

Avaliação das práticas seguras em hospital público do nordeste brasileiro

Evaluation of safe practices in a public hospital in the northeast of Brazil

Evaluación de prácticas seguras en un hospital público en el noreste de Brasil

Ana Cláudia de Brito Passos^I; Isabel Bento de Castro^{II}; Mirian Parente Monteiro^{III};
Marta Maria de França Fonteles^{IV}; Djanilson Barbosa dos Santos^V

RESUMO

Objetivo: avaliar instituição hospitalar quanto à implantação das práticas seguras. **Método:** estudo descritivo e observacional, realizado em 2019, em hospital público do nordeste do Brasil. Utilizou-se o questionário Avaliação da Gestão de Riscos Assistenciais em Serviços de Saúde (AGRASS), com 40 itens, e roteiro para a observação não participante. Amostra foi constituída por um gestor de risco, três farmacêuticos, quatro enfermeiros, nove técnicos de enfermagem e dois de farmácia.

Resultados: na avaliação do grau de implantação da gestão de riscos, foi obtido um total de 22 itens com respostas positivas, indicando a completa adesão desta prática em mais de 50%. Na observação de campo, encontraram-se fragilidades na maioria dos achados, destacando-se a higienização das mãos e prescrição, uso e administração de medicamentos. **Conclusