

## Estudo exploratório das iniciativas acerca da segurança do paciente em hospitais do Rio de Janeiro

### Exploratory study of patient safety measures at hospitals in Rio de Janeiro

### Estudio exploratorio de las iniciativas de seguridad del paciente en hospitales de Rio de

Ruth Francisca Freitas de Souza<sup>1</sup>; Lolita Dopico da Silva<sup>II</sup>

**RESUMO:** Trata-se de um estudo exploratório com abordagem quantitativa dos dados. Teve como objetivo analisar, com base nas informações obtidas com os gerentes de risco, as iniciativas implementadas para garantir a segurança do paciente. Realizado em cinco hospitais do Rio de Janeiro, entre março e agosto de 2013, com 14 gerentes de risco. Por meio da aplicação de um questionário semiestruturado, constatou-se que todos realizam atividades voltadas para a educação continuada. As menos desenvolvidas são ações de tecno, hemo e farmacovigilância (29%). Implementam a identificação dos pacientes (100%), seguida da assistência limpa (86%), controle de infecção da corrente sanguínea associada ao cateter (64%) e cirurgia segura (64%). Concluiu-se que todos os profissionais implementam a identificação dos pacientes. No entanto, os gerentes de risco desenvolvem iniciativas que demandam menos investimentos e têm suas ações direcionadas principalmente para a educação continuada, contrário ao que é proposto atualmente.  
Palavras-chave: Gerência de risco; hospital; segurança do paciente; enfermagem.

**ABSTRACT:** The main aim of this exploratory study was to examine patient safety measures through information gathered from risk managers. The qualitative data analysis-based study was carried out at five hospitals in Rio de Janeiro City, from March to August 2013, by applying a semi-structured questionnaire to fourteen risk managers. All were found to participate in continued professional development activities. The activities least pursued were techno-, hemo- and pharmaco-vigilance (29%). They perform patient identification (100%), followed by clean care (86%), control of catheter-related blood infection (64%), and safe surgery (64%). Thus, the risk managers were all involved in patient identification. However, contrary to what is currently proposed, they implemented the measures that require less investment, and their actions were directed mainly to continued professional development.  
Keywords: risk management; hospital; patient safety; nursing.

**RESUMEN:** Se trata de una investigación exploratoria con abordaje cuantitativo de datos. Tuvo como objetivo analizar la información obtenida con los gestores de riesgos acerca de las iniciativas puestas en marcha para garantizar la seguridad del paciente. Fue desarrollado en cinco hospitales de Río de Janeiro-Brasil, entre marzo y agosto de 2013, con 14 gestores de riesgos. A través de la aplicación de un cuestionario semiestruturado, se constató que todos realizan actividades de educación continua. Las menos desarrolladas son acciones techno, hemo y farmacovigilancia (29%). Desarrollan los programas de identificación de los pacientes (100%), seguida por la asistencia limpia (86%), control de infección del sangre relacionada con cateteres (64%) y cirurgías seguras (64%). Se concluyó que todos los profesionales realizan la identificación de los pacientes. Sin embargo, los gestores de riesgos desarrollan iniciativas que requieren menos inversión y que tienen sus acciones dirigidas principalmente para la educación continua, al contrario de lo que se propone actualmente.  
Palabras clave: Gestión de riesgos; hospital; seguridad del paciente; enfermería.

## INTRODUÇÃO

Segurança do paciente foi definido pela *World Health Organization* (WHO) como a redução do risco de danos desnecessários associados ao cuidado de saúde a um mínimo aceitável, em que minimamente aceitável diz respeito às informações atuais, aos recursos disponíveis e ao contexto em que a assistência é prestada<sup>1</sup>.

A segurança do paciente trata dos riscos envolvidos na assistência à saúde e busca minimizar esses riscos, além de reduzir ou eliminar os Eventos Adversos (EVAs), que são os incidentes que resultam em dano ao paciente<sup>1</sup>.

Segundo a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), os responsáveis

<sup>1</sup>Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Brasil. E-mail: ruthffs@hotmail.com

<sup>II</sup>Pós-Doutorado pela Universidade Federal de Santa Catarina. Professora Permanente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Coordenadora do Curso de Enfermagem Intensivista. Bolsista Pró-cientista. Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: lolita.dopico@gmail.com

por divulgar e implementar as metas de segurança do paciente e também identificar, avaliar e reduzir o risco de danos aos pacientes são os gerentes de risco<sup>2</sup>. Os gerentes de risco têm como atribuições a criação de um banco de dados de notificação de eventos adversos, a investigação dos eventos adversos, a comunicação com a equipe e liderança para realizar mudanças de acordo com os dados encontrados<sup>3</sup>.

Recentemente, no Brasil, foi lançado o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que define gestão de risco como aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança<sup>4</sup>.

Nesta perspectiva, foi desenvolvido um estudo exploratório com o objetivo de analisar a partir dos gerentes de risco as iniciativas desenvolvidas para garantir a segurança do paciente. O estudo justifica-se considerando que no contexto hospitalar as informações, programas e metas são apresentadas descontextualizadas de um corpo de informações maiores, de tal forma que muitas vezes grandes campanhas mundiais não são adotadas nos hospitais.

## REVISÃO DE LITERATURA

Na década de 2000, as questões sobre segurança passaram a ser alvo de indagação mundial, com a divulgação do relatório *To err is human: building a safety health system* (Errar é humano: construindo um sistema de saúde seguro), desenvolvido pelo *Committee on Quality of Health Care in America* (Comitê para a qualidade do cuidado em saúde na América) do *Institute of Medicine* (IOM). Este relatório trouxe dados impactantes do sistema de saúde americano, como o fato de que pelo menos 44.000 a até 98.000 pessoas morrem em hospitais a cada ano como resultado de erros que poderiam ter sido evitados.<sup>5</sup>

Nesse momento surgiram iniciativas de diversas instituições do mundo inteiro na busca pela prevenção de eventos adversos e aplicação de estratégias que favoreçam a segurança do paciente no ambiente hospitalar. Como exemplo têm-se as seis metas para a segurança do paciente apresentadas pela JCAHO, que foram: identificar os pacientes corretamente; melhorar a comunicação; melhorar a segurança com medicamentos de risco; eliminar cirurgias em membros ou pacientes errados; reduzir o risco de adquirir infecções e reduzir o risco de lesões decorrentes de quedas do leito<sup>6</sup>.

Da mesma forma, pode-se citar a campanha dos cinco milhões de vidas do *Institute for Healthcare Improvement* (IHI), composta pelas iniciativas de prevenção de úlceras por pressão; pela redução do número de infecções por *Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus* (MRSA); pela prevenção de danos com

Medicamentos Potencialmente Perigosos (MPPs) (anticoagulantes, sedativos, narcóticos e insulina); pela redução das complicações cirúrgicas; e pelo cuidado baseado em evidência para insuficiência cardíaca<sup>7</sup>.

Essas medidas de segurança passaram a ser exigidas pelas instituições de acreditação, como a JCAHO, o maior órgão de acreditação hospitalar no mundo, que desde 2008 exige que as organizações acreditadas por ela implementem as seis metas de segurança do paciente<sup>2</sup>.

No Brasil, a gerência de risco existe no âmbito dos hospitais acreditados e também por meio da rede de hospitais sentinela da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)<sup>8</sup>.

A gerência de risco nos hospitais acreditados, como dito anteriormente, visa à identificação e análise dos riscos, a fim de diminuir a ocorrência de eventos adversos. Entretanto, de acordo com a ANVISA, a gerência de risco tem uma função de risco sanitário, objetivando detectar em produtos sob vigilância problemas que comprometam a qualidade e a segurança do seu uso e enviando às autoridades sanitárias relatórios sobre esses problemas.<sup>8</sup>

Segundo a ANVISA, o gerente de risco é o responsável por coordenar a equipe de gerenciamento de risco sanitário hospitalar do serviço de saúde e articular a assistência em três grandes áreas de destaque: farmaco, tecno e hemovigilância<sup>8</sup>.

