversos relacionados à assistência à saúde no hospital selecionado, e esses foram discutidos nos seminários temáticos para obtenção de possíveis causas raízes, com o auxílio da técnica de *Brainstorming* vinculada aos “5 Porquê’s”, e estratégias formuladas em conjunto com os profissionais por meio do diagrama de *Ishikawa*, obtendo-se informações relevantes para o gerenciamento de riscos. A partir dos dados coletados e dos seminários, pode-se compreender que os incidentes e eventos adversos relacionados à assistência à saúde tratam-se de um problema estrutural, mas que pode ser contornado através da gestão de riscos e consequente promoção da cultura de segurança, a fim de que os profissionais aprendam com os erros e que a instituição promova a educação permanente para qualificar a assistência ofertada.

Palavras-Chaves: Gestão de Segurança; Segurança do Paciente; Equipe de Enfermagem.

ABSTRACT

Patient safety encompasses a set of measures developed to promote the reduction of incidents in health facilities, with or without damage (adverse event). In order to contribute to the process of evaluating health behaviors and provide strategies that make it possible to identify potential vulnerabilities in the practice of the nursing team, the general objective of this study was to investigate the circumstances surrounding incidents and adverse events in a public hospital through the risk management. This is a descriptive action research with a qualitative approach in a public hospital in the city of Caxias, Maranhão, with the nursing team. Action research includes four well-defined phases: planning, action, description and evaluation. The data collection period was from October 2019 to October 2022 and the data analysis was based on the Lean philosophy, which focuses on promoting a broad view of the system. In three years of operation, the 2017-2019 Patient Safety Center accounted for 1,631 reports of incidents and adverse events, in which 8.4% occurred in administrative activities, 46.2% during patient care and protection, 0.7 % in administering diets, 1.7% due to falls, 18.2% patient accidents, 6.8% related to patient identification, 8.7% represented Pressure Injury and 6.8% related to medications. Based on this situational diagnosis, it was possible to select the main incidents and adverse events related to health care at the selected hospital, and these were discussed in the thematic seminars to obtain possible root causes, with the help of the Brainstorming technique linked to the “5 why’s”, and strategies formulated together with professionals through the Ishikawa diagram, obtaining relevant information for risk management. From the data collected and the seminars, it can be understood that incidents and adverse events related to health care are a structural problem, but that can be circumvented through risk management and consequent promotion of a safety culture, so that professionals not only learn from mistakes, but that the institution guarantees permanent education that qualifies the assistance offered.

Keywords: Security Management; Patient safety; Nursing team.

RESUMEN

La seguridad del paciente engloba un conjunto de medidas desarrolladas para promover la reducción de incidentes en los establecimientos de salud, con o sin daño (evento adverso). Con el fin de contribuir al proceso de evaluación de los comportamientos de salud y proporcionar estrategias que permitan identificar las posibles vulnerabilidades en la práctica del equipo de enfermería, el objetivo general de este estudio fue investigar las circunstancias que rodearon los incidentes y eventos adversos en un hospital público. a través de la gestión de riesgos. Se trata de una investigación acción descriptiva con enfoque cualitativo en un hospital público de la ciudad de Caxias, Maranhão, con el equipo de enfermería. La investigación acción incluye cuatro fases bien definidas: planificación, acción, descripción y evaluación. El período de recolección de datos fue de octubre de 2019 a octubre de 2022 y el análisis de datos se basó en la filosofía Lean, que se enfoca en promover una visión amplia del sistema. En tres años de funcionamiento, el Centro de Seguridad del Paciente 2017-2019 contabilizó 1.631 reportes de incidentes y eventos adversos, de los cuales 8,4% ocurrieron en actividades administrativas, 46,2% en atención y protección de pacientes, 0,7 % en administración de dietas, 1,7% por caídas, 18,2% accidentes de pacientes, 6,8% relacionados con la identificación del paciente, 8,7% representaron Lesiones por Presión y 6,8% relacionados con medicamentos. Con base en este diagnóstico situacional, fue posible seleccionar los principales incidentes y eventos adversos relacionados con la atención de salud en el hospital seleccionado, y estos fueron discutidos en los seminarios temáticos para obtener posibles causas raíces, con la ayuda de la técnica de Brainstorming vinculada a la “5 Porqués”, y estrategias formuladas en conjunto con profesionales a través del diagrama de Ishikawa, obteniendo información relevante para la gestión de riesgos. De los datos recopilados y de las seminarios, se puede entender que los incidentes y eventos adversos relacionados con la atención de la salud son un problema estructural, pero que se puede sortear a través de la gestión de riesgos y la consecuente promoción de una cultura de seguridad, para que los profesionales no solo aprendan de los errores, pero que la institución garantice una educación permanente que cualifique la asistencia ofrecida.

Palabras llave: Gestión de Seguridad; Seguridad del paciente; equipo de enfermería.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1 O Ambiente Hospitalar	15
2.2 Segurança do Paciente, Qualidade da Assistência e Acreditação	15
2.3 Eventos Adversos.....	17
2.3.1 Identificação do Paciente.....	18
2.3.2 Comunicação Efetiva.....	18
2.3.3 Segurança com Medicamentos de Alta Vigilância.....	18
2.3.4 Segurança em Cirurgias.....	19
2.3.5 Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS)	20
2.3.6 Quedas e Lesão Por Pressão	20
2.4 Gestão de Riscos	21
3 METODOLOGIA.....	25
3.1 Tipo de estudo	25
3.2 Local do estudo	25
3.3 População e amostra.....	25
3.4 Procedimentos para coleta de dados.....	26
3.5 Análise de dados	27
3.6 Aspectos éticos	27
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	29
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	45
REFERÊNCIAS	46
APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	57
ANEXO A: PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	59

1 INTRODUÇÃO

A compreensão acerca da complexidade dos estabelecimentos de saúde despertou a necessidade de reduzir os riscos de danos aos clientes. Nestes ambientes, diversos fatores podem contribuir para a ocorrência de incidentes relacionados à assistência, sendo indispensável a identificação e tratamento dos riscos aos quais os clientes estão sujeitos. Nesse sentido, em 01 abril de 2013 foi lançada a Portaria MS/GM Nº 529, instituindo o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e mais tarde, em julho do mesmo ano, a Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA (RDC) Nº 36, instituindo ações para a segurança do paciente em serviços de saúde (BRASIL, 2017c).

A segurança do paciente engloba medidas elaboradas para reduzir os incidentes (circunstâncias que podem resultar, ou resultaram, em dano desnecessário ao paciente) e eventos adversos (incidentes que resultam em danos) nos estabelecimentos de saúde, os danos são consequência de erros na prestação de cuidados ofertados na instituição e não pela doença de base. A Portaria MS/GM Nº 1.820, de 13 de agosto de 2009, dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, no tocante à segurança, é direito do usuário o atendimento de qualidade, isso envolve desde as condições estruturais das instituições de saúde ao cuidado prestado (KRUSCHEWSKY; FREITAS; SILVA, 2020).

A fim de garantir uma assistência multidisciplinar digna e de qualidade, deve-se ter como enfoque a segurança dos clientes, sendo fundamental priorizar a organização dos serviços de saúde. Assim, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e a RDC Nº 36/2013 possibilitam promoção e apoio à realização de ações voltadas à segurança do paciente nas diversas áreas da atenção. Dois marcos desse programa são a gestão de risco nos estabelecimentos de saúde e a implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) para colocá-la em prática (PRATES *et al.*, 2019).

Segundo a RDC Nº 36, gestão de risco é a aplicação organizada e ininterrupta de políticas, métodos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos (BRASIL, 2013a). O gerenciamento do risco e a instauração de uma cultura de segurança estão estreitamente relacionados, uma vez que uma cultura punitiva de erros aflige e intimida os profissionais da saúde, tendo como desfecho subnotificações, mascarando a realidade do serviço, aumentando os riscos de incidentes e eventos adversos e consequentemente enfraquecendo a qualidade e segurança da assistência prestada (CARNEIRO *et al.*, 2021).

Salienta-se a relevância do NSP como base primária na gestão de riscos, objetivando a análise dos processos de trabalho e seu alinhamento às práticas de segurança, por meio da transmissão de conhecimentos, aplicação de evidências atualizadas, bem como a qualificação constante da equipe, atuando na prevenção de erros desnecessários, com ou sem danos, nos serviços de saúde. Assim é primordial o envolvimento conjunto dos funcionários, a integração e a inter-relação nos processos de trabalho (BRASIL, 2016).

As falhas assistenciais ou erros de procedimentos são comuns em ambientes de saúde e podem infligir danos aos usuários, tendo como consequências secundárias o aumento do tempo de internação e custos de tratamento, além do desconforto ao paciente e aflição dos familiares. Diante dessa adversidade, a gestão dos riscos relacionados a assistência à saúde viabiliza a implantação efetiva de estratégias que reduzam danos provenientes de um cuidado inseguro e a promoção de uma cultura de segurança.

A magnitude dos incidentes e eventos adversos relacionados a assistência à saúde é reconhecida mundialmente, desafio que aponta para a busca incessante de organizações por estratégias que tornem o ambiente hospitalar o mais seguro possível: portarias, manuais, protocolos, dentre outros documentos foram desenvolvidos com o intuito de reduzir tais episódios evitáveis. Em estudo descritivo, Maia e colaboradores (2018) identificaram no Brasil o registro de 63.933 eventos adversos relacionados com a assistência à saúde no período de junho de 2014 a junho de 2016, dentre esses, 417 evoluíram para óbito.

Os NSP estão dispostos em todas as regiões do Brasil, no entanto nem todos encontram-se habilitados para funcionamento, o que mascara a atual realidade de muitos estados e do país. Ainda assim, apenas no ano de 2018, no Brasil, Braga e colaboradores (2021) contabilizaram 103.275 incidentes relacionados a assistência à saúde.

Diversos fatores estão relacionados às falhas assistenciais no ambiente hospitalar, por meio de uma revisão integrativa Batista (2018) constatou que há objeções em relação a condições que desestimulam os profissionais e os induzem ao erro: o quantitativo do pessoal de enfermagem, a demanda de serviço, a sobrecarga de trabalho e a desvalorização da enfermagem, e concluiu que esses fatores estão interrelacionados.

Por ser numericamente a maior categoria assistencial da área da saúde e estar em constante articulação com toda organização, atuando em cenários de alta complexidade e exposição a riscos, a equipe de enfermagem possui relevante influência na promoção da segurança do paciente. Para realização da gestão de risco efetiva é necessária a cooperação de toda equipe, a qual o enfermeiro deve assumir a liderança em relação aos cuidados de saúde,

motivando-os a buscar conhecimento a fim de proporcionar o cuidado seguro aos clientes e comunidade (BEZERRA, 2018).

A pesquisa-ação pode auxiliar no melhoramento da gestão de risco de incidentes e eventos adversos por ser uma metodologia participativa, propiciando a ordenação e agrupamento dimensional da equipe inserida na prática assistencial, contribuindo com o melhor desenvolvimento de intervenções exitosas (PICHETH, 2016; TOLEDO, 2014; TRIPP, 2005). Constata-se que no Brasil, a gestão de riscos dos incidentes e eventos adversos relacionados a assistência à saúde ainda se dá de forma inábil e que a abordagem dessa temática é insuficiente, impedindo avanços satisfatórios (PICHETH, 2016).

Assim, o presente estudo justifica-se pela atual lacuna científica existente no Brasil no âmbito da segurança do paciente, devido a abordagens pouco abrangentes nesse campo, sendo capaz de contribuir com a academia, profissionais e gestores da instituição de saúde, usuários e o próprio sistema público de saúde, no tocante a melhoria da qualidade da assistência à saúde, por esmiuçar os problemas com a cooperação daqueles que estão inseridos na prática cotidiana da assistência, como tentativa de descobrir soluções a partir das fragilidades evidenciadas por meio das notificações.

A fim de contribuir com o processo de avaliação das condutas em saúde e propiciar estratégias que possibilitem identificar potenciais vulnerabilidades na prática da equipe de enfermagem, o objetivo geral desse estudo foi investigar as circunstâncias que envolvem os incidentes e eventos adversos em um hospital público através da gestão de riscos, e os objetivos específicos foram: aplicar estratégias de investigação dos condicionantes para ocorrência de eventos adversos, esquematizados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); identificar as estratégias adotadas pela instituição para evitar eventos adversos; construir, com os participantes, proposições de barreiras para evitar eventos adversos; e colaborar com o Núcleo de Segurança do Paciente institucional na gestão de risco.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O Ambiente Hospitalar

Os Hospitais são instituições de cunho médico-social, que tem por missão a garantia da assistência à saúde preventiva e curativa para a população, além de ser um ambiente de pesquisa (BRASIL, 1977).

Independentemente da época, a sistemática e a estrutura hospitalar foram e são fatores que interferem diretamente na prestação de cuidados. Nesse sentido, Florence Nightingale, precursora da Enfermagem moderna, em meados do século XX, compreendeu a necessidade de um ambiente propício ao fortalecimento da saúde dos pacientes, evidenciando suas convicções através da Teoria Ambientalista, além de implementar o ensino orientado e sistematizado, criando um processo de trabalho, o que a destaca nos âmbitos de prevenção de danos evitáveis e administração hospitalar (MARTINS; BENITO, 2016).

O *Institute of Medicine* (IOM) dos Estados Unidos, atualmente nomeada *National Academy of Medicine* (NAM), findou o século XX com a publicação do relatório *To err is human: Building a safer health system*, no qual Kohn e colaboradores (2000) apontaram o erro como algo inerente ao ser humano, mas que pode ser evitado por meio da modificação dos sistemas hospitalares, focando nas circunstâncias que induzam ao erro. O sistema é elaborado por humanos, portanto está sujeito a falhas, assim, pesquisas acerca do clima e da cultura de segurança, bem como a busca ativa por condutas que facilitem a ocorrência de erros podem reduzir eventos adversos.

2.2 Segurança do Paciente, Qualidade da Assistência e Acreditação

A Portaria MS/GM nº 529, de 01 de abril de 2013, define segurança do paciente como a redução do risco de dano desnecessário, portanto evitável, ao mínimo aceitável associado ao cuidado de saúde, sendo um dos seis atributos da qualidade do cuidado, consequentemente interferindo na acreditação da sociedade sobre determinada instituição (BRASIL, 2013b).

Nos anos 1990, Avedis Donabedian publicou um estudo intitulado *The Seven Pillars of Quality*, estabelecendo sete pilares da assistência que definem sua qualidade: eficácia (capacidade de melhorar o cuidado); efetividade (avaliação das condições acessíveis para o melhoramento); eficiência (aptidão para melhorias ao menor custo); otimização (mensuração entre custos e benefícios); aceitabilidade (intermediação entre escolhas do cliente e o melhor tratamento para sua condição); legitimidade (conformidade com as preferências sociais em relação aos demais pilares); e equidade (justiça na organização dos cuidados e seu resultado na

saúde) (DONABEDIAN, 1990). Embora a segurança do paciente não seja citada pode-se inferir que estava implícita nestes pilares.

A partir de 2000, o IOM incluiu a segurança do paciente dentre os seis atributos da qualidade, sendo os demais: efetividade (assistência fundamentada em evidências); centralidade no paciente, que corrobora ao que Donabedian definiu por aceitabilidade; a oportunidade do cuidado ou a assistência em tempo hábil; a eficiência e a equidade. A compreensão das organizações hospitalares, seus protocolos e normas, oportunizam a elaboração de estratégias que garantam a segurança do paciente, a partir da criação de planos locais e de metas internacionais de qualidade e segurança (BRASIL, 2014b).

Nesse sentido, a existência do PNSP, no Brasil, auxilia na propagação de informação (transparência), na organização e articulação de estratégias a fim de evitar erros e mitigar eventos adversos, através das ações dos Núcleos de Segurança do Paciente (BRASIL, 2013a).

A acreditação é apresentada pela *Joint Commission International* (JCI) como o parecer de uma entidade independente em relação a uma instituição de saúde, indicando se ela condiz ou não com os requisitos técnicos e legais criados para fortalecer a segurança e a qualidade do cuidado (*Joint Commission International*, 2010). Assim, pode-se inferir que a ocorrência de incidentes, danosos ou não ao paciente, interferem na avaliação da qualidade de um serviço, o que influencia na imagem da instituição e na mensuração de casos, bem como pesquisa de situações que levaram ao erro.

A RDC Nº 36 define em seu Art. 3º, inciso II, a Cultura de Segurança do Paciente como o conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde. Uma Cultura de Segurança do Paciente fortalecida facilita a transparência de uma instituição, uma vez que coíbe o padrão punitivo e dá abertura ao aprendizado a partir da ocorrência de erros (ANDRADE *et al.*, 2018).

Em 2004 a Organização Mundial da Saúde (OMS) fundou a *World Alliance for Patient Safety* a fim de mitigar o cuidado inseguro, uma das estratégias para solucionar tal problemática foi implementada em 2005, com a colaboração da JCI, as seis metas internacionais de Segurança do Paciente, com o objetivo de oferecer melhorias nas situações mais urgentes referentes à segurança do paciente, respaldadas em evidências científicas (*Joint Commission International*, 2010). As seis Metas Internacionais de Segurança do Paciente são:

- META 1: Identificar os Pacientes Corretamente;
- META 2: Melhorar a Comunicação Efetiva;
- META 3: Melhorar a Segurança de Medicamentos de Alta-Vigilância;

META 4: Assegurar Cirurgias com Local de Intervenção Correto, Procedimento Correto e Paciente Correto;
 META 5: Reduzir o Risco de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde;
 META 6: Reduzir o Risco Quedas e Lesões Por Pressão (*Joint Commission International*, 2010; BRASIL, 2022).

Diante das disposições da RDC nº 36, as seis metas da OMS fazem parte de um plano de atuação frente aos incidentes e EA's associados à assistência à saúde, que têm como propósito a disseminação da cultura de segurança do paciente (JESUS, *et al.*, 2020).

2.3 Eventos Adversos

Como elucidado pela RDC Nº 36, Eventos Adversos (EA's) são incidentes que resultam em danos à saúde (BRASIL, 2013a). A ocorrência de EA's representa importante divergência entre a assistência ideal e o cuidado real, a prática da cultura de segurança evita subnotificações, o que viabiliza o aprendizado com o erro (LANZONI *et al.*, 2019).

Além dos incidentes e EA's, existem ainda os *Never Events*, Eventos Sentinela ou Eventos Adversos Graves, aqueles que em hipótese alguma deveriam advir de serviços de saúde, a notificação de um *Never Event* deve ser realizada até 72 horas após o ocorrido, sendo detalhado na notificação o método de investigação e o resultado da melhor conduta utilizada no momento, essas circunstâncias necessitam de um formulário específico, designado como Relatório Descritivo de Investigação de Evento Adverso Grave e Óbito (BRASIL, 2017c).

Falhas organizacionais e sistêmicas contribuem para a ocorrência de erros que induzem a eventos adversos, resultando em desfechos negativos à saúde dos clientes. Estas circunstâncias não são associadas às condições clínicas de base e podem interferir na morbidade, aumento do tempo de internação e até morte do usuário. Entender o impacto social dos eventos adversos relacionados a assistência à saúde viabiliza a busca constante por estratégias de controle, educação permanente e prevenção destas ocorrências (COUTO; PEDROSA; ROSA. 2016).

Quando os EA's não são notificados, além de inviabilizar a investigação de riscos potenciais e estudo de intervenções efetivas para evitar os danos, a gravidade do problema pode passar despercebida (PENA; MELLEIRO, 2017). A análise dos prováveis fatores de risco auxilia na busca da causa raiz dos episódios, além disso, compreender que as falhas não se limitam apenas à determinado indivíduo, mas à sistemática do serviço de saúde, onde se requer maior atenção (BRASIL, 2016b).

Os eventos adversos que ocorrem com maior frequência nas instituições de saúde estão relacionados principalmente à identificação do paciente, lesões por pressão, infecções,

comunicação ineficaz, aos medicamentos, procedimentos, acidentes e aos dispositivos de saúde (FURINI; NUNES; DALLORA, 2019).

2.3.1 Identificação do Paciente

A Meta 1 das seis metas internacionais de segurança do paciente é a identificação correta dos pacientes (*Joint Commission International*, 2010). A identificação de um indivíduo o acompanha desde seu nascimento à sua morte, sendo fundamental durante a assistência hospitalar, seja para um chamamento como para a organização das condutas que serão realizadas frente às necessidades do usuário, não obstante, a rotina do hospital muitas vezes induz a equipe a identificar clientes pelo número do leito e da enfermaria ou até mesmo por sua condição de base (DE ASSIS, *et al.*, 2018).

Deve-se considerar as diversas circunstâncias durante a assistência: sedação, desorientação ou hipovigilância; troca de leitos, quartos ou setores; entre outras situações que facilitem o erro (*Joint Commission International*, 2010). À vista disso, a criação do protocolo de identificação do paciente elaborado pelo Ministério da Saúde (MS) e seus colaboradores objetiva assegurar que o cuidado executado seja direcionado ao real destinatário, a promoção da educação em saúde e confirmação da identificação antes dos procedimentos (pulseira de identificação) são algumas intervenções a serem praticadas (BRASIL, 2013c).

2.3.2 Comunicação Efetiva

A comunicação é essencial em todos os âmbitos da vida, e para atingir o objetivo de trocar informações, a clareza é fundamental para que a mensagem seja referida efetivamente, especialmente quando trata-se do ambiente hospitalar com a troca de plantões, transferências de clientes, emergências e registros dos pacientes. Portanto, manter a comunicação efetiva é essencial e uma responsabilidade da equipe multidisciplinar (MISAWA, 2016).

A segunda meta global de segurança do paciente reforça a necessidade de melhoramento da comunicação efetiva, que entre os profissionais da saúde pode se dar por telefonemas, verbalização direta, formulários e por notas de transferência de pacientes, com as duas primeiras representando potenciais riscos à segurança (OLINO *et al.*, 2019). Quem recebe verbalmente uma informação deve anotá-la integralmente e reler para quem forneceu os dados, o qual deverá confirmar se foi repassada claramente, aderir à essa estratégia pode prevenir incidentes e eventos adversos (*Joint Commission International*, 2010).

2.3.3 Segurança com Medicamentos de Alta Vigilância

Os medicamentos de Alta Vigilância (MAV) configuram-se como potencialmente perigosos, assim necessitando de meticulosa atenção, uma vez que a falha de procedimentos apresenta maior risco para ocorrência de eventos adversos nos clientes (MAIA *et al.*, 2020a). O preparo e a administração de medicamentos demandam maior concentração e habilidades técnicas, além do conhecimento do medicamento, mecanismo de ação, via, efeitos adversos e os benefícios (MIEIRO, 2017).

A segurança com MAV trata-se da terceira meta internacional de segurança do paciente, com a finalidade de atingir esse propósito e reduzir a ocorrência de eventos adversos relacionados à medicamentos, algumas intervenções dispostas pela JCI e colaboradores demonstram impacto positivo: implementar um processo de gerenciamento dos medicamentos de alta vigilância, deslocando eletrólitos concentrados das unidades de cuidado para a farmácia, bem como desenvolver uma política e/ou procedimento que componha a lista de MAV da instituição (*Joint Commission International*, 2010).

2.3.4 Segurança em Cirurgias

Define-se como Cirurgia Segura aquela em que se adota um conjunto de medidas que proporcionam a redução do risco de eventos adversos nas fases pré, trans e pós-operatória, a partir da prevenção de Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC), anestesia segura, equipe cirúrgica preparada e dimensionamento da assistência cirúrgica (SOUZA *et al.*, 2020).

A fim de sistematizar a assistência segura, a OMS recomenda que as instituições de saúde adotem o *Checklist* de Cirurgia Segura, a lista possui 19 (dezenove) itens que devem ser respondidos em três etapas: antes da indução anestésica, antes da incisão cirúrgica e antes do paciente deixar a sala de cirurgia (RIBEIRO *et al.*, 2019).

A quarta meta internacional de segurança do paciente é assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto, o cumprimento do protocolo de cirurgia segura viabiliza maior qualidade assistência e melhores condições de recuperação, refletindo em maior bem-estar e conseqüentemente interferindo no desfecho de alta hospitalar, sem custos adicionais, fatores que em um cenário oposto representam riscos à saúde do cliente (ARAÚJO *et al.*, 2021).

Algumas intervenções propostas pela JCI com o intuito de garantir que a cirurgia seja realizada no local de intervenção cirúrgica, procedimento e paciente corretos, são: marcação prontamente reconhecível (identificação do local); verificar todos os tópicos do *Checklist* de cirurgia segura, processo que deve ser conduzido e documentado por toda equipe presente no Centro Cirúrgico (CC) imediatamente antes de iniciar o procedimento cirúrgico, além disso,

políticas e métodos devem ser implementados para auxiliar processos padrões, isso inclui procedimentos médicos e odontológicos realizados fora do Centro Cirúrgico (*Joint Commission International*, 2010).

2.3.5 Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS)

Conforme definição do MS, pode-se considerar infecção hospitalar quando “adquirida após a admissão do paciente e que se manifeste durante a internação ou após a alta, quando relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares” (BRASIL, 1998, p.5). No entanto, atualmente a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) além de substituir tal nomenclatura para Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde (IRAS), implementou que a confirmação do diagnóstico das IRAS depende da quantidade de dias de internação do cliente, podendo variar de 2 a 90 dias após internações ou procedimentos, do tipo de intervenção e do sítio estudado (BRASIL, 2017a).

Infecções elevam consideravelmente os custos do cuidado, o tempo de internação, a morbidade e a mortalidade nos serviços de saúde (BRASIL, 2017a). Devido a prevalência e gravidade desse tipo de evento adverso, o MS por meio da Portaria nº 2616/98, elaborou o Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH), afim de planejar estratégias e práticas sistematizadas, com o intuito de mitigar a ocorrência das infecções, juntamente com a implantação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), permitindo maior fiscalização e educação contínua dos profissionais de saúde (JUREMA *et al.*, 2021).

São tipos de IRAS: a Pneumonia Relacionada à Assistência à Saúde, Infecção do Trato Urinário, Infecção da Corrente Sanguínea e Infecção de Sítio Cirúrgico, cada qual com planos de prevenção e tratamento distintos, ainda assim, é imperativo que a prática de higienização das mãos mantenha-se como a principal e mais eficiente estratégia de prevenção de infecções (BRASIL, 2017a).

2.3.6 Quedas e Lesão Por Pressão

Quedas são circunstâncias inadvertidas que levam o indivíduo ao solo ou a outro nível inferior, em situações não intencionais, podem ser acidentais (dependem do ambiente), por desequilíbrio, fisiológicas antecipáveis (quando o cliente é classificado com risco de queda) e fisiológicas não antecipáveis (imprevisíveis e/ou associadas a causas fisiológicas como desmaios), além da classificação da gravidade, sendo complicações menores (ex.: escoriações), maiores (ex.: fraturas) e morte (CARVALHO; DINI, 2020).

Algumas repercussões dos danos decorrentes de quedas, além do potencial de agravamento das condições clínicas dos clientes e de desfechos clínicos desfavoráveis, são: o prolongamento do tempo de internação com repercussão no aumento dos gastos hospitalares, a limitação e inaptidão físicas, diretamente relacionados à desqualificação da instituição (LUZIA *et al.*, 2019).

Algumas intervenções para prevenção de quedas, são: aplicação de procedimento de avaliação inicial para risco de quedas e reavaliação quando houver alteração da condição ou de medicamentos (ex.: escala de Morse); elaboração de estratégias para indivíduos avaliados em situação de risco; monitoramento desses processos e estabelecimento políticas e/ou procedimentos para a redução do risco de eventos adversos relacionados a quedas (*Joint Commission International*, 2010).

Uma pressão aplicada sobre determinada área do corpo atrelada a fatores de riscos e à condição clínica de um paciente aumenta o risco de Lesão Por Pressão (LPP), ou seja, da ocorrência de um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes. Em 2017 foram notificados 13.834 casos de LPP e 5 óbitos decorrentes desse incidente evitável no Brasil. Através da gestão de riscos a equipe de enfermagem pode ser sensibilizada sobre a importância de um papel ativo na prevenção desse agravo, além de impulsionar a elaboração de planos individualizados de cuidados capazes de melhorar o quadro clínico do paciente, reduzir custos e motivar os profissionais a aderirem aos protocolos institucionais (JESUS, *et al.*, 2020; ANVISA, 2017).

Dentre as consequências das LPP nos serviços de saúde destacam-se: o aumento do tempo de permanência, alta taxa de morbimortalidade, custos adicionais devido a maior necessidade de recursos humanos, materiais e físicos. A escala de Braden é um dos instrumentos capazes de prever a probabilidade do desenvolvimento de LPP e é bastante divulgada nos serviços de saúde do Brasil, o score da escala depende da avaliação da percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição e fricção/cisalhamento (LIMA, *et al.*, 2020).

Considerando tais problemáticas o MS elaborou protocolos que objetivam a redução de incidentes e EA relacionados a quedas e redução da ocorrência de LPP, tais protocolos apresentam estratégias que abrangem: avaliação de risco, cuidado interdisciplinar, ambiente hospitalar seguro e educação permanente (BRASIL, 2013c; BRASIL, 2017b).

2.4 Gestão de Riscos

A gestão de riscos regula estratégias da vigilância sanitária no ambiente hospitalar, objetivando a redução ou eliminação de circunstâncias que possam resultar em desfecho

desfavorável às condições dos clientes ou à organização institucional. Para isso, avaliações são indispensáveis, embora causem desconforto à equipe, por mensurar as fragilidades da assistência, deve ser vista como uma forma de enfrentamento de problemas, que tem como intuito o planejamento de intervenções que melhorem o contexto ao qual a instituição está inserida (KERN; FELDMAN; D'INNOCENZO, 2018).

Gerir riscos seria inviável sem um sistema de notificação, no Brasil foi incrementado em julho de 2009, através da Portaria nº1660, o Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária – VIGIPÓS, como uma padronização de ações antes prestadas pela ANVISA, com o objetivo de monitorar, analisar e investigar os eventos adversos e queixas técnicas relacionadas aos serviços e produtos sob vigilância sanitária na fase de pós-comercialização/pós-uso (BRASIL, 2009).

Como auxílio às ações da ANVISA e, em seguida, do VIGIPÓS, em 2006 foi implementado o NOTIVISA (Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária), sistema informatizado, portanto inserido no ciberespaço, com o objetivo de facilitar a captura e gerenciamento de dados das notificações de eventos adversos e queixas técnicas do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. O NOTIVISA possui formulários específicos para validar as notificações, que dependem da categoria dos notificantes, pois não se restringe somente aos serviços de saúde, mas também aos órgãos sanitários (OLIVEIRA; XAVIER; SANTOS JUNIOR, 2013).

Corroborando com as estratégias de monitoramento da ANVISA, a Rede Sentinela (RS) é um sistema de vigilância epidemiológico local, que têm sob observação grupos específicos da população, a disposição em rede viabiliza a comparação entre diferentes ambientes de saúde, a fim de obter dados sobre eventos evitáveis, cuja notificação resulta no melhoramento da qualidade das estratégias que visam prevenir erros, bem como facilita a tomada de decisão em saúde (RODRIGUES; FONSECA; MATIAS-DIAS, 2016).

Um dos objetivos da Rede Sentinela é ofertar e divulgar o NOTIVISA, a fim de fortalecer uma cultura de notificação, sendo protagonista na transmissão de informações ao NOTIVISA (BELINCANTA *et al.*, 2018). De acordo com a RDC nº 51, de 29 de setembro de 2014, que dispõe sobre a Rede Sentinela para o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, em seu Art. 4º, inciso VII, a gestão de risco é a “aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos” (BRASIL, 2014a, p.2), estes capazes de afetar tanto a segurança, a saúde humana, a integridade profissional quanto ao meio ambiente e à imagem institucional.