Mais recentemente, com o aumento da discussão da segurança do paciente e estratégias para redução dos eventos adversos, surge uma nova delimitação do perfil dos gerentes de risco com o foco das suas ações também na segurança do paciente<sup>3,4</sup>.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, realizado de março a agosto de 2013, em cinco hospitais do município do Rio de Janeiro, todos da rede sentinela ou acreditados, onde a presença de um gerente de risco é obrigatória.

A população foi composta por 14 gerentes de risco que atenderam aos seguintes critérios de seleção: desenvolver atribuições relacionadas à segurança do paciente; ter no mínimo seis meses de exercício nesta função e aceitar participar do estudo a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Não houve recusas em participar do estudo. A técnica de coleta de dados foi um questionário semiestruturado. Os dados foram armazenados em uma planilha eletrônica no programa *Microsoft® Excel 2010*. O presente estudo obedeceu às Normas de Pesquisa com Seres Humanos, segundo a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde<sup>9</sup>, foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) e foi aprovado pelo parecer nº 292.752/2013.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A população do estudo foi composta na sua maioria por enfermeiros 13(93%), mulheres 14(100%), com média de idade de 45 anos ( $\pm 4$ ), graduados há 20 anos ( $\pm 6,9$ ) e quase o mesmo tempo de exercício profissional, 18 anos ( $\pm 7,1$ ), 50% com mestrado, mas a maioria 12(86%) não tinha formação específica em gestão.

Todos os gerentes de risco informaram que têm suas atividades voltadas para a educação continuada, e as ações menos desenvolvidas são aquelas relacionadas à análise dos EVAs 7(50%) e ações de tecno, hemo e farmacovigilância 4(29%).

As respostas relacionadas a algumas das metas mundiais para segurança do paciente da JCAHO, WHO e IHI mostram que todos implementam a identificação dos pacientes 14(100%) seguida da assistência limpa 12(86%), controle de infecção da corrente sanguínea associada ao cateter 9(64%) e cirurgia

segura 9(64%). As iniciativas menos implementadas foram relacionadas ao controle de MPPs 7(50%) e prevenção de eventos adversos com medicamentos 4(29%), conforme mostra a Figura 1.

Para implementação das iniciativas sobre a identificação do paciente, assistência limpa e outros, os gerentes informaram desenvolver as seguintes ações institucionais: cursos pela educação continuada 13(93%), orientações da Comissão de Controle de Infecções Hospitalares (CCIH) 12(86%), elaboração de protocolos, de folder e manuais 11(79%), e *check-list* de cirurgia segura 10(71%), a checagem diária de medicamentos potencialmente perigosos e a coleta de hemocultura foram as ações menos desenvolvidas 3(21%), conforme a Tabela 1.

Todos os gerentes de risco informaram que empregam a educação continuada como uma estratégia para difusão dos programas. Em contrapartida, apenas metade desenvolvem monitoramento de eventos adversos, sendo a implementação de sistemas de moni-

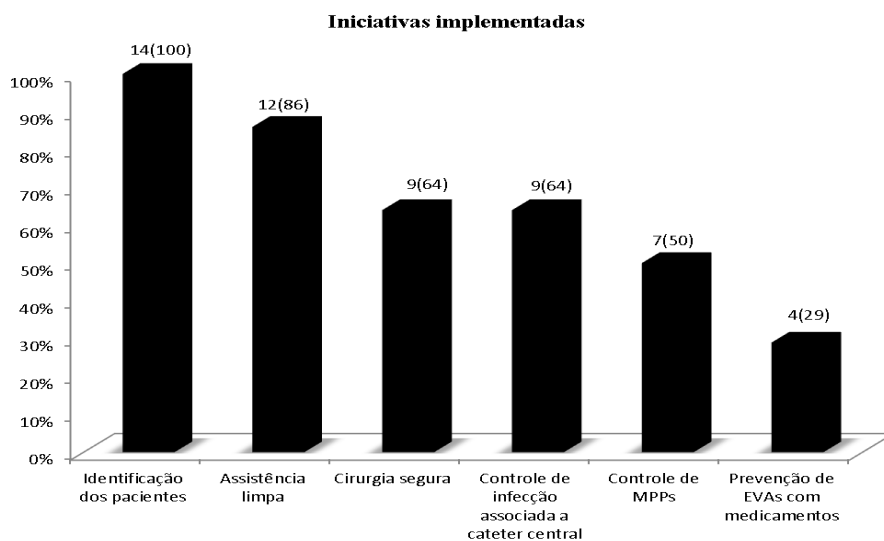


FIGURA 1: Iniciativas implementadas pelos gerentes de risco. Rio de Janeiro, 2013. (N=14)

TABELA 1: Ações para implementação das iniciativas de segurança do paciente. Rio de Janeiro, 2013. (N=14)

| Estratégias                                     | f  | %  |
|---|----|----|
| Educação continuada                             | 13 | 93 |
| Orientação da CCIH                              | 12 | 86 |
| Protocolos, folder e manuais                    | 11 | 79 |
| Pulseiras de identificação                      | 11 | 79 |
| Check list de cirurgia segura                   | 10 | 71 |
| Identificação do lado correto a ser operado     | 8  | 57 |
| Acondicionamento específico para MPPs           | 8  | 57 |
| Checação de dose, paciente e cálculo da infusão | 5  | 36 |
| Checação diária de medicamentos                 | 3  | 21 |
| Coleta de Hemocultura                           | 3  | 21 |

toramento de EVAs, atualmente, uma das ferramentas de gerência de risco mais utilizadas.<sup>10</sup>

Outro fato de destaque neste estudo é em relação ao reduzido número de gerentes de risco que desenvolvem ações preconizadas pela ANVISA.

Segundo a ANVISA, o gerente de risco sanitário deve desenvolver e estimular ações de vigilância sanitária hospitalar; auxiliar a identificar, investigar e enviar as notificações de eventos, ou queixas técnicas associadas aos medicamentos, sangue e hemoderivados, equipamentos e artigos de uso médico; coordenar as ações requeridas em tecno, fármaco e hemovigilância, entre outros<sup>8</sup>.

Recentemente, em 01 de abril de 2013 foi lançado o PNSP por intermédio da Portaria n. 529/2013, com suas ações instituídas pela RDC n. 36, de 25 de julho de 2013, aborda a importância de uma gerência de risco e um Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) com profissionais direcionados para detectar os eventos adversos e implementar os programas do Ministério da Saúde para segurança do paciente. O NSP é definido como a instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente<sup>4</sup>.

Tal fato demonstra uma modificação importante de conceitos e ações direcionados para a segurança do paciente não existentes até o momento, no entanto é um movimento recente de mudanças e compreensão da segurança do paciente, sendo necessário além de novas estratégias, o envolvimento de todos os profissionais voltados para uma cultura de segurança, com conscientização da importância da segurança do paciente e mudanças comportamentais e de valores<sup>11</sup>.

Os resultados mostraram que a maioria dos gerentes de risco implementa as iniciativas de identificação dos pacientes, assistência limpa, controle de infecção da corrente sanguínea associada a cateter e cirurgia segura, que serão comentados a seguir.

## Identificação dos pacientes

Todos os gerentes de risco implantam a identificação dos pacientes, fato que vai ao encontro da proposta de redução de eventos adversos relacionados à identificação do paciente, já que é uma estratégia importante para uma assistência mais segura, com diminuição de erros, como, por exemplo, de transfusão no paciente errado, medicação errada, procedimento errado e troca de bebês<sup>12</sup>.

Dos gerentes de risco do estudo, 11 (79%) dizem utilizar a pulseira como estratégia de identificação do paciente. Um grande número se comparado com um estudo realizado em 2009, em 389 hospitais de oito países da Europa, onde os autores concluíram que das estratégias observadas a menos realizada nos hospitais foi a utilização de pulseiras de identificação em adultos, com apenas 25% de identificação em unidades de

clínica médica, 29% em unidades cirúrgicas e 47% na maternidade<sup>13</sup>.