A instância responsável pela gestão de riscos nos locais de saúde é o NSP: “criado para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente” (BRASIL, 2013a, p. 2), que dispõe de uma ferramenta essencial no processo de gerenciamento de riscos: o Plano de Segurança do Paciente (PSP), por meio dessa estratégia é possível reformular continuamente os processos de trabalho, alinhando-os às práticas de segurança, além de possibilitar o aprendizado com erros, por meio da disseminação de conhecimentos entre a equipe (BRASIL, 2016a).

O Plano de Segurança do Paciente elabora intervenções locais, através da mensuração das circunstâncias de risco que possuem maior gravidade, auxiliando na construção de evidências. Portanto, trata-se de um planejamento estratégico com enfoque na segurança do paciente de uma organização, baseado na missão, visão e valores do serviço de saúde, sendo crucial a inter-relação dessa ferramenta com os demais planos da instituição, como de recursos humanos, informação, ambiente, gestão de resíduos, CCIH e outros (RIO DE JANEIRO, 2021).

Sobre os membros do NSP: deve ser constituído por uma equipe multiprofissional, composta por médico, farmacêutico e enfermeiro e capacitada em conceitos de melhoria da qualidade, segurança do paciente e ferramentas de gerenciamento de riscos em serviços de saúde. Preferencialmente, o NSP deve ser composto por membros da organização que conheçam bem os processos de trabalho e que tenham perfil de liderança (BRASIL, 2016a).

A percepção da totalidade dos serviços de saúde, a compreensão da influência do ambiente nos desfechos das condições dos clientes e a necessidade de educação permanente em saúde estão inter-relacionados com a administração hospitalar, noções que Nightingale já havia assimilado no século XX (MARTINS; BENITO, 2016). Assim, a enfermagem, como categoria mais robusta da assistência à saúde é também a mais próxima dos clientes desde a admissão a alta ou transferência, portanto o conhecimento dessa área sobre gestão de segurança é essencial para construção de uma barreira de enfrentamento de riscos assistenciais.

Constitui-se, na enfermagem, a liderança como uma atribuição indissociável à gerência, a qual o profissional deve empenhar-se para persuadir e estimular a equipe a executar planos que favoreçam, no caso da segurança do paciente: a cultura de segurança e a redução de incidentes e eventos adversos (AMESTOY *et al.*, 2021). A assistência segura aos clientes torna-se inviável sem uma liderança eficiente, os líderes precisam identificar a missão do serviço de saúde e assegurar os recursos essenciais para o cumprimento dessa missão (*Joint Commission International*, 2010).

Garantir qualidade ao serviço de uma organização demanda o envolvimento de toda equipe de enfermagem no processo de gerenciamento, isso possibilita a construção de

estratégias, como o melhoramento da comunicação efetiva, assegurar que todos compreendam a missão do serviço e a busca por soluções acessíveis que favoreçam a todos, atitudes que auxiliem, por exemplo, na redução de danos evitáveis, para isso todos os integrantes devem sentirem-se corresponsáveis pela qualidade da gestão (MAIA, *et al.*, 2020b).

O caderno nº 7 da Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde proposta pela ANVISA, discorre sobre alguns métodos integradores da gestão de riscos relacionados à assistência à saúde, dentre eles pode-se elencar: a Análise de Causa Raiz (ACR), Protocolo de Londres, Análise do Modo e Efeito de Falha; bem como de ferramentas integradoras capazes de auxiliar o gerenciamento: *Brainstorming*, Diagrama de Causa-Efeito (Diagrama de *Ishikawa*), *Depose*, *Smart*, *Bow Tie* (BRASIL, 2017c).

Neste estudo elegeram-se as ferramentas *Brainstorming*, 5 Por quês e Diagrama de Causa-Efeito (Diagrama de *Ishikawa*) para a execução de uma pesquisa-ação e, quiçá contribuir com o NSP do hospital no seu papel de promoção do cuidado seguro.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa-ação. Segundo Tripp (2005) a pesquisa-ação é uma das muitas formas de se fazer investigação-ação, que envolve a interação do pesquisador e da população inserida no contexto de um problema, possibilitando uma tentativa continuada, sistemática e empiricamente fundamentada de aprimorar a prática da realidade enfrentada.

A pesquisa-ação é um método de pesquisa qualitativo, o que é uma característica adequada para os objetivos desta investigação. Esta visão aprofundada onde há interesse em “como’s” e “por quê’s” demanda uma pesquisa qualitativa (YIN, 2003) e um ambiente real para desenvolvê-la, ambiente este disponível no contexto desta pesquisa.

Considerando que apenas as ciências e suas teorias não se configuram como conhecimento sem sua aplicação na realidade, implica-se a relevância do compromisso com o indivíduo inserido em um meio, através de um olhar integral sobre a época e contexto. Assim, segundo Miranda (2019), a pesquisa-ação busca a compreensão de problemas e o levantamento de estratégias que transformem a realidade, por meio da troca de saberes entre pesquisadores e participantes em um compromisso com a mudança.

3.2 Local do estudo

A área geográfica de abrangência desse estudo foi o município de Caxias, interior do Maranhão. O município está localizado na mesorregião do leste maranhense, possui uma população estimada de 166.159 habitantes. Possui como fonte de renda a prestação de serviço, funcionalismo público, empresas, pecuária e lavoura (IBGE, 2021).

O estudo foi realizado no Hospital Macrorregional de Caxias Dr. Everaldo Ferreira Aragão, gerenciado pela Secretaria de Saúde do Estado do Maranhão, um dos hospitais de referência como campo de estágio para alunos de cursos da área da saúde de instituições de ensino superior pública e privada, trata-se de uma instituição recente (inaugurada em 2016), oferece capacidade para 134 leitos e serviços de média a alta complexidade constituindo-se referência para, em média, trezentos mil habitantes. Nomeado no estudo pelo codinome Hospital Alfa.

3.3 População e amostra

O Hospital Alfa, conta com uma equipe de 224 profissionais de enfermagem, sendo 49 enfermeiros e 175 técnicos de enfermagem. Obteve-se uma amostra total de 30 participantes,

composta pelos profissionais da equipe de enfermagem atuantes no hospital selecionado e que atenderam aos critérios de inclusão do estudo: pertencer à equipe de enfermagem (ser enfermeiro, técnico de enfermagem ou auxiliar de enfermagem); estar, pelo menos, há três meses trabalhando no setor; trabalhar, pelo menos, 20 horas semanais no setor. E como critério de exclusão: estar em férias e/ou licença no período de coleta de dados.

3.4 Procedimentos para coleta de dados

A metodologia da pesquisa-ação possui doze fases que se inter-relacionam e que são flexíveis, e assim, não necessariamente precisam ser seguidas de forma rigorosa, são elas: fase exploratória; tema da pesquisa; colocação dos problemas; lugar da teoria; hipóteses; seminários; campo de observação, amostragem e representatividade qualitativa; coleta de dados; aprendizagem; saber formal/saber informal; plano de ação e divulgação externa. No quadro 1, apresenta-se a sequência de cada fase esquematizada por etapas e a descrição das atividades que foram realizadas, respectivamente:

Quadro 1 – Sequência da pesquisa-ação e descrição das respectivas atividades que foram realizadas.

Etapa	Fase	Descrição
Etapa 1	1. Fase exploratória	Realizou-se o diagnóstico situacional da instituição sobre os incidentes, eventos adversos e início da gestão dos riscos com a Análise de Causa Raiz (ACR).
	2. Tema da pesquisa	
	3. Colocação dos problemas	
Etapa 2	4. Lugar da teoria	Foram escolhidos temas preliminares a serem trabalhados nos seminários; nos seminários foram discutidos com os participantes os problemas identificados pela gestão de riscos; foram coletados dados que nortearam a construção de proposições de barreiras para os incidentes e eventos adversos.
	5. Hipóteses	
	6. Seminários	
	7. Campo de observação, amostragem e representatividade qualitativa	
Etapa 3	8. Coleta de dados	As proposições de barreiras foram idealizadas e escolhidas segundo a necessidade identificada no sistema pelos participantes; O plano de ação foi fundamentado pela filosofia <i>Lean</i> durante seu planejamento, implementação, coordenação e avaliação.
	9. Aprendizagem	
	10. Saber formal/saber informal	
Etapa 4	11. Plano de ação	O resultado foi divulgado na respectiva instituição.
	12. Divulgação externa	

Na primeira etapa, o diagnóstico situacional foi alcançado por meio da investigação da incidência e prevalência dos incidentes e EA's notificados pelo NSP institucional. A coleta de dados compreendeu o período de 15 de outubro de 2019 a 30 de janeiro de 2020, em que buscou-se um diagnóstico situacional dos incidentes e eventos adversos que foram notificados anonimamente pelos profissionais imediatamente após o incidente ou por busca ativa, realizado pelo responsável do NSP. O diagnóstico situacional prévio compreendeu dados de 2017 a 2019, e foram apresentados aos colaboradores que decidiram participar do estudo por meio de gráficos e tabelas.

Elegeram-se os incidentes e eventos adversos notificados com maior frequência segundo as notificações do NSP, para investigação de suas causas raízes através da gestão de riscos nos seminários temáticos, que foram relacionados às atividades administrativas, cuidado e proteção do paciente, administração de dietas, quedas, acidentes do paciente, identificação do paciente e Lesão Por Pressão.

Na etapa 2 (outubro de 2022), realizou-se seminários temáticos e implantação da gestão de riscos, considerada ação piloto uma vez que essa prática não era realizada na instituição. Utilizou-se as seguintes ferramentas de melhoria da qualidade: *Brainstorming*, Cinco Por Quês e Diagrama de *Ishikawa* adaptado para realidade hospitalar. O *Brainstorming* foi associado aos Cinco Por Quês, possuindo como pergunta disparadora: “Ao que você acredita estar relacionado à grande frequência ou o porquê desse incidente/ evento adverso?”. Em seguida foi aplicado o Diagrama de *Ishikawa* adaptado para a realidade hospitalar, questionando as causas raízes com base em cada dimensão da ferramenta (equipamentos; organizacional; ambiente; processos; pacientes e profissionais).

Na terceira etapa, baseado nos seminários e coleta de dados, foram idealizadas proposições de barreiras de proteção dos incidentes e eventos adversos para suas aplicações como plano de ação. A escolha destas proposições seguiu a necessidade identificada pelos participantes do estudo. O (s) plano (s) de ação (ões) foram fundamentados pela Filosofia *Lean*, durante o planejamento, implementação, coordenação e avaliação.

A filosofia *Lean* é uma conduta sistemática que permite a identificação e eliminação de desperdícios nos processos produtivos, tratando-se da segurança do paciente pode-se atrelar esse método à redução de erros, considerando que quem precisa dos serviços de saúde esperam um atendimento seguro, rápido, qualificado e resolutivo, a fim de recuperar o seu bem-estar (MAGALHÃES, *et al.*, 2016).

Na quarta e última etapa, os resultados alcançados foram organizados em um relatório para disseminação em toda a instituição.

3.5 Análise de dados

A análise dos dados seguiu a exploração do material produzido nos seminários aplicados na fase exploratória a partir dos conteúdos expressos, assim como, o diário de campo conforme orienta a pesquisa-ação.

3.6 Aspectos éticos

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) através da Plataforma Brasil, para o cumprimento da Portaria nº 466/2012, que normatiza as pesquisas com seres

humanos, sendo aprovado sob o parecer nº 3.628.060, de 08 de outubro de 2019 (ANEXO A). Todos os participantes assinaram o TCLE (APÊNDICE A) e tiveram o sigilo de identidade garantido.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Colaboraram efetivamente com o estudo: treze enfermeiras, um enfermeiro, treze técnicas e três técnicos de enfermagem, totalizando 30 participantes. Dentre esses profissionais, cinco atuavam na ala 02 (clínica ortopédica), cinco na ala 03 (oncologia), cinco na ala 04 (clínica médica), oito na Unidade de Terapia Intensiva e quatro no Centro Cirúrgico.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), globalmente, a força de trabalho da enfermagem é de 27,9 milhões de profissionais, como grupo ocupacional a enfermagem representa aproximadamente 59% das profissões da área da saúde (WHO, 2020). Atualmente, segundo dados do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) (2022) há registros de 2.767.936 profissionais da equipe de enfermagem no Brasil, dentre esses: 450.565 auxiliares, 1.638.000 técnicos, 679.010 enfermeiros e 361 obstetrizas. Apenas no estado do Maranhão são 4.041 auxiliares, 51.278 técnicos e 18.058 enfermeiros.

A equipe de enfermagem está em constante contato com os usuários dos serviços de saúde, as atividades desempenhadas na assistência requerem conhecimento teórico e habilidades técnicas, bem como a atualização das condutas baseadas em evidências científicas (FORTE, *et al.*, 2017). Nesse sentido, também se destaca a importância do raciocínio clínico para elencar as necessidades de saúde e programação dos cuidados, ressaltando-se o papel de liderança do enfermeiro na gestão e execução do cuidado, organização de recursos humanos e contabilização de estoque, comando e planejamento da assistência, além da avaliação das ações (ARAÚJO, *et al.*, 2017a).

Na fase exploratória realizou-se um levantamento de dados relacionados aos eventos adversos notificados ao NSP (Tabela 1). A partir desses dados foi possível fazer o diagnóstico situacional da instituição, realizar a seleção dos principais eventos adversos relacionados à assistência à saúde para serem trabalhados nos seminários temáticos e obtenção de informações relevantes para a investigação. Em três anos de funcionamento do NSP da instituição (2017, 2018 e 2019), foram notificados 1631 incidentes e eventos adversos na instituição.

Tabela 1 – Incidentes e eventos adversos notificados ao Núcleo de Segurança do Paciente do Hospital Alfa no período de 2017 a 2019. Caxias, Maranhão, Brasil, 2022.

(continua)

Incidente/Eventos Adversos	N=1631	%
Nas atividades administrativas	137	8,4
Cuidado e proteção do paciente	754	46,2
Administração de dietas	12	0,7
Quedas	28	1,7
Acidentes do paciente	296	18,2
Identificação do paciente	111	6,8

(conclusão)		
Incidente/Eventos Adversos	N=1631	%
Lesão por pressão	142	8,7
Medicamentos	111	6,8
Outros*	40	2,5

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

*Situações não notificáveis e/ou não incluídas nas categorias de notificação do Notivisa.

Quanto ao tipo de incidente e/ou evento adverso, pode-se constatar que a maioria, 46,2% estavam relacionados ao cuidado e proteção do paciente (Tabela 1). O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem exige a prática do serviço de enfermagem e orientação das normativas da profissão, garantindo a assistência segura. É necessário a observação da conduta dos profissionais, uma vez que problemas éticos na enfermagem são diversos, devido à complexidade das atividades e multiplicidade da profissão, sendo a educação permanente forte aliada na redução de incidentes, dessa forma, compreender a causa dos desvios éticos é fundamental para a correção da conduta (POLAKIEWICZ, *et al.*, 2022).

As dietas hospitalares visam atender às demandas nutricionais dos enfermos decorrentes do estado nutricional e fisiopatológico em que se encontram. As modificações ou restrições dietéticas realizadas influenciam na aceitação das dietas hospitalares por parte dos pacientes, principalmente dietas hipossódicas, visto que este mineral acarreta reclamações por ser o que dá sabor à refeição, ao passo que prejudica a saúde de indivíduos que tenham a hipertensão arterial sistêmica como uma comorbidade pré-existente (CARVALHO, *et al.*, 2021). A segurança do paciente em uso de dieta enteral depende do processo, vigilância e avaliação contínua da equipe de enfermagem, a fim de que o cuidado nutricional ocorra livre de incidentes e de eventos adversos (CORRÊA, *et al.*, 2020).

Queda é um evento em que o indivíduo descuidadamente vai ao solo ou em um nível inferior, exceto em mudanças de posição intencionais para se apoiar no mobiliário, paredes ou outros objetos. Esse evento pode resultar em escoriações, hematomas, contusões, fraturas de fêmur, quadril e traumas de crânio, e tem o potencial de levar o paciente ao óbito em casos mais graves. Além de agravar a condição clínica, causando limitações e incapacidades físicas, aumentar o tempo de internação, os custos e intervir em questões éticas e legais da instituição, as quedas também geram traumas psicológicos, devido ao medo de cair novamente e a perda da confiança na deambulação (LUZIA, *et al.*, 2019).