A JACHO<sup>6</sup> e WHO<sup>12</sup> traçaram campanhas como as metas internacionais para segurança do paciente e as nove soluções para segurança do paciente, que abordam a utilização de pulseiras de identificação como o método mais divulgado até o momento, e também apontam a forma correta de identificação dos pacientes.

Dentro das metas internacionais para segurança do paciente, a identificação do paciente é a primeira meta proposta e tem como principais medidas: enfatizar a responsabilidade dos profissionais de saúde em verificar a identificação dos pacientes antes da realização de cuidados, identificar os pacientes com pelo menos dois identificadores, por exemplo, nome do paciente e data de nascimento; implementar protocolos para identificar pacientes com mesmo nome, em coma ou confusos; encorajar os pacientes a participar de todas as etapas do processo, entre outros<sup>6</sup>.

## Uma assistência limpa é uma assistência segura

A outra iniciativa citada pela maioria dos gerentes foi a implantação do programa *Uma assistência limpa é uma assistência segura*. Eles informaram que procuram desenvolver suas diretrizes por meio de cursos pela educação continuada, complementado por folders e manuais.

A prioridade atual da campanha *Uma assistência limpa é uma assistência segura* é a estratégia multimodal de higiene das mãos<sup>6,12</sup>, que não foi citada por nenhum gerente de risco.

A estratégia multimodal está focada no estudo de Hospitais da Universidade de Genebra, baseada na observação da higienização das mãos com um aumento da lavagem das mãos de 48% para 66%, e nesse período a redução da prevalência de infecção hospitalar de 16,9% para 9,8% e a taxa de MRSA reduzida pela metade<sup>14</sup>.

A estratégia multimodal incluiu contínuo monitoramento da adesão à higienização das mãos e o *feedback* para os profissionais, além de ferramentas de comunicação e educação, lembretes no ambiente de trabalho e apoio multiprofissional em diversos níveis da instituição<sup>14</sup>.

Em 2007, a WHO e JACHO reforçaram as diretrizes para a segurança do paciente por intermédio das *Soluções para a Segurança do Paciente*, cujas principais orientações são: fornecer loções sanitárias para as mãos à base de álcool facilmente acessível, os produtos devem estar a uma distância equivalente ao comprimento de um braço de onde for prestar o cuidado; ter acesso ao abastecimento de água potável e contínua em todas as torneiras e ter as instalações necessárias para a realização da higiene das mãos, assim como mostrar lembretes que promovem a higiene das mãos no local de trabalho<sup>3,12</sup>.

A ANVISA, ao aderir ao primeiro desafio mundial para segurança do paciente, por meio da campanha *Uma assistência limpa é uma assistência segura*, estabelece cinco momentos de higienização das mãos<sup>12,15</sup>, conforme a Figura 2.

### Controle de infecção da corrente sanguínea associado ao cateter central

A principal iniciativa de controle da infecção da corrente sanguínea associado ao cateter é do IHI e pertence à campanha intitulada *Campanha das 100.000 vidas*. Tem como orientações de prevenção a implementação de um *bundle* de cateter venoso central – consistindo em intervenções conjuntas para pacientes com cateter intravascular central, que ao serem implementadas resultam em melhores resultados do que aplicadas individualmente.<sup>7</sup>

O *bundle* tem cinco componentes principais: higiene das mãos; barreiras máximas de precaução durante a inserção do cateter; antisepsia da pele com Clorexidina; seleção do melhor local de inserção do cateter com preferência para veia subclávia; revisão diária da necessidade do cateter com a remoção imediata de cateteres desnecessários<sup>7</sup>.

Um fato que chama atenção neste estudo é que 9(64%) gerentes informaram desenvolver o programa de controle de infecção de cateter venoso central, mas

a implementação ficou restrita ao rastreamento da comissão de controle de infecção hospitalar (CCIH) por meio de resultados de hemocultura e não necessariamente pela aplicação do *bundle* proposto pelo IHI de aplicação mundial.