A investigação do risco de quedas direciona o plano de cuidados e as intervenções necessárias frente às condições do cliente, nesse sentido, a *Morse Fall Scale* traduzida e para a língua portuguesa e adaptada à realidade brasileira por Urbanetto *et al.* (2013) é um instrumento capaz de avaliar o risco de quedas em adultos e idosos de forma sistemática, viabilizando a

decisão das melhores estratégias para prevenção, promoção e controle a partir do grau de risco identificado.

Os cuidados ofertados no hospital são suplementados com a utilização de tecnologias, como dispositivos invasivos que oferecem suporte de vida e monitorização hemodinâmica, sendo a instalação uma decisão médica. A enfermagem, como uma profissão que preza pelo cuidado holístico do usuário do serviço de saúde, encarrega-se dos cuidados ininterruptos e vigilância constante, participando efetivamente da continuidade da terapia prescrita. As consequências da retirada dos dispositivos, são: lesões, aumento do tempo de permanência, aumento dos custos gerados para a instituição com tratamento de lesões e infecções (PEREIRA, *et al.*, 2018).

O objetivo da identificação correta do paciente é assegurar que ele obtenha determinado procedimento ou tratamento que lhe foi destinado, prevenindo erros e enganos que possam lhe gerar danos. O usuário do serviço de saúde está sujeito a esse tipo de erro desde a admissão até a alta do serviço, em todas as fases do diagnóstico e do tratamento, mas existem fatores que podem potencializar tais riscos, como o estado de consciência, mudanças de leito, setor ou profissional dentro da instituição e outras circunstâncias no ambiente. Evidencia-se a importância da participação do paciente na redução do risco de dados errôneos e a preocupação com o uso do dispositivo em algumas circunstâncias clínicas especiais, como transfusão de sangue e administração de medicamentos (BRASIL, 2022).

A Lesão por Pressão é um dano localizado na pele e/ou nos tecidos moles subjacentes, comumente sobre uma proeminência óssea, como consequência da pressão intensa e/ou prolongada ou de pressão com cisalhamento. O tratamento dessas lesões requer aumento de gastos e pode acarretar sobrecarga da equipe de enfermagem. Esse dano é considerado como um indicador da qualidade da assistência em saúde prestada, uma vez que pode-se listar como formas de prevenção: a inspeção da pele, mudança de decúbito de 2 em 2 horas, uso de colchões especiais, controle de peso, hidratação e como prevenção ao uso de hidrocolóides que proporcionam uma absorção maior da umidade, auxiliando na cicatrização da lesão, entre outros (SOUZA, *et al.*, 2021; SANTOS, *et al.*, 2022).

A escala de Braden é uma das ferramentas de auxílio na identificação dos riscos de LPP, viabilizando a melhor elaboração das prescrições dos cuidados, além disso, a avaliação do risco de LPP oportuniza o compartilhamento de informações, sendo que a prevenção desse agravo depende da contribuição da equipe multiprofissional de saúde desde a adoção de medidas voltadas à prevenção e tratamento à educação de pacientes e acompanhantes e engajamento da

instituição com a promoção das condições adequadas às necessidades de cada indivíduo (JANSEN; SILVA; MOURA, 2020).

Os incidentes e eventos adversos relacionados à medicamentos incluem reações adversas, ineficácia terapêutica, desvios de qualidade e erros de medicação no preparo e administração dos mesmos. A enfermagem está envolvida na assistência direta ao paciente, responsável pelo preparo e administração de medicamentos. Contudo, deve-se considerar a sobrecarga de trabalho, ambiente inadequado, déficit de capacitação profissional, falhas de comunicação, não adesão a protocolos e manipulação incorreta de medicamentos como gatilhos para a ocorrência de erros e pode-se observar que tais erros são subestimados pela equipe, por acreditarem que não acarretam graves repercussões aos pacientes, além do medo de demissão e de sanções ético-legais, resultando em subnotificações (BASILE, *et al.*, 2019).

Identificar uma ação ou omissão relacionada a um erro não é algo complexo, através de uma avaliação detalhada, organizada e sistemática investigando falhas ativas e os fatores contribuintes, pode-se encontrar vários tópicos em episódios que induziram ao evento adverso. Evidencia-se que a culpa, o medo da punição e de demissão, bem como preocupações com a gravidade do erro podem induzir a subnotificações (SIQUEIRA, *et al.*, 2016).

Um Processo Ético Disciplinar junto ao Conselho de Enfermagem pode ser instaurado ao profissional de enfermagem que comete um erro, tal conduta remete à concepção de que a punição é capaz de conter o erro, abrangendo um olhar apenas para o profissional e não para o sistema em que está inserido. Considerando que o ato de punir o erro não faz com que este seja extinto, deve-se conduzir uma abordagem sistêmica, uma vez que os incidentes ocorrem por fatores que se interrelacionam em diferentes âmbitos da organização, sendo necessário olhar para a enfermagem como parte de um todo e para as condições que levaram ao ocorrido (SILVA-SANTOS, *et al.*, 2018). A OMS classifica o dano segundo a gravidade, a classificação dos incidentes e eventos adversos notificados no Hospital Alfa foi apresentada na tabela 2.

Tabela 2 – Grau do dano causado na assistência à saúde dos usuários do Hospital Alfa, notificados ao Núcleo de Segurança do Paciente no período de 2017 à 2019.

DANO CAUSADO	(N=1631)	(%)
Nenhum	408	25,0
Leve	1170	71,7
Moderado	42	2,6
Grave	2	0,1
Ignorado	9	0,6

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

O grau de dano pode ser definido como: nenhum, quando não há nenhum sintoma e não é necessário tratamento; leve, quando há perda de função ou danos mínimos ou moderados com duração rápida, e intervenções mínimas; moderado, quando paciente sintomático, com necessidade de intervenção adicional e aumento do tempo de internação, com dano ou perda de função permanente ou de longo prazo; grave, quando paciente tem sintomas, com necessidade de intervenção para suporte de vida, ou intervenção clínica/cirúrgica de grande porte, causando diminuição da expectativa de vida; óbito, quando dentro das probabilidades, em curto prazo o evento causou ou acelerou a morte (WHO, 2009).

Quanto às estratégias utilizadas pelo NSP, a mais prevalente foi descrita como comunicação efetiva, ainda assim, é válido citar as demais: reclamação formal verbal; procura da equipe anterior para averiguar ciência do problema; notificado setor responsável ao supervisor; notificação formal; investigação; comunicado ao supervisor e corrigido o erro; comunicado ao setor, médico, farmacêutico, diretor clínico, entre outros.

A comunicação efetiva pode ser comprometida por falhas relacionadas à passagem de informações entre os profissionais que compõem a equipe interdisciplinar, a cultura organizacional que desvia o fluxo da comunicação para os diversos níveis hierárquicos, dificulta a investigação das fragilidades da organização. Contrapondo-se às falhas de comunicação, a gestão hospitalar deve utilizar a liderança como uma forma de conduzir o grupo, através do alinhamento de processos organizacionais, como a capacitação dos profissionais, para otimizar o fluxo das informações e garantir segurança da assistência ofertada (FARIAS; SANTOS; GÓIS, 2018).

Considerando que as demais estratégias tratam-se de uma busca por culpados, pode-se inferir que a comunicação efetiva ainda não é realizada da melhor forma. Além disso, durante os seminários alguns profissionais citaram o receio em notificar os erros, *a priori* por não verem uma real mudança no contexto e, por conseguinte, existe o medo de julgamentos, uma vez que quando uma notificação é realizada, todos sabem quem realizou, pois não há sigilo, o que gera constrangimento.

Tendo-se em vista a disposição da hierarquia hospitalar, enfermeiros assistenciais encontram-se prioritariamente em uma posição vulnerável e de pouca autonomia, uma vez que ao passo que são cobrados pela garantia da segurança dos pacientes, vivenciam circunstâncias intimidantes que impedem uma comunicação efetiva e necessária, os profissionais que passam por condutas destrutivas têm receio e evitam compartilhar pensamentos, o silêncio resulta em submissão, perda de criatividade e iniciativa, tendo como consequência o aumento do número de incidentes no cuidado prestado (MOREIRA, *et al.*, 2019).

A gestão de riscos deu-se durante a segunda etapa, em que foram dispostos para os profissionais e discutido os incidentes e eventos adversos que já haviam acontecido na instituição no período de 2017 a 2019, permitindo a adoção de reações frente aos problemas, para prevenção e redução de casos ao analisar suas causas raízes. Para investigar as causas raízes dos incidentes e eventos adversos, foram utilizadas ferramentas de melhoria da qualidade: *Brainstorming*, Cinco Por Quês e Diagrama de *Ishikawa* adaptado à realidade hospitalar.

O *Brainstorming* associado aos Cinco Por Quês (Quadro 2) foram as primeiras técnicas utilizadas nos seminários, sendo úteis na tentativa de identificação de possíveis causas raízes. Para identificar o “por quê inicial”, optou-se pelo *Brainstorming*, uma vez que amplia a possibilidade de escolha de suas respostas, incentivando a criatividade sem a imposição de pressão. Após a constatação do primeiro porque, sucedeu-se com a técnica Cinco Por Quês.

Quadro 2: Situações relacionadas aos incidentes/ eventos adversos com o uso da técnica *Brainstorming* associada aos 5 porquês, segundo relato dos participantes, Caxias, Maranhão, Brasil, 2022.

(continua)

Incidente/ Evento Adverso	Por que 1 (Sintoma)	Por que 2 (Desculpa)	Por que 3 (Culpado)	Por que 4 (Causa)	Por que 5 (Causa Raiz)
Nas atividades administrativas	Desatenção.	Demanda excessiva.	Hospital abrange muitas regiões.	Único hospital de alta complexidade.	Fragilidade na governança.
Cuidado e proteção do paciente	Esquecimento.	Sobrecarga de trabalho.	Dimensionamento inadequado de profissionais.	Déficit de profissionais.	Fragilidade na governança.
Administração de dietas	Falha na conferência de prontuários.	Excesso de trabalho.	Necessidade de trabalho complementar.	Baixa remuneração.	Fragilidade na governança.
Quedas	Falha na orientação ao paciente.	Déficit na educação permanente.	Deficiência de políticas públicas.	Falha na macrogestão.	Negligência da instituição - não recorre apesar das dificuldades.
Acidentes do paciente	Falha na orientação sobre a função do equipamento para pacientes e acompanhantes.	Falha no processo educativo envolvendo paciente/ acompanhante/ profissional.	Trabalho mecanizado.	Falha na humanização.	Déficit na educação permanente.

(conclusão)

Incidente/ Evento Adverso	Por que 1 (Sintoma)	Por que 2 (Desculpa)	Por que 3 (Culpado)	Por que 4 (Causa)	Por que 5 (Causa Raiz)
Identificação do paciente	Muitos papéis para serem preenchidos.	Desmotivação.	Demanda excessiva.	Dimensionamento inadequado de pessoal.	Fragilidade na governança.
Lesão Por Pressão	Falha na mudança de decúbito à cada 2 horas.	Falha na mecânica corporal.	Falha na cooperação de outros profissionais (maqueiros).	Falha na comunicação entre equipes.	Falha na rotina de entrega de plantões.

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

O *Brainstorming* ou “tempestade de ideias” trata-se de uma técnica desenvolvida por Osborn em 1938, que requer a contribuição espontânea dos participantes da pesquisa na geração de ideias para a solução de problemas em um curto de espaço de tempo, exercitando o raciocínio e a criatividade para abranger várias perspectivas a uma situação, com o objetivo de transformar o comportamento das pessoas (GALDINO, *et al.*, 2016).

O método dos 5W ou “5 Por Quês” manuseada no sistema Toyota de Produção e desenvolvida por Taiichi Ono, propõe a descoberta da verdadeira causa raiz de um problema, que habitualmente está recôndita em suspeitas óbvias, a formulação de cada “Por quê” permite a compreensão da causa-raiz (COSTA; MENDES, 2018).

A causa raiz apontada para a ocorrência de incidentes e eventos adversos relacionados a quedas foi a ‘Negligencia da gestão - não recorre apesar das dificuldades’. Enquanto aqueles relacionados às atividades administrativas, cuidado e proteção do paciente, administração de dietas e identificação do paciente foi a ‘Fragilidade na governança’. Ambas as causas devem ser compreendidas na complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil.

A governança na administração pública é a estrutura que abarca os processos de direção e controle, sua estrutura estabelece os modos de interação entre os gestores, os proprietários e as partes interessadas com vistas a garantir o respeito dos gestores aos interesses dos proprietários e das partes interessadas (VIEIRA; BARRETO, 2019).

O modelo da nova governança pública se inicia no final do século XX e busca aprimorar o desempenho e a legitimidade do governo ao aliar novos atores sociais ao processo de formulação e implementação das políticas públicas. Esse modelo valoriza o estabelecimento de redes de parceria (desempenho) e a promoção de valores públicos (conformidade) (OSBORNE, 2010). Em todas essas formas, o modelo da nova governança pública estabelece uma orientação para o cidadão, observando geralmente cinco princípios: responsividade, excelência,

transparência, participação e conformidade legal (VAN DOEVEREN, 2011). Assim, quando estes pilares não se alinham identifica-se a fragilidade da governança.

A saúde é direito do cidadão e dever do Estado, com isso foi instituído pela Constituição Federal de 1988, o SUS, que deveria se consolidar como uma política instituída nacionalmente, sem essa consolidação, sua defesa e força de efetivação se fragilizam, colocando as políticas de saúde no campo das negociações partidárias, interferindo nos recursos financeiros destinados à saúde da população (MALAMAN, *et al.*, 2021).

Apesar das reuniões e levantamento de opiniões abertas ao público, a tomada de decisão coletiva que têm por finalidade elaborar e dividir a efetivação das políticas públicas na saúde concentra-se nos gestores nas três esferas de governo, com isso é válido salientar que para uma governança ser colaborativa e mudar um cenário, é fundamental que os gestores públicos insistam na explanação das condições e exijam a implementação de estratégias (BRETAS JUNIOR; SHIMIZU, 2017).

A causa raiz apontada para a ocorrência de incidentes com o paciente foi ‘déficit na educação permanente’. A educação permanente contrapõe-se ao ensino aprendizagem mecânico, sendo determinada como um conjunto de atividades para atualização profissional, considera-se que os profissionais podem enfrentar situações inusitadas, dessa forma, devem estar preparados para acompanhar mudanças e conceitos. A educação permanente é elaborada coletivamente, com a busca de vivências para novos instrumentos de trabalho, capacitando os profissionais a atender as necessidades dos usuários e o gerenciarem melhor o serviço a fim de gerar a promoção, proteção e recuperação da saúde e a prevenção de comorbidades (RIBEIRO; SOUZA; SILVA, 2019).

A causa raiz apontada para a ocorrência de incidentes e eventos adversos relacionados à Lesões por Pressão foi a ‘falha na rotina de entrega de plantões’. Segundo Echer e colaboradores (2021), a segurança no cuidado é resultado da atenção contínua em diversas organizações de saúde a nível mundial, sendo a passagem de plantão da equipe de enfermagem uma atividade fundamental, como um mecanismo estratégico para a organização do trabalho, uma vez que a mesma assegura a continuidade da assistência aos pacientes nos diferentes turnos de trabalho, independente das mudanças de equipes, além de unir a equipe através também da comunicação efetiva e priorizar a organização das informações transmitidas, eventos relacionados ao processo de assistência aos pacientes e situações de risco podem ser mitigadas.

A causa raiz apontada para a ocorrência de incidentes e eventos adversos relacionados à medicação foi a desvalorização da enfermagem. A enfermagem representa a maior força de trabalho do sistema de saúde brasileiro, ainda assim os profissionais enfrentam desafios no

exercício da profissão: necessidade de qualificação constante, lacunas entre a formação e as demandas do mercado, carga horária excessiva, conflitos entre equipes multidisciplinares, desvalorização e pouco reconhecimento social (VIEIRA, *et al.*, 2021).