### Cirurgias seguras salvam vidas

Neste estudo, 9(64%) dos gerentes de risco dizem implementar a campanha *Cirurgias seguras salvam vidas*, e para isso têm como ações principais a aplicação do *check list*, 11(71%) de cirurgia segura e a identificação do lado correto a ser operado 8(57%).

O fato de grande parte dos gerentes de risco aplicar o *check list* de cirurgia demonstra consonância com as medidas de prevenção de eventos adversos cirúrgicos, uma vez que o *check list* é a principal ferramenta da JACHO<sup>6</sup> e da WHO<sup>12</sup> para garantir a segurança nas cirurgias.

O *check list* consiste em uma lista de verificação a ser realizada em três momentos: antes da indução anestésica (*sign in*), antes da incisão cirúrgica (*time-out*) e antes do paciente sair da sala de operações (*sign out*) e têm como questões principais a serem checadas: identificar o paciente, demarcar o sítio cirúrgico, verificar se o paciente é alérgico, confirmar que todos os membros da equipe se apresentem pelo nome, verificar se a contagem de instrumentos cirúrgicos (compressas e agulhas) está correta, entre outros<sup>12</sup>.



FIGURA 2: Momentos de higienização das mãos. Fonte: OPAS/OMS, ANVISA/MS. 2008<sup>15</sup>.

Em um estudo longitudinal realizado em 2009, em oito hospitais europeus, sobre o efeito da lista de verificação de cirurgia segura, os autores encontraram uma redução da mortalidade e morbidade perioperatória. Segundo eles, a taxa de mortalidade foi de 1,5% antes da introdução do *check list* e passou para 0,8% após sua implementação, assim como as complicações pós-operatórias diminuíram de 11% no início do estudo para 7%, após a introdução do *check-list*<sup>16</sup>.

Logo, o fato de a maioria dos gerentes de risco implementar o *check list* de cirurgia segura mostra um grande avanço em relação à segurança do paciente nas instituições pesquisadas.

### **Controle de medicamentos potencialmente perigosos e prevenção de eventos adversos com medicamentos**

O controle de MPPs e a prevenção de eventos adversos relacionados a medicamentos (EAM) foram as iniciativas menos apontadas pelos gerentes de risco. No entanto, os erros e os EAM estão presentes diariamente na assistência ao paciente, e segundo o IOM<sup>5</sup> os EAM são responsáveis por 7.000 óbitos, sendo a maioria evitável<sup>5</sup>.

Os MPPs são medicamentos mais susceptíveis a causar danos significativos para o paciente, mesmo quando utilizados da forma correta. Entre eles podem-se citar anticoagulantes, sedativos, narcóticos, insulina, entre outros, cuja lista é disponibilizada no Brasil pelo Instituto para Práticas Seguras no uso de Medicamentos (ISMP)<sup>7, 17</sup>.

Entre as recomendações para controle de MPPs, tem-se a divulgação da lista de MPPs, o número de apresentações e concentrações de MPPs, que deve ser limitado. É preciso evitar estoques destes medicamentos nas unidades assistenciais, e as doses destes medicamentos devem ser conferidas com dupla checagem, entre outras<sup>18</sup>.

São diversas as orientações para prevenção de EAM. Entre elas, tem-se orientações relacionadas à prescrição médica, como as prescrições serem legíveis, completas, sem abreviaturas. Também se recomenda utilizar o nome genérico dos medicamentos e evitar prescrições verbais. Outras orientações são relacionadas à dispensação, como acondicionamento em locais separados e diferentes e armazenamento por ordem alfabética. Há orientações envolvendo a administração de medicamentos como dupla checagem do medicamento e os nove certos antes de administrar qualquer medicamento a um paciente (paciente certo, medicamento certo, dose certa, via certa, hora certa, compatibilidade medicamentosa, orientação ao paciente certa, direito a recusar o medicamento e anotação certa), entre outras<sup>18</sup>.