No que diz respeito a desvalorização da enfermagem, nos últimos anos tem ocorrido no Brasil a deterioração das condições de trabalho em saúde e enfermagem, influenciada pela política neoliberal. A precarização da enfermagem é uma preocupação crescente, pois interfere na saúde do trabalhador, exposto à sobrecarga de trabalho e à péssimas condições de trabalho, sucateamento das condições laborais, causando sofrimento psicofísico ao profissional, fragilizando a qualidade e a segurança da assistência (DIAS, *et al.*, 2019).

Outra técnica utilizada para identificar a origem dos erros foi a aplicação do diagrama de *Ishikawa*, em que foram seguidas a seis dimensões (Material, Organizacional, Ambiente, Processos, Pacientes, Pessoas/Profissionais), relacionando-se uma causa à determinado problema em diferentes panoramas para cada dimensão, diante do compilado de respostas foram agrupados relatos semelhantes e sintetizados no Quadro 3.

Quadro 3 - Causas raízes dos incidentes e eventos adversos identificadas com o uso do Diagrama de *Ishikawa*. Caxias, Maranhão, Brasil, 2022.

(continua)

Eventos Adversos	Material	Organizacional	Ambiente	Processos	Pacientes	Profissionais
Nas atividades administrativas	Equipamentos eletrônicos danificados; Falta de impressos; Sobrecarga do sistema; Desempenho limitado do laboratório por falta de material / equipamentos obsoletos.	Falha na manutenção preventiva dos equipamentos; Falha na comunicação gestores / trabalhadores; Déficit no dimensionamento de pessoal; Falha na organização dos prontuários.	Ruídos interferem na concentração dos profissionais.	Falha na adesão aos protocolos da instituição.	Baixa escolaridade e passividade do paciente dificultam a adesão às orientações; Baixo conhecimento sobre os documentos básicos para atendimento no SUS.	Déficit na comunicação efetiva profissional/paciente / acompanhante; O excesso de trabalho; Processos de trabalho não claramente estabelecidos.
Cuidado e proteção do paciente	Déficit de material para a demanda do hospital; Baixa qualidade dos materiais adquiridos;	Processos de trabalho não claramente estabelecidos; Falha na adesão aos protocolos da instituição;	Ruídos interferem na concentração dos profissionais; Insuficiência na iluminação de alguns setores;	Déficit de educação permanente para a equipe; Processos de trabalho não claramente estabelecidos;	Baixa escolaridade e passividade do paciente dificultam a adesão aos protocolos da instituição e às orientações dos profissionais.	Déficit na comunicação efetiva profissional/paciente / acompanhante; Excesso de trabalho;

(continua)

Eventos Adversos	Material	Organizacional	Ambiente	Processos	Pacientes	Profissionais
Cuidado e proteção do paciente	Déficit no planejamento de estoque; Escassez de material induz os profissionais ao improviso.	Déficit no dimensionamento de pessoal; Déficit de educação permanente para a equipe.	Falha na disposição de leitos por enfermaria.	Falha na adesão aos protocolos da instituição.		Processos de trabalho não claramente estabelecidos. Déficit na adesão ao cuidado humanizado.
Administração de dietas	Equipamentos danificados; Déficit de equipamentos; Déficit de material para preparo de dietas.	Falha na comunicação eficaz entre equipes / profissionais.	Falha na disposição espacial entre área para dietoterapia e internação.	Processos de trabalho não claramente estabelecidos; Déficit de educação permanente das equipes; Falha na comunicação efetiva entre equipes.	Baixa escolaridade e passividade do paciente dificultam a aceitação às dietas e orientações dos profissionais.	Déficit de pessoal; Competitividade intraequipe de enfermagem; Déficit de educação permanente para a equipe. Falha na comunicação efetiva.
Quedas	Equipamentos danificados; Déficit de material.	Falha na manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos;	Falha na adequação da infraestrutura (piso antiderrapante nos banheiros, adequação para acessibilidade com corrimão).	Processos de trabalho não claramente estabelecidos; Déficit de educação permanente das equipes; Falha na comunicação efetiva entre equipes.	Baixa escolaridade e passividade do paciente / acompanhante dificultam a adesão aos protocolos da instituição e às orientações dos profissionais.	Déficit na comunicação efetiva profissional/paciente / acompanhante; Processos de trabalho não claramente estabelecidos. Déficit na adesão ao cuidado humanizado. Falha na adesão aos protocolos da instituição.
Acidentes do paciente	Déficit no quantitativo de insumos. Baixa qualidade dos insumos.	Processos de trabalho não claramente estabelecidos; Falha na adesão aos protocolos da instituição; Déficit de educação permanente das equipes; Déficit no dimensionamento de pessoal.	Falha na disposição de leitos (excesso) por enfermaria.	Déficit de educação permanente das equipes; Déficit na cultura de segurança. Falha na comunicação efetiva.	Baixa escolaridade e passividade do paciente dificultam a adesão aos protocolos da instituição e às orientações dos profissionais, principalmente com o uso de dispositivos invasivos.	Falha na adesão aos protocolos da instituição; Falha na comunicação efetiva; Déficit de educação permanente das equipes; Déficit na adesão ao cuidado humanizado.

(conclusão)

Eventos Adversos	Material	Organizacional	Ambiente	Processos	Pacientes	Profissionais
Identificação do paciente	Equipamentos eletrônicos danificados; Falta de impressos; Déficit de insumos; Baixa qualidade de insumos.	Falha na manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos.	Falha na adequação da infraestrutura	Processos de trabalho não claramente estabelecidos; Déficit de educação permanente das equipes; Falha na comunicação efetiva entre equipes.	Baixa escolaridade e passividade do paciente dificultam a adesão aos protocolos da instituição e às orientações dos profissionais.	Falha na adesão aos protocolos da instituição; Falha na comunicação efetiva; Déficit de educação permanente das equipes; Déficit na adesão ao cuidado humanizado.
Lesão por pressão	Déficit de material para a demanda do hospital; Baixa qualidade dos materiais adquiridos; Déficit no planejamento de estoque; Déficit de insumos.	Processos de trabalho não claramente estabelecidos; Falha na adesão aos protocolos da instituição; Déficit de educação permanente das equipes; Déficit no dimensionamento de pessoal.	Falha na adequação da infraestrutura	Falha na adesão aos protocolos da instituição; Falha na comunicação efetiva;	Baixa escolaridade e situação socioeconômica associadas a passividade do paciente dificultam a adesão aos protocolos da instituição e às orientações dos profissionais.	Excesso de trabalho; Falha na adesão aos protocolos da instituição; Falha na comunicação efetiva; Déficit de educação permanente das equipes. Déficit na adesão ao cuidado humanizado.

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

O diagrama de *Ishikawa*, ou de “causa e efeito”, é uma ferramenta oportuna na avaliação da qualidade, com potencial para contribuir na identificação de inadvertências logísticas, localizando os principais entraves de uma organização e auxiliando na determinação da origem do problema, bem como a formulação de estratégias a partir de uma visão ampla frente as possibilidades de oportunidade de melhorias do sistema (SANTOS, *et al.*, 2020).

Embora a área da saúde seja composta por diversas profissões, a equipe de enfermagem é a principal atuante na segurança do paciente, uma vez que está constantemente envolvida com o cuidado e proteção destes, prestando assistência direta e possuindo maior responsabilidade na manutenção da segurança. O empenho na redução de incidentes e eventos adversos pode ser auxiliado pela busca da causa raiz do erro, avaliando os fatores relacionados, diante disso, faz-se necessário implantar uma cultura de segurança, cuja intenção é investigar e tratar os erros de

forma não punitiva e entendê-los como parte de um processo sistêmico, viabilizando a formulação de medidas preventivas, qualificando a assistência (NASCIMENTO, *et al.*, 2020).

Apesar das reuniões e levantamento de opiniões serem habitualmente abertas ao público, a tomada de decisão coletiva com a finalidade elaborar e dividir a efetivação das políticas públicas na saúde concentra-se nos gestores dos três níveis de gestão (federal, estadual e municipal), com isso é válido salientar que para uma governança ser colaborativa para mudar um cenário, é fundamental que os gestores públicos insistam na explanação das condições e exijam a implementação de estratégias efetivas na potencialização da missão organizacional (BRETAS JUNIOR; SHIMIZU, 2017).

Em relação ao domínio ‘Materiais’ têm-se por produtos de saúde aqueles utilizados na realização de procedimentos médicos, odontológicos e fisioterápicos, bem como no diagnóstico, tratamento, reabilitação ou monitoramento de usuários, as notificações de incidentes e eventos adversos relacionadas a problemas com materiais dependem do envolvimento dos profissionais que têm contato direto com tais dispositivos, notificar é fundamental para medir a qualidade da assistência quanto ao uso de produtos para a saúde (LUZ; SOUSA; OLIVEIRA, 2020).

A quantidade e a diversidade dos materiais e equipamentos utilizados nos serviços de saúde são inúmeras e fazem parte de um dos aspectos que conferem a complexidade do ambiente hospitalar, tendo fabricantes e especificações técnicas de funcionamento, sendo capazes de provocar eventos adversos. Quando os dispositivos são de qualidade autenticada, utilizados de acordo com as instruções e submetidos à manutenção sistemática, favorecem a segurança do paciente e o bom desempenho dos profissionais de saúde (XELEGATI, *et al.*, 2019).

O cenário político e econômico no Brasil tem forte influência na qualidade dos serviços públicos de saúde, assim, as crises nesses âmbitos impactam diretamente nos recursos para a saúde, conseqüentemente os administradores dessas organizações são impelidos a buscar novas estratégias gerenciais para articular os recursos escassos a fim de garantir a eficiência de sua utilização. Nesse sentido, a estocagem de materiais tem papel ímpar na realização do atendimento aos clientes, uma vez que se trata de uma necessidade muitas vezes desconhecida e uma demanda inconstante, por isso devem ser geridos de forma satisfatória (RAMOS; SPIEGEL; ASSAD, 2018).

Quanto ao domínio ‘Organizacional’ uma das principais queixas dos profissionais foi em relação à falta de qualificação permanente. Segundo Araújo e colaboradores (2020), a qualificação é uma ferramenta de aprendizagem e uma estratégia essencial para a redução de

erros, uma vez que pode melhorar o desempenho profissional, a fim de que a equipe preste uma assistência qualificada, atendendo às atualizações do mercado de trabalho, tratando-se de uma dinâmica contínua com as seguintes etapas: investigação das necessidades de treinamento, planejamento do treinamento, implementação e execução do programa e avaliação dos resultados, onde pode-se compreender os indicadores de uso dos recursos financeiros e não financeiros da organização.

A educação permanente em saúde, a qual abrange os treinamentos, é um processo de ensino / aprendizagem através de práticas do cotidiano no ambiente em que o profissional está inserido, sendo capaz de gerar reflexões em relação à novas condutas, estratégias e caminhos para solucionar problemas individuais e coletivos, aumentando a competência frente às adversidades a partir da junção do conhecimento científico com a prática baseada em evidências (DUARTE, *et al.*, 2022).

A dinâmica da comunicação nas organizações de saúde perpassa todas as ações dos profissionais no desenvolvimento de suas tarefas, desde o relacionamento entre a equipe, como ao cuidado prestado. Problemas durante o repasse de informações, durante a comunicação pode resultar em implicações sérias, que vão desde as falhas na assistência ao paciente até, de modo extremo, o erro médico (MOSCON; RODRIGUEZ; MOREIRA, 2017).

A ação interprofissional requer a atuação colaborativa e participativa entre diferentes profissionais, que buscam ofertar cuidado atendendo às necessidades de saúde do usuário, assim é fundamental uma boa comunicação entre profissionais e para isso deve-se exercer algumas ações para uma assistência efetiva, integral e eficaz: o respeito, a confiança, o reconhecimento dos diferentes profissionais e da interdependência para a realização do trabalho multiprofissional (REUTER; SANTOS; RAMOS, 2018).

Quanto ao domínio ‘Ambiente’ os profissionais referiram o desconforto do ambiente devido aos ruídos e iluminação. Também foram pontuados: a necessidade de adequação do piso do banheiro e corrimão nos quartos. O ambiente hospitalar apresenta riscos à saúde dos pacientes e cabe aos profissionais inseridos no cotidiano da instituição identificar tais riscos para promover segurança e restabelecimento da saúde dos pacientes (FIGUEIREDO, *et al.*, 2018).

Os ruídos no ambiente hospitalar impactam tanto no desempenho dos profissionais, como nas reações fisiológicas e psicológicas dos pacientes, interferindo na recuperação e efetividade dos tratamentos (SOUZA, *et al.*, 2020). Uma iluminação hospitalar satisfatória propicia aos profissionais maior produtividade, melhor qualidade da assistência, redução de erros, melhor aproveitamento de materiais, redução da fadiga ocular e geral, e melhor

supervisão do trabalho, contudo a iluminação deve ser compatível ao conforto e segurança dos clientes (LAZARI, *et al.*, 2021).

Outro fator discutido em relação ao ambiente foi a necessidade de adequação do piso do banheiro, que não é antiderrapante, o que favorece as quedas, bem como a falta de corrimão nas paredes dos quartos. A ANVISA, por meio da RDC N° 50, de 21 de fevereiro de 2002, dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, definindo como o melhor tipo de piso hospitalar aquele que apresente maior durabilidade, resistência e fácil desinfecção, portanto, o piso de vinílico em manta é capaz de certificar a segurança do hospital, embora não seja a melhor opção na prevenção de quedas, já quanto aos corrimãos, a RDC regulamenta a obrigatoriedade desses nas rampas, escadas e corredores (BRASIL, 2002).

Quanto ao domínio ‘Processos’, a falta de adesão aos protocolos foi a causa mais elencada. Segundo Figueiredo e colaboradores (2018), os protocolos contemplam recomendações estruturadas de forma sistemática, baseadas em evidências científicas, na avaliação tecnológica e econômica dos serviços de saúde e na garantia de qualidade deles, com a finalidade de orientar decisões sobre prevenção de doenças, recuperação ou reabilitação da saúde, assim fazem parte de uma estratégia potente de educação permanente para os enfermeiros, com vistas à busca de novos conhecimentos e de fortalecimento das suas propostas para o enfrentamento dos desafios do processo de cuidar (ARAÚJO, *et al.*, 2017b).

Sobre o domínio ‘Pacientes’ Silva e colaboradores (2016) por meio de uma revisão integrativa sobre o envolvimento do paciente na segurança do cuidado, evidenciaram como principais estratégias de redução de erros relacionados à assistência a comunicação efetiva entre profissionais, pacientes e acompanhantes, a melhora na disposição do paciente para o autocuidado e seu envolvimento no regime de tratamento, a produção e fornecimento de cartilhas sobre o processo de saúde-doença do paciente, bem como a capacitação dos próprios pacientes frente aos riscos. Os autores também apontaram a comunicação como uma ferramenta relevante para a relação entre profissional e paciente na prevenção de erros, assim usar uma linguagem similar ao contexto de vida do cliente reduz o abismo da desigualdade social ao qual o Brasil está inserido.

Oliveira e colaboradores (2022) também evidenciaram, através de uma revisão de escopo sobre o envolvimento dos acompanhantes na segurança do paciente, que a falta de conhecimento científico dos acompanhantes pode levar à dependência do recebimento de informações específicas de forma clara e objetiva, assim dentre os fatores que influenciam no distanciamento dos acompanhantes no processo do cuidado, a comunicação é o principal, sendo

necessária como estratégia a dupla checagem das informações, a troca de informações entre os profissionais e uma passagem de plantão sistemática e criteriosa.

O domínio 'Profissionais' corrobora com o estudo de Boeck e colaboradores (2019) sobre os riscos da sobrecarga de trabalho dos enfermeiros, evidenciando a falta de atenção e a sobrecarga de trabalho como os fatores contribuintes mais citados relacionados à ocorrência de incidentes e eventos adversos relacionados a assistência à saúde, além disso, os autores consideram o enfermeiro como um profissional de distintas competências e atribuições, que enfrenta desafios quanto ao dimensionamento de recursos humanos e materiais para desempenhar suas funções, o que torna o trabalho cansativo devido ao aumento na carga de trabalho.