Além disso, é importante que os profissionais envolvidos com a prescrição, dispensação e administração de medicamentos tenham um vasto conhecimento

e habilidades específicas sobre farmacologia, interações e reações medicamentosas às drogas utilizadas, para evitar EAMs<sup>19</sup>.

No entanto, os gerentes de risco do estudo citaram apenas três recomendações das muitas existentes para o controle de MPPs e a prevenção de EAM, que foram o acondicionamento específico para MPPs - 8(57%), checagem de dose, paciente e cálculo da infusão - 5(36%) e checagem diária de medicamentos - 3(21%). Tal fato demonstra que pouco vem sendo desenvolvido perto do grande volume de informação que existe atualmente sobre este assunto.

### **CONCLUSÃO**

Por intermédio do estudo foi possível verificar quais as iniciativas propostas mundialmente vêm sendo implementadas pelos gerentes de risco em alguns hospitais do Rio de Janeiro. Esta informação é importante para identificar as mudanças necessárias para ampliação das ações de segurança do paciente.

Constatou-se que de todas as iniciativas apontadas a maioria é realizada por eles, o que demonstra que eles estão em consonância com o que é sugerido atualmente, com destaque para a identificação dos pacientes, citada por todos os gerentes de risco, a higienização das mãos citada por 86% e a utilização de *check list* de cirurgia segura, mencionadas pela maioria.

É possível verificar que as principais iniciativas desenvolvidas pelos gerentes de risco são as iniciativas mais divulgadas até o momento pelas instituições de referência na área de segurança do paciente, e são também as iniciativas que dependem basicamente de educação continuada para serem colocadas em prática, sem obrigatoriedade de maiores investimentos.

O fato de as iniciativas relacionadas aos medicamentos terem sido as menos apontadas pelos gerentes de risco sinaliza a necessidade de maiores investimentos nessa área, por se tratar de um grande problema de saúde pública, corriqueiro nos hospitais e fáceis de serem resolvidos com mudanças comportamentais.

Além disso, ao abordarem as ações necessárias para se colocar em prática as iniciativas de segurança do paciente, os gerentes de risco citam muito pouco das inúmeras estratégias consagradas na literatura atual.

Os gerentes de risco relatam ter como atribuições principalmente as relacionadas à educação continuada. Contudo, a principal atribuição do gerente de risco é a identificação e redução dos riscos ao paciente por meio de busca e monitoramento de eventos adversos.

Recentemente foi lançado pela ANVISA o Programa Nacional de Segurança do Paciente, que estabelece as bases para uma uniformidade de conceitos e ações para implementação das estratégias divulgadas mundialmente, não existentes na política de saúde do

país até então, iniciativa fundamental para direcionar e exigir das instituições de saúde a busca por uma assistência mais segura.

Além disso, esse programa determina um grupo de profissionais, com atribuições como investigação e análise de eventos adversos, implementação de protocolos de segurança do paciente, entre outros citados anteriormente, até então não preconizados pelo Ministério da Saúde, e realizada de forma fragmentada pelos gerentes de risco de algumas instituições de saúde.

Acredita-se que o estudo contribuiu para identificar algumas das ações que vêm sendo realizadas para segurança do paciente. Também contribui para a divulgação de iniciativas de segurança do paciente, assim como ressalta a importância dos gerentes de risco neste contexto e suas atribuições, destacando a necessidade de capacitação dos profissionais relacionadas com a gerência de risco e o envolvimento dos profissionais de saúde nas campanhas e iniciativas de segurança do paciente, de forma que as mesmas não sejam aplicadas de forma isolada, mas inseridas em uma cultura de segurança.

Tem-se como limitação do estudo o fato de a pesquisa ser realizada apenas com 14 gerentes de risco, em cinco hospitais do Rio de Janeiro, o que limita os resultados, de forma que eles não representam o universo hospitalar. Além disso, trata-se de um estudo realizado com preenchimento de questionário, podendo estar sujeito a todos os vieses já preconizados como lapsos de memória, informação incompleta, entre outros.