Um dos papéis do enfermeiro é supervisionar a equipe, responsável pelo gerenciamento do serviço de enfermagem ante o órgão fiscalizador do exercício profissional, a supervisão possibilita o melhor planejamento, implementação e avaliação do cuidado integral ao usuário, bem como a orientação do trabalho da equipe de enfermagem (CHAVES, *et al.*, 2017). Além de ser um método educativo e colaborativo, com potencial para transformar o ambiente de atuação do profissional, através de ações que qualifiquem e empoderem a equipe, com o propósito de contribuir com a segurança do paciente (CHAVES, *et al.*, 2020).

A Enfermagem, como ciência e prática social exerce atividades complexas (assistência, liderança, pesquisa) que somando-se à jornada de trabalho excessiva diminui a qualidade da assistência prestada, assim como na qualidade de vida do profissional, contudo é válido inferir que a sobrecarga de trabalho pode-se justificar devido aos baixos salários dos enfermeiros assistenciais (LOPES, *et al.*, 2021).

Outro ponto do domínio profissionais destacado foi a competitividade intraequipe e a desarmonia nos plantões, em relação aos incidentes e eventos adversos deve-se levar em consideração que a satisfação do profissional influencia no seu desempenho, produtividade e bem-estar, refletindo em suas atividades e na qualidade da assistência prestada, contudo, a falta de autonomia, insegurança, falta de reconhecimento, jornada de trabalho exaustiva, sobrecarga de atividades, salário não compatível com a responsabilidade da profissão, falta de recursos e dedicação extra a problemas administrativos causam insatisfação (SCUSSIATO, *et al.*, 2019).

A persistência dos incidentes na prática assistencial à saúde requer a formulação de estratégias para abordagem desse problema, minimizando os erros e melhorando a segurança do paciente, contudo, devido à complexidade dos serviços de saúde torna-se desafiador identificar as reais causas desses erros nos hospitais e reorganizar o processo de trabalho para que tais situações não se repitam.

Assim, os resultados apresentados estão relacionados a um corte temporal do processo de amadurecimento da cultura de segurança do Hospital Alfa, apontando os desafios mais relevantes, com as prioridades elencadas a partir do ponto de vista dos profissionais de enfermagem. No cenário atual em que as instituições de saúde buscam melhorar seus processos e direcionar uma assistência segura aos pacientes, o estudo contribuiu para a prática dos profissionais de enfermagem que buscam a segurança do paciente e qualidade do cuidado, ao demonstrar o uso de ferramentas de melhoria da qualidade de fácil aplicabilidade e adaptável para qualquer serviço.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As causas raízes dos incidentes e eventos adversos notificados no hospital Alfa foram investigadas através da gestão de riscos e esquematizadas por meio de ferramentas de melhoria da qualidade.

Com o uso do *Brainstorming* e dos Cinco Por Quês, foi possível identificar que as causas raízes dos eventos adversos investigados estavam relacionadas principalmente à fragilidade na governança, negligência frente às dificuldades do sistema, falta de educação continuada e falta de regime de troca de plantões.

Por meio do diagnóstico situacional e dos relatos dos profissionais durante os seminários, verificou-se que as estratégias adotadas pela instituição para evitar incidentes e eventos adversos encontravam-se enfraquecidas, com a necessidade de investimentos mais resistentes nos campos de segurança do paciente, como treinamento dos profissionais atuantes, sensibilização para cultura de segurança do paciente e continuidade da gestão de riscos.

O uso da pesquisa-ação permitiu exercitar a gestão de riscos em colaboração com os participantes do estudo e destacou-se como prática relevante na investigação, uma vez que o poder de observação dos profissionais atuantes amplia a capacidade de olhar os problemas reais enfrentados para encontrar maneiras mais eficientes de abordá-los.

Houve certa resistência dos profissionais o que foi um fator limitante do estudo, e quanto a instituição, uma dificuldade na compreensão de sua colaboração efetiva na gestão de riscos. A gestão de riscos permitiu a construção de soluções viáveis para a prevenção de incidente e eventos adversos a partir das colocações dos profissionais que estão inseridos no cotidiano da instituição e têm um sentido mais aguçado para apontar as dificuldades e as diferentes saídas para o problema explorado.

Prestar uma assistência segura é o propósito das instituições de saúde e a aplicação da gestão de riscos tem grande potencial para uma transformação positiva dos processos do sistema hospitalar. A magnitude desse estudo se materializou na apresentação da gestão de riscos como uma ferramenta na investigação e prevenção de incidentes e EA's, além do incentivo aos profissionais de enfermagem a discutirem sobre a segurança do paciente e qualidade do cuidado, ao demonstrar o uso de técnicas de fácil aplicabilidade e adaptáveis a quaisquer serviços.

REFERÊNCIAS

- AMESTOY, S. C., *et al.* *Fragilities and potentialities in the training of nurse leaders. Revista Gaúcha de Enfermagem [online]*. 2021, v. 42, n. spe, e20200196. Epub 11 Jun 2021. ISSN 1983-1447. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200196>>. Acessado 27 de novembro de 2021.
- ANDRADE, L. E. L., *et al.* Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*. 2018, v. 23, n. 1, pp. 161-172. ISSN: 1678-4561. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.24392015>>. Acessado em 23 de novembro de 2021.
- ARAÚJO, M. A. N. de., *et al.* SEGURANÇA DO PACIENTE NA VISÃO DE ENFERMEIROS: UMA QUESTÃO MULTIPROFISSIONAL. *Enferm. Foco*, 2017a; 8 (1): 52-56. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/984/362>. Acessado 27 de dezembro de 2022.
- ARAÚJO, M. C. C. *et al.* Protocolos de enfermagem: motivação e metodologia no processo de construção compartilhada. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2017b; 25:e27339. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/27339/22018>. Acessado em 27 de dezembro de 2022.
- ARAÚJO, P. M. C. de G.; CARDOSO, M. L. A. P.; D'INNOCENZO, M. Avaliação da eficácia e efetividade de treinamentos ministrados à enfermagem de um hospital geral acreditado. *Revista Nursing*, 2020, 23; (263): 3751-3759. Disponível em: <https://www.revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/672/661>. Acessado em 27 de dezembro de 2022.
- BASILE, L. C. *et al.* Análise das ocorrências de incidentes relacionados aos medicamentos potencialmente perigosos dispensados em hospital de ensino. *Revista Gaúcha de Enfermagem [online]*. 2019, v. 40, n. spe, e20180220. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180220>. Epub.10 Jan 2019. ISSN 1983-1447. Acessado em 09 de dezembro de 2022.
- BATISTA, C. F. Fatores que influenciam a ocorrência de eventos adversos na unidade de terapia intensiva. *Rev. Eletr. Evid & Enferm.* 2018;2(1):15-37. ISSN: 2526-4389. Disponível em: https://www.revistaevidenciaenfermagem.com.br/_files/2000000088-1b5711c4ef/Fatores%20que%20influenciam%20a%20ocorr%C3%Aancia%20de%20eventos%20adversos%20na%20unidade%20de%20terapia%20intensiva.pdf?ph=34b00e225f. Acessado em 27 de novembro de 2021.
- BELINCANTA, M. *et al.* Queixas técnicas submetidas ao Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. 2018. 20: v20a31. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v20.49337>. Acessado em 27 de novembro de 2021.
- BEZERRA, A. L. Q. A segurança do paciente e a enfermagem. *Revista Nursing*, v. 21, n. 239, 2018. Disponível em: <http://www.revistanursing.com.br/revistas/239-Abril2018/editorial.pdf>. Acessado em 26 de novembro de 2021.

BOECK, K. H., *et al.* A segurança do paciente devido os riscos da sobrecarga de trabalho dos enfermeiros. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, vol. 16, n.3. Belo Horizonte, MG. JUL/SET 2019. Disponível em:

<https://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/5993>. Acessado em 27 de dezembro de 2022.

BRAGA, C.S.; CUNHA, K.C. da S.; PEREIRA, Q.V. da C.; PEIXOTO, E.M. Eventos adversos relacionados à assistência à saúde no Brasil: um estudo ecológico entre 2014-2018. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**. [S. l.], v. 10, n. 5, pág. e23710514956, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/14956>. Acessado em 29 de novembro de 2021.

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Critérios diagnósticos de Infecção Relacionada a Assistência à Saúde. 2ªed. Brasília: ANVISA, 2017a. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+2+->. Acessado em 24 de novembro de 2021.

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Investigação de Eventos Adversos em Serviços de Saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária– Brasília: ANVISA, 2016b. p. 68.

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 51, de 29 de setembro de 2014. Dispõe sobre a Rede Sentinela para o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF. Seção III, p.2, 2014a.

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC Nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. ANVISA. **Diário Oficial da União**, Brasília - DF, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conceitos e Definições em Saúde. **Secretaria Nacional de Ações Básicas em Saúde – Coordenação de Assistência Médica-Hospitalar**. Brasília: 1977.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Práticas seguras para prevenção de Lesão por Pressão em serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde - ANVISA, 2017b. (Nota Técnica GVIMS/GGTES, n. 3). Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/notas-tecnicas-vigentes/nota-tecnica-gvims-ggtes-no-03-2017.pdf/view>. Acessado em 07 de janeiro de 2023.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. ANVISA. **Boletim segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde n. 18: incidentes relacionados à assistência à saúde – 2017**. Portal ANVISA, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/boletim-seguranca-do-paciente/boletim-seguranca-do-paciente-e-qualidade-em-servicos-de-saude-n-18-incidentes-relacionados-a-assistencia-a-saude-2017.pdf/view>. Acessado em 07 de janeiro de 2022.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde. Brasília: ANVISA, 2017c. Disponível em:

<https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=ODk0OQ%2C%2C%20>. Acessado em 27 de novembro de 2021.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: **ANVISA**, 2016a. p. 68.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 25 jul. 2013a.

BRASIL. 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. ISBN: 978-85-334-2130-1. 40 p. 6. – Brasília: **Ministério da Saúde**. 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Abril pela segurança do paciente**. Brasília: 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/seguranca-do-paciente/seguranca-do-paciente>. Acessado em 07 de dezembro de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº2.616, de 12 de maio de 1998. Estabelece diretrizes e normas para a prevenção e o controle das infecções hospitalares. **Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil**. Brasília, 12 mai. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº1660, de 29 de julho de 2009. Institui o Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária - VIGIPÓS, no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, como parte integrante do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**. Brasília, 29 jul. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013 e Anexos. **Diário Oficial da União**. Brasília, 9 jul. 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529 de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. **Diário Oficial da União**. Brasília: MS, 2013b.

BRETAS JUNIOR, N.; SHIMIZU, H. E. Reflexões teóricas sobre governança nas regiões de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. 2017, v. 22, n., pp. 1085-1095. ISSN 1678-4561. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.30532016>. Acessado em 29 de dezembro de 2022.

CARNEIRO, A.S., *et al.* Patient safety culture in critical and non-critical areas: a comparative study. **Rev. Esc. Enferm. USP**. 2021; 55:e20210141. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0141>. Acessado em 29 de novembro de 2021.

CARVALHO, M. F.A., *et al.* Aceitabilidade de dietas hospitalares por pacientes internados em hospital universitário. **Research, Society and Development**. v. 10, n. 14, e35101421723, 2021. ISSN 2525-3409. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/21723>. Acessado em 08 de dezembro de 2022.

CARVALHO, T. C. de; DINI, A. P. Risco de queda em pessoas com doença renal crônica e fatores relacionados. **Revista Latino-Americana de Enfermagem [online]**. 2020, v. 28, e3289. Epub 08 Jun 2020. ISSN 1518-8345. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3911.3289>. Acessado em 24 de novembro de 2021.

CHAVES L. D. P., *et al.* Reflexões acerca do exercício da supervisão de enfermagem no enfrentamento da COVID-19. **CuidArte, Enferm.** 2020 jan.-jun.; 14(1):10-17. Disponível em: <http://www.webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2020v1/p.10-17.pdf>. Acessado em 27 de dezembro de 2022.

CHAVES, L. D. P., *et al.* Nursing supervision for care comprehensiveness. **Revista Brasileira de Enfermagem [online]**. 2017, v. 70, n. 5, pp. 1106-1111. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0491>. ISSN 1984-0446. Acessado em 27 de dezembro de 2022.

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). **Enfermagem em números** [Internet]. Brasília (DF): Conselho Federal de Enfermagem, 2022. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>. Acessado em 02 de janeiro de 2023.

CORRÊA, A. P. A., *et al.* Riscos da terapia nutricional enteral: uma simulação clínica. **Rev. Gaúcha Enferm.** 2020. 41 (esp): e20190159. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/CJLTbhw6pYsLTDSFJZvHGyt/?lang=pt&format=pdf>. Acessado em 08 de dezembro de 2022.

COSTA, T. B. da S.; MENDES, M. A. Análise da causa raiz: Utilização do diagrama de Ishikawa e Método dos 5 Porquês para identificação das causas da baixa produtividade em uma cacauicultura. **Anais do X Simpósio de Engenharia de Produção de Sergipe**. 2018. ISSN 2447-0635. Disponível em: <https://ri.ufs.br/bitstream/riufs/10450/2/AnaliseCausaRaiz.pdf>. Acessado em 28 de dezembro de 2022.

COUTO, R.C.; PEDROSA, T.M.G.; ROSA, M.B. Erros acontecem: a força da transparência para o enfrentamento dos eventos adversos assistenciais em pacientes hospitalizados. **Instituto de Estudos de Saúde Suplementar**; Belo Horizonte, 2016. Disponível em: <http://documents.scribd.com/s3.amazonaws.com/docs/5x5i1j985c5jwvsp.pdf>. Acessado em 16 de novembro de 2021.

DE ARAÚJO, T. R., *et al.* Atuação do enfermeiro no protocolo de cirurgia segura: uma intervenção no pronto socorro. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, 13(7), e8202, 2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/8202>. Acessado em 14 de novembro de 2021.

DE ASSIS, T. G., *et al.* Adesão à identificação correta do paciente pelo uso da pulseira. **Revista de Enfermagem UFPE online**, [S.l.], v. 12, n. 10, p. 2621-2627, out. 2018. ISSN: 1981-8963. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234774>. Acessado em 24 de novembro de 2021.

DIAS, M. O., *et al.* Percepção das lideranças de enfermagem sobre a luta contra a precarização das condições de trabalho. **Revista da Escola de Enfermagem da USP [online]**. 2019, v. 53, e03492. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980->

220X2018025503492. Epub 19 Ago 2019. ISSN 1980-220X. Acessado em 28 de dezembro de 2022.

DONABEDIAN, M. D. A. *The seven pillars of quality*. **Arch. Pathol. Lab. Med.** 1990 Nov., 114(11):1115-8. PMID: 2241519. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2621255/mod_folder/content/0/DONABEDIAN_1990.pdf?forcedownload=1. Acessado em 13 de novembro de 2021.

DUARTE, I. M., *et al.* A implementação de metodologias ativas em treinamentos para profissionais enfermeiros do Hospital Federal da Lagoa em tempos de COVID-19: uma estratégia para a educação permanente em saúde. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 5, e48511528453, 2022. ISSN 2525-3409. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/28453>. Acessado em 27 de dezembro de 2022.

ECHER, I. C., *et al.* Passagem de plantão da enfermagem: desenvolvimento e validação de instrumentos para qualificar a continuidade do cuidado. **Cogitare enferm.** 2021, v26:e74062. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cenf/a/wnvrDJMQXSG9JMMzYPyBRTw/?format=pdf&lang=pt>. Acessado em 11 de dezembro de 2022.

FARIAS, E. S.; SANTOS, J. O.; GÓIS, R. M. O. Comunicação efetiva: elo na segurança do paciente no âmbito hospitalar. **Caderno de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde - UNIT - Sergipe**, [S. l.], v. 4, n. 3, p. 139, 2018. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/cadernobiologicas/article/view/5168>. Acessado em 10 de dezembro de 2022.

FIGUEIREDO, T. W. B. *et al.* Construção de um protocolo de cuidados de enfermagem: relato de experiência. **Rev. Bras. Enferm. [Internet]**. 2018;71(suppl 6):3004-9. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/NVt9jXTZYzmQFMZg6wPdMSD/?format=pdf&lang=pt>. Acessado em 04 de janeiro de 2023.

FORTE, E. C. N., *et al.* Erros de enfermagem: o que está em estudo. **Texto Contexto Enferm.**, 2017; 26(2): e01400016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/TLDFcqwCc7z7JBNzNTSzhTM/?lang=pt&format=pdf>. Acessado em 27 de dezembro de 2022.

FURINI, A. C. A.; NUNES, A. A.; DALLORA, M. E. L. do V. Notificação de eventos adversos: caracterização dos eventos ocorridos em um complexo hospitalar. **Revista Gaúcha de Enfermagem [online]**. 2019, v. 40, n. spe. e20180317. Epub 29 Abr 2019. ISSN 1983-1447. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180317>>. Acessado em 27 de novembro de 2021.

GALDINO, S. V., *et al.* Ferramentas de qualidade na gestão dos serviços de saúde: revisão integrativa de literatura. **Rev. Gest. Saúde**. Brasília. Vol.07 (Supl. 1), jul. 2016.p 1023-57. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3569>. Acessado em 28 de dezembro de 2022.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. **Caxias** [internet]. 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ma/caxias.html>. Acessado em 27 de novembro de 2021.

JANSEN, R. C. S.; SILVA, K. B. de A.; MOURA, M. E. S. *Braden Scale in pressure ulcer risk assessment*. **Revista Brasileira de Enfermagem [online]**. 2020, v. 73, n. 6, ISSN 1984-0446. e20190413. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0413>. Acessado 04 de dezembro de 2023.

JESUS, M. A. P., *et al.* Incidência de lesão por pressão em pacientes internados e fatores de risco associados. **Rev. baiana enferm.** 2020;34:e36587. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/download/36587/23060>. Acessado em 07 de janeiro de 2023.

Joint Commission International. **Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais**; editado por Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde – Rio de Janeiro: CBA: 2010, 4ªed. ISBN 978-85-61459-07-9.

JUREMA, H.C.; CAVALCANTE L.L.; BUGES, N.M. Prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde em unidades neonatais. **Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)** ; 13: 403-409, jan.-dez. 2021. *ilus, graf.* ISSN 2175-5361. Disponível em: http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/9085/pdf_1. Acessado em 27 de novembro de 2021.

KERN, A.E.; FELDMAN, L.B.; D'INNOCENZO, M. Implantação do gerenciamento de riscos num hospital público. **Rev. Paul Enferm [Internet]**. 2018;29(1-2-3):127-35. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-970776>. Acessado em 16 de novembro de 2021.

KOHN, L.T.; CORRIGAN, J.M.; DONALDSON, M.S. editors. *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC: **National Academy Press**; 2000, p.74.

KRUSCHEWSKY, N. D. F.; FREITAS, K. S.; SILVA FILHO, A. M. da. Fatores associados à cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva. **Rev. baiana enferm.**, Salvador, v.34, Epub 20-Nov-2020. e37150, 2020. Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-86502020000100348&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em 26 de novembro de 2021.

LANZONI, G. M. M., *et al.* Eventos adversos e incidentes sem dano em unidades de internação de um hospital especializado em cardiologia. **REME – Rev. Min. Enferm.** 2019. 23:e-1184. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/remeg.org.br/pdf/e1184.pdf>. Acessado em 26 de novembro de 2021.

LAZARI, T. A. de., *et al.* A qualidade da iluminação do ambiente de trabalho hospitalar como fator de desempenho de profissionais da saúde. **Braz. J. of Bus.**, Curitiba, v. 3, n. 4, p. 3362-3369, edição especial, ago.2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJB/article/view/36420/28238>. Acessado em 29 de dezembro de 2022.

LOPES, D. R. da S., *et al.* Estresse ocupacional devido à sobrecarga de trabalho dos enfermeiros: scoping review. **DêCiência em Foco**. ISSN 2526-5946 2021; 5(1): 63 – 77. Disponível em:

<https://revistas.uninorteac.com.br/index.php/DeCienciaemFoco0/article/view/552>. Acessado em 27 de dezembro de 2022.

LUZ, M. K. S. da; SOUSA, J. P. S. de; OLIVEIRA, E. C. da S. Queixas técnicas de produtos para a saúde: monitoramento para qualidade da assistência. **Rev. Enferm. Digit. Cuid. Promoção Saúde**. 2020 Jan-Jun; 5(1):13-18. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/redcps.com.br/pdf/v5n1a04.pdf>. Acessado em 29 de dezembro de 2022.

LUZIA, M. de F., *et al.* Características das quedas com dano em pacientes hospitalizados. **Revista Gaúcha de Enfermagem [online]**. 2019, v. 40, n. spe e20180307. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180307>>. Epub 10 Jan 2019. ISSN 1983-1447. Acessado em 08 de dezembro de 2022.

MAGALHÃES, A. L. P.; ERDMANN, A. L.; SILVA, E. L.; SANTOS, J. L. G. *Lean thinking in health and nursing: an integrative literature review*. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2016;24:e2734. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/v4YpttFQVZjsVQr3kX4TSWN/?lang=pt&format=pdf>. Acessado em 27 de dezembro de 2022.

MAIA, C. S., *et al.* Notificações de eventos adversos relacionados com a assistência à saúde que levaram a óbitos no Brasil, 2014-2016. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 27, n. 2, e2017320, jun. 2018. Epub 24-Abr-2018. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742018000200010&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em 29 de novembro de 2021.

MAIA, J.L.B., *et al.* Identificação de riscos e práticas na utilização de medicamentos potencialmente perigosos em hospital universitário. **REME – Rev. Min. Enferm.** 2020a;24:e-1311. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e1311.pdf>. Acessado em 23 de novembro de 2021.

MAIA, N.M.F.S., *et al.* Perception of the nursing team about the role of hospital nursing manager. **Rev. Fun Care Online**. 2020b jan/dez; 12:1-5. Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6555/pdf>. Acessado em 27 de novembro de 2021.

MALAMAN, L. B., *et al.* Gestão em saúde e as implicações do secretário municipal de saúde no SUS: uma abordagem a partir da análise institucional. **Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]**. v. 31, n. 04. 2021., e310408. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310408>>. ISSN 1809-4481. Acessado em 09 de dezembro de 2022.

MARTINS, D. F.; BENITO, L. A. O. Florence Nightingale e as suas contribuições para o controle das infecções hospitalares. **Universitas: Ciências da Saúde**, Brasília, v. 14, n. 2, p. 153-166, jul./dez. 2016. ISSN 1981-9730 (online). Disponível em: <https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/cienciasaude/article/view/3810>. Acessado em 26 de novembro de 2021.

MIEIRO, D. B., *et al.* Estratégias para minimizar erros de medicação em unidades de emergência: revisão integrativa. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 72, supl. 1, p. 307-314, fev. 2019. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000700307&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em 28 de novembro de 2021.

MIRANDA, B. W. de. A pesquisa-ação como instrumento de transformação social. **Revista da Universidade Estadual de Ponta Grossa**. Emancipação, Ponta Grossa, v. 19 (2), p. 1-11, e12427, 2019. Disponível em <http://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao>. Acessado em 27 de dezembro de 2022.

MISAWA, D. S. **Manual de segurança do paciente**. São Paulo: Coleção Protocolos HMEC, 2016, p. 120. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/sms-sp/2016/sms-12561/sms-12561-9440.pdf>. Acessado em 18 de novembro de 2021.

MOREIRA, F. T. L. dos S., *et al.* Estratégias de comunicação efetiva no gerenciamento de comportamentos destrutivos e promoção da segurança do paciente. **Revista Gaúcha de Enfermagem [online]**. 2019, v. 40, n. spe Epub 29 Abr 2019. ISSN 1983-1447., e20180308. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180308>>. Acessado em 24 de novembro de 2021.

MOSCON, D. C. B.; RODRIGUEZ, V. B. C.; MOREIRA, G. A. Comunicar com saúde: um estudo da comunicação interna em um Hospital Público. **C&S – São Bernardo do Campo**, v. 39, n. 2, p. 209-236, maio/ago. 2017. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/CSO/article/view/6857/5955>. Acessado em 27 de dezembro de 2022.

NASCIMENTO, M. N. R., *et al.* Cuidados de enfermagem na proteção e prevenção de riscos para o enfermeiro: revisão da literatura. **J. nurs. health**. 2020; 10(n.esp.): e20104001. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/14717/11158#:~:text=Os%20cuidados%20de%20enfermagem%20direcionados,no%20planejamento%20de%20suas%20a%C3%A7%C3%B5es>. Acessado em 08 de dezembro de 2022.

OLINO, L., *et al.* Comunicação efetiva para a segurança do paciente: nota de transferência e Modified Early Warning Score. **Revista Gaúcha de Enfermagem [online]**. 2019, v. 40, n. spe, e20180341. Epub 29 Abr 2019. ISSN 1983-1447. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180341>>. Acessado em 24 de novembro de 2021.

OLIVEIRA, J. R. de; XAVIER, R. M. F.; SANTOS JUNIOR, A. de F. Eventos adversos notificados ao Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária (NOTIVISA): Brasil, estudo descritivo no período 2006 a 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n. 4, p. 671-678, dez. 2013. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000400013&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em 27 de novembro de 2021.

OLIVEIRA, T. G. P. de., *et al.* Envolvimento dos acompanhantes na segurança do paciente em unidades pediátricas e neonatais: revisão de escopo. **Rev. Bras. Enferm.** 2022;75(3):e20210504. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/5p5stWFspwL3tdmY8bKsM8d/?format=pdf&lang=pt>. Acessado em 27 de dezembro de 2022.

OSBORNE, S. P. **The New Public Governance? Emerging perspectives on the theory and practice of public governance**. London: Routledge, 2010.

PENA, M. M.; MELLEIRO, M. M. O método de análise de causa raiz para a investigação de eventos adversos. **Revista de Enfermagem UFPE online**, [S.l.], v. 11, n. 12, p. 5297-5304, dez. 2017. ISSN 1981-8963. Disponível em:

<<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/25092/25482>>. Acessado em 27 de novembro de 2021.

PEREIRA, L. M. V. *et al.* Retirada não planejada de dispositivos invasivos e suas implicações para a segurança do paciente crítico. **J. res.: fundam. care. (online)**. 2018. abr./jun. 10(2): 490-495. Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6106/pdf>. Acessado em 08 de dezembro de 2022.

PICHETH, S.F.; CASSANDRE, M.P.; THIOLENT, M.J.M. Analisando a pesquisa ação à luz dos princípios intervencionistas: um olhar comparativo. **Educação (Porto Alegre) [internet]**. 2016; 39(esp. (supl.) s3-s13). Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faced/article/view/24263>. Acessado em 27 de novembro de 2021.

POLAKIEWICZ, R. R., *et al.* Processos éticos em enfermagem: uma revisão integrativa de estudos documentais. **Research, Society and Development, [S. l.]**, v. 11, n. 3, p. e48311326711, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/26711>. Acessado em 26 de dezembro de 2022.

PRATES, C. G., *et al.* Núcleo de segurança do paciente: o caminho das pedras em um hospital geral. **Revista Gaúcha de Enfermagem [online]**. 2019, v. 40, n. spe, e20180150. Epub 10 Jan 2019. ISSN 1983-1447. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180150>>. Acessado em 25 de novembro de 2021.

RAMOS, L. C. F.; SPIEGEL, T.; ASSAD, D. B. N. Gestão de materiais hospitalares: uma proposta de melhoria de processos aplicada em hospital universitário. **Rev. Adm. Saúde - Vol. 18, Nº 70, jan. – mar. 2018**. Disponível em: <https://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/83/121>. Acessado em 29 de dezembro de 2022.

REUTER, C. L. O.; SANTOS, V. C. F. dos; RAMOS, A. R. O exercício da interprofissionalidade e da intersetorialidade como arte de cuidar: inovações e desafios. **Escola Anna Nery**. 22(4) 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/CBWhDD897ThYB7LYBmQmXFg/?format=pdf&lang=pt>. Acessado em 04 de janeiro de 2023.

RIBEIRO, B. C. O.; SOUZA, R. G. de.; SILVA, R. M. da. A importância da educação continuada e educação permanente em unidade de terapia intensiva – revisão de literatura. **Revista de Iniciação Científica e Extensão, [S. l.]**, v. 2, n. 3, p. 167–175, 2019. Disponível em: <https://revistasfasesenaaires.com.br/index.php/iniciacao-cientifica/article/view/253>. Acessado em 27 de dezembro de 2022.

RIBEIRO, L., *et al.* Checklist de cirurgia segura: adesão ao preenchimento, inconsistências e desafios. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões [online]**. 2019, v. 46, n. 5, e20192311. Epub 20 Dez 2019. ISSN 1809-4546. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20192311>>. Acessado 24 de novembro de 2021.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Estadual de Segurança do Paciente: 2021 - 2025/ Secretaria Estadual de Saúde**; equipe de elaboração SPADOJEVIC, A. dos S. S., *et al.* Revisão: MOURA, M. de L. de O. – Rio de Janeiro: A Secretaria, 2021. 34p. Disponível em:

<https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=NDM3Mzc%2C>. Acessado em 26 de novembro de 2021.

RODRIGUES, A. P.; FONSECA, R. C.; MATIAS-DIAS, C. Rede Sentinela de Médico Geral como Ferramenta de Vigilância em Saúde [Pública]. **Acta Médica Portuguesa**, [SI], v. 29, n. 1, pág. 5-9, janeiro 2016. ISSN 1646-0758. Disponível em: <<https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/5938/4580>>. Acessado em 26 de novembro de 2021.

SANTOS, C. R. de M., *et al.* O Diagrama de Ishikawa no processo de arquivamento na gestão pública. **Revista de Ensino, Pesquisa e Extensão em Gestão**, v. 3, n. 1, 2020. ISSN 2675-8512. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/revenspesextgestao/article/view/23508/13513>. Acessado em: 29 de dezembro de 2022.

SANTOS, K. P. P. dos. *et al.* Fatores associados ao desenvolvimento de lesões por pressão em cirurgia eletiva: revisão integrativa. **REV. SOBECC**, SÃO PAULO. 2022; 27:E2227779. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/779/766>. Acessado em 08 de dezembro de 2022.

SCUSSIATO, L. A., *et al.* Fatores que acarretam insatisfação no trabalho do enfermeiro no contexto hospitalar privado. **Reme: Rev. Min. Enferm.** vol.23. Belo Horizonte, 2019. Epub 20-Dez-2019. Disponível em: <https://reme.org.br/artigo/detalhes/1368#:~:text=Na%20Enfermagem%2C%20o%20trabalho%20%20na%20negativa%20na%20satisfa%20%20do%20trabalho>. Acessado em 28 de dezembro de 2022.

SILVA, T. de O., *et al.* O envolvimento do paciente na segurança do cuidado: revisão integrativa. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. 2016 18:e1173. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/33340>. Acessado em 27 de dezembro de 2022.

SILVA-SANTOS, H., *et al.* Condições produtoras do erro no trabalho em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem [online]**. 2018, v. 71, n. 4, pp. 1858-1864. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0192>. ISSN 1984-0446. Acessado em 08 de dezembro de 2022.

SIQUEIRA, C. L., *et al.* Sentimentos experimentados por equipes de enfermagem acerca dos erros de medicação. **Cogitare Enferm.** 2016 v. 21 n. esp: 01-10. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45411>. Acessado em 27 de dezembro de 2022.

SOUZA, A. T. G., *et al.* Segurança do paciente em centro cirúrgico: percepção dos profissionais de enfermagem. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 75-82, jun. 2020. ISSN 2358-2871. Disponível em: <<https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/593>>. Acessado em 24 de novembro de 2021.