Logo, sugere-se estudos observacionais sobre o assunto ou estudos exploratórios com uma amostra representativa de forma a investigar a realidade de hospitais brasileiros em relação às medidas de segurança do paciente adotadas atualmente.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. The conceptual framework for the international classification for patient version 1.1. Geneva (Swi): WHO; 2009.
2. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Manual internacional de padrões de acreditação hospitalar. 3ª ed. Estados Unidos: Joint Commission Resources; 2007.
3. Boothman RC, Blackwel AC. Integrating risk management and patient safety. *Clinical obgyn* [SciELO-Scientific Electronic Library Online] 2010 [citado em 05 jul 2013]. 53:576–85. Disponível em: <http://www.clinicalobgyn.com>.
4. Ministério da Saúde (Br). Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
5. Institute of Medicine. Committee on Quality of Health Care in America. *To Err is Human*. Washington (DC): National Academy Press; 2000.
6. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations [site de Internet]. International Patient Safety Goals. [citado em 05 jan 2013]. Disponível em: <http://www.jointcommission.org/international-patient-safety-goals>.
7. Institute for Healthcare Improvement [site de Internet]. Overview of the 5 Million Lives Campaign. [citado em 05 jan 2013]. Disponível em: <http://www.ihl.org/IHI/Programs/Campaign/Campaign.htm?TabId=1>
8. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. [site de Internet]. Apresenta informações sobre gerência de risco. [citado em 5 fev 2013]. Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/servicos/hsentinel/gerente\\_risco.htm](http://www.anvisa.gov.br/servicos/hsentinel/gerente_risco.htm)
9. Ministério da Saúde (Br). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília (DF): CNS; 2012.
10. Briner M, Kessler O, Pfeiffer Y, Wehner T, Manser T. Assessing hospitals' clinical risk management: Development of a monitoring instrument. *BMC Health* [SciELO-Scientific Electronic Library Online] 2010 [cited in 2013 Jul 25]. 10: 337. Available in: <http://www.biomedcentral.com>.
11. Silva LD. Segurança e qualidade nos hospitais brasileiros *Rev enferm UERJ*. 2013; 21:425-6.
12. World Health Organization. Collaborating [site de Internet]. Centre for Patient Safety- Patient safety solutions. [cited in 2013 Jan 15]. Available in: <http://www.ccforspatientsafety.org/patient-safety-solutions>
13. Suñol R. Implementation of patient safety strategies in European hospitals. *Qual Saf Health Care* [SciELO-Scientific Electronic Library Online] 2009 [cited in 2013 Aug 25]. 18: 57–61. Available in: [http://qualitysafety.bmj.com/content/18/Suppl\\_1](http://qualitysafety.bmj.com/content/18/Suppl_1)
14. Pitet D, Huggonnet S, Harbarth S, Mourouga P, Sauvan V, Touveneau S, et al. Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. *Infection Control Programme*. *Lancet* [SciELO-Scientific Electronic Library Online] 2000 [cited in 2013 Aug 25]. 356:1307-12. Available in: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11073019>
15. Ministério da Saúde (Br). Organização Pan-Americana da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Manual para Observadores. Brasília (DF): OPAS; 2008.
16. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med* [SciELO-Scientific Electronic Library Online] 2009 [cited in 2013 Aug 25]. 360:491–9. Available in: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19144931>
17. Instituto para Práticas Seguras no uso de Medicamentos [site de Internet]. Lista de medicamentos potencialmente perigosos. [citado em 05 set 2013]. Disponível em: [http://www.ismp-brasil.org/faq/medicamentos\\_potencialmente\\_perigosos.php](http://www.ismp-brasil.org/faq/medicamentos_potencialmente_perigosos.php)
18. Ministério da Saúde (Br). Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. Protocolo integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
19. Silva LD, Santos MM. Interações medicamentosas em unidade de terapia intensiva: uma revisão que fundamenta o cuidado do enfermeiro. *Rev enferm UERJ*. 2011; 19:134-9.