SOUZA, L. A. de., *et al.* Impactos dos ruídos na recuperação do paciente crítico e rotina do enfermeiro na unidade de terapia intensiva: revisão integrativa. **Medicus**, v.3, n.1, p.20-27, 2021. Disponível em: <https://www.cognitionis.inf.br/index.php/medicus/article/view/152>. Acessado em 29 de dezembro de 2022.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 17ª Ed. São Paulo: Cortez, 2009.

- TOLEDO, R. F. de; GIATTI, L. L.; JACOBI, P. R. A pesquisa-ação em estudos interdisciplinares: análise de critérios que só a prática pode revelar. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]**. 2014, v. 18, n. 51, pp. 633-646. Epub 26 Set 2014. ISSN 1807-5762. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0026>>. Acessado em 25 de novembro de 2021.
- TRIPP, D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Educação e Pesquisa [online]**. 2005, v. 31, n. 3 pp. 443-466. Epub 17 Abr 2006. ISSN 1678-4634. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1517-97022005000300009>>. Acessado em 24 de novembro de 2021.
- URBANETTO, J. de S., *et al.* *Morse Fall Scale*: tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP [online]**. 2013, v. 47, n. 3, pp. 569-575. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000300007>. ISSN 1980-220x. Acessado em 29 de dezembro de 2022.
- VAN DOEVEREN, V. Rethinking Good Governance. **Public Integrity**, v. 13 n.4, 2011. 301-318. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.2753/PIN1099-9922130401?journalCode=mpin20>. Acessado em 11 de janeiro de 2023.
- VIEIRA, J. B.; BARRETO, R.T. de S. **Governança, gestão de riscos e integridade**. Brasília: Enap, 2019.
- VIEIRA, L. J. E. de., *et al.* Trabalho em enfermagem: análise da tendência dos salários no Brasil. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 3, e54210313569, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/13569>. Acessado em 11 de dezembro de 2022.
- WHO. **World Health Organization. State of the world's nursing 2020 Report**. Genebra: WHO, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279>. Acessado em 29 de dezembro de 2022.
- WHO. **World Health Organization. The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety**. v1.1. **Final Technical Report and Technical Annexes**, 2009. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/en/>. Acessado em 10 de dezembro de 2022.
- XELEGATI, R., *et al.* Eventos adversos relacionados ao uso de equipamentos e materiais na assistência de enfermagem a pacientes hospitalizados. **Rev Esc Enferm USP**. 2019;53:e03503. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reuusp/a/ddsFQzyzcwszbzbF8WFpGpK/?lang=pt&format=pdf>. Acessado em 29 de dezembro de 2022.
- YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos** / Robert K. Yin; trad. Daniel Grassi - 3.ed. Porto Alegre: Bookman, 2003.

APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução 466/12 CONEP

Você está sendo convidado(a) para participar de uma pesquisa intitulada **GESTÃO DE RISCO DOS EVENTOS ADVERSOS EM HOSPITAIS PÚBLICOS: UMA PESQUISA-AÇÃO** que estará sendo realizada no HOSPITAL REGIONAL DE CAXIAS DR. EVERALDO FERREIRA ARAGÃO e MATERNIDADE CARMOSINA COUTINHO. O pesquisador responsável por esse estudo é a **Profa. Dra. Maria Edileuza Soares Moura**.

Por favor, não se apresse em tomar a decisão. No caso de aceitar fazer parte da pesquisa, assine devidamente este documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de não aceitar você não sofrerá nenhum tipo de penalidade.

ESCLARECIMENTOS SOBRE A PESQUISA

Este estudo objetiva investigar as circunstâncias que envolvem os eventos adversos identificados pela gestão de risco segundo a metodologia da pesquisa-ação e está sendo feito no seu local e horário de trabalho. Você está sendo convidado por preencher os critérios de inclusão: ser da equipe de enfermagem; estar, pelo menos, há três meses trabalhando no setor; trabalhar, pelo menos, 20 horas semanais no setor.

Este estudo ocorre como uma proposta de intervenção na prevenção de eventos adversos relacionados à assistência à saúde e prioriza os profissionais de enfermagem. Nossa pretensão é contribuir para melhorar a assistência prestada ao paciente, sendo dessa forma, um assunto importante social e profissionalmente.

Benefícios em participar do estudo: Proporciona aos participantes a oportunidade de colaborar na construção de processos de trabalhos definidos, no fortalecimento da cultura de segurança do paciente e conhecer sobre as metas internacionais de segurança do paciente.

Riscos ao participar do estudo: Este estudo não apresenta riscos físicos e/ou biológicos. Possíveis riscos estarão relacionados à discussão de assuntos delicados, podendo gerar constrangimento e ou desconfortos aos participantes. Tais riscos serão minimizados pela atuação acolhedora dos pesquisadores, compromisso com a aprendizagem a partir dos erros.

Durante a realização da pesquisa, você será convidado a participar de reuniões para discussão de temas relacionados à segurança do paciente, a construir em conjunto planos de ação para os problemas identificados na gestão dos riscos, bem como sua execução.

Você poderá solicitar esclarecimento de dúvidas em qualquer etapa do estudo através dos profissionais responsáveis pela execução do estudo, bem como da pesquisadora responsável por meio deste contato **(98) 20168100, ramal 6384 (INCLUSIVE A COBRAR)**. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética dessa pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Maranhão, Rua Quininha Freire, SN, Centro, Caxias-MA.

Ao concordar em participar, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo. A menos que, requerido por lei ou por sua solicitação, somente o pesquisador, a equipe do estudo, Comitê de Ética independente e inspetores de agências regulamentadoras do governo, (quando necessário) terão acesso a seus dados para verificar as informações do estudo.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG _____, ou CPF _____, abaixo assinado, concordo em participar desta pesquisa como sujeito. Afirmo que discuti com **Rafael Carvalho de Maria, ou Maria Clara Santana da Silva, ou Maria de Jesus Lopes Mousinho Neiva** sobre a minha decisão em participar desse estudo e fui suficientemente esclarecido a respeito das informações que li, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo, voluntariamente, em participar deste estudo e sei que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo neste serviço.

Assinatura do sujeito: _____

Local e data: _____

Declaração do Investigador:

Declaro que expliquei o objetivo deste estudo ao sujeito. Declaro também que diante de uma linguagem simples eu expliquei até que o mesmo entendesse o objetivo, os procedimentos, os riscos e os benefícios deste estudo. Declaro também que entreguei uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ao sujeito do estudo.

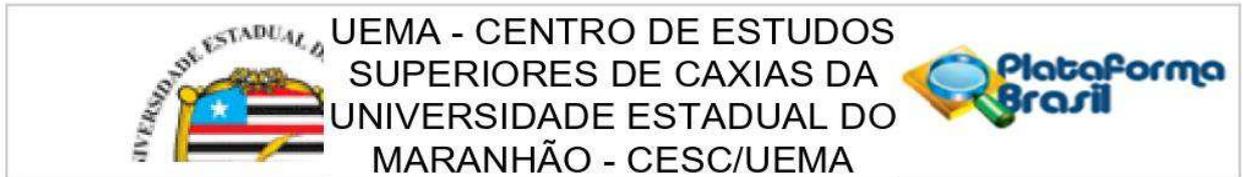
Local e data _____

Nome do investigador _____

Assinatura do investigador _____

SE VOCÊ NÃO ENTENDEU ALGUMA PARTE DESTA DOCUMENTO, PERGUNTE AO INVESTIGADOR ANTES DE ASSINÁ-LO. UMA CÓPIA DESTA TERMO LHE SERÁ ENTREGUE.

ANEXO A: PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: GESTÃO DE RISCO DOS EVENTOS ADVERSOS EM HOSPITAIS PÚBLICOS: uma pesquisa-ação

Pesquisador: MARIA EDILEUZA SOARES MOURA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 20565919.0.0000.5554

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL DO MARANHÃO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.628.060

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa cujo título GESTÃO DE RISCO DOS EVENTOS ADVERSOS EM HOSPITAIS PÚBLICOS: uma pesquisa-ação, nº de CAAE 20565919.0.0000.5554 e Pesquisador(a) responsável MARIA EDILEUZA SOARES MOURA. Trata-se de uma pesquisa-ação, descritiva, com abordagem qualitativa.

O cenário da realização desse estudo serão os Hospital Regional Dr. Everaldo Ferreira Aragão e a Maternidade Carmosina Coutinho, ambos em Caxias-MA

Os participantes desta pesquisa serão: O Hospital Regional Dr. Everaldo Ferreira Aragão, atualmente, conta com uma equipe de 224 profissionais de enfermagem, sendo 49 enfermeiros e 175 técnicos de enfermagem. Já a Maternidade Carmosina Coutinho, conta com 136 profissionais de enfermagem, 36 enfermeiros, 76 técnicos de enfermagem e 27 auxiliares de enfermagem. Estima-se uma amostra total de 60 participantes.

Os critérios de inclusão da pesquisa são: Ser da equipe de enfermagem (enfermeiro e/ou técnico em enfermagem e/ou auxiliar de enfermagem); estar, pelo menos, há três meses trabalhando no setor; trabalhar, pelo menos, 20 horas semanais no setor.

Endereço: Rua Quinhinha Pires, 743

Bairro: Centro

CEP: 70.255-010

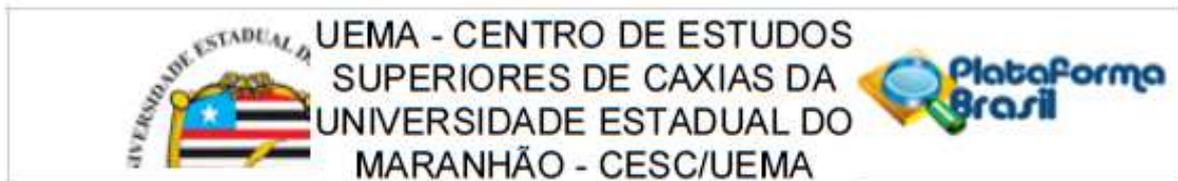
UF: MA

Município: CAXIAS

Telefone: (99)3251-3938

Fax: (99)3251-3938

E-mail: cepe@cesc.uema.br



Continuação do Parecer: 3.628.060

Inserir Critérios de exclusão: estar em férias e/ou licença no período de coleta de dados.

Para tanto, as informações desta pesquisa serão: InA análise dos dados seguirá a exploração do material produzido nos seminários e questionários aplicados na fase exploratória a partir dos conteúdos expressos, assim como, o diário de campo conforme orienta a pesquisa-ação. Estes conteúdos serão agrupados em ideias semelhantes e analisados à luz da filosofia Lean que foca na promoção de um amplo olhar sobre o sistema, resgatando o propósito de focar a assistência no atendimento das necessidades do paciente (GRABAN, 2012; JOINT COMMISSION RESOURCES, 2013).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário

Elaboração de dissertação de Mestrado.

Objetivo Secundário:

Encontrar alternativas aplicáveis que diminuam a ocorrência destes incidentes junto aos profissionais que experienciam essa realidade, criando um ambiente com uma cultura de segurança fortalecida, pacientes devidamente protegidos e profissionais seguros e satisfeitos com o trabalho.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

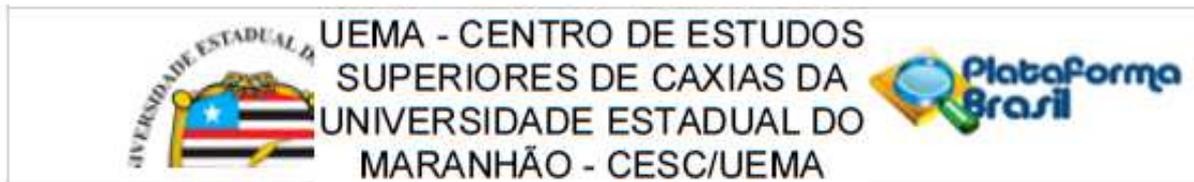
A pesquisadora informa que a não apresenta riscos físicos e/ou biológicos. Possíveis riscos poderão estar relacionados à discussão de assuntos delicados, podendo gerar constrangimento e ou desconfortos aos participantes. Tais riscos serão minimizados pela atuação acolhedora dos pesquisadores.

Os benefícios apontados são: proporcionar aos participantes a oportunidade de colaborar na construção de processos de trabalhos definidos, cultura de segurança do paciente fortalecida e conhecimento sobre as metas internacionais de segurança do paciente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante e apresenta interesse público e o(a) pesquisador(a) responsável tem experiências adequadas para a realização do projeto, como atestado pelo currículo Lattes apresentado. A metodologia é consistente e descreve os procedimentos para realização da coleta e

Endereço: Rua Quinhinha Pires, 743	CEP: 70.255-010
Bairro: Centro	
UF: MA	Município: CAXIAS
Telefone: (99)3251-3938	Fax: (99)3251-3938
	E-mail: cepe@cesc.uema.br



Continuação do Parecer: 3.628.060

análise dos dados. O protocolo de pesquisa não apresenta conflitos éticos estabelecidos na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os Termos de Apresentação obrigatória tais como Termos de Consentimento e/ou Assentimento, Ofício de Encaminhamento ao CEP, Autorização Institucional, Utilização de Dados, bem como os Riscos e Benefícios da pesquisa estão presentes.

Recomendações:

Com relação ao objetivo geral da pesquisa, verificar se é a elaboração do mestrado ou está voltado para os Eventos Adversos -EA

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto está APROVADO e pronto para iniciar a coleta de dados e todas as demais etapas referentes ao mesmo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1368051.pdf	10/09/2019 16:36:45		Aceito
Outros	1oficioprojeto.pdf	10/09/2019 16:26:26	RAFAEL CARVALHO DE MARIA	Aceito
Outros	7conflitointeressos.pdf	10/09/2019 16:21:07	RAFAEL CARVALHO DE MARIA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	4TCLE.pdf	10/09/2019 16:18:31	RAFAEL CARVALHO DE MARIA	Aceito
Orçamento	10orcamento.pdf	10/09/2019 16:17:07	RAFAEL CARVALHO DE MARIA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	8declaracaopesquisadores.pdf	10/09/2019 16:11:04	RAFAEL CARVALHO DE MARIA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	6anuenciasaoluis.pdf	10/09/2019 16:08:09	RAFAEL CARVALHO DE MARIA	Aceito

Endereço: Rua Quinhinha Pires, 743

Bairro: Centro

CEP: 70.255-010

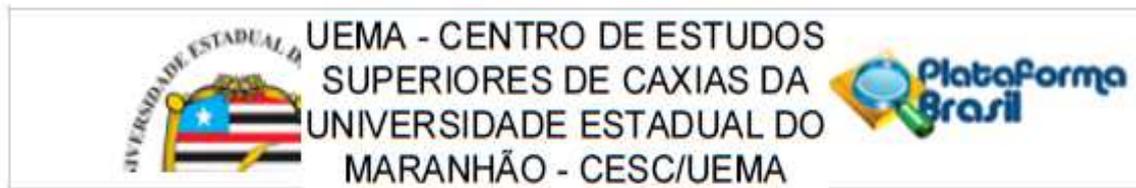
UF: MA

Município: CAXIAS

Telefone: (99)3251-3938

Fax: (99)3251-3938

E-mail: cepe@cesc.uema.br



Continuação do Parecer: 3.628.060

Declaração de Instituição e Infraestrutura	5anuenciacaxias.pdf	10/09/2019 16:06:29	RAFAEL CARVALHO DE MARIA	Aceito
Cronograma	9cronograma.pdf	10/09/2019 16:05:02	RAFAEL CARVALHO DE MARIA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	3projetopesquisa.pdf	10/09/2019 16:03:24	RAFAEL CARVALHO DE MARIA	Aceito
Folha de Rosto	2folhaderosto.pdf	10/09/2019 16:02:21	RAFAEL CARVALHO DE MARIA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAXIAS, 08 de Outubro de 2019

Assinado por:
FRANCIDALMA SOARES SOUSA CARVALHO FILHA
 (Coordenador(a))

Endereço: Rua Quinhinha Pires, 743
Bairro: Centro **CEP:** 70.255-010
UF: MA **Município:** CAXIAS
Telefone: (99)3251-3938 **Fax:** (99)3251-3938 **E-mail:** cepe@oesc.uema.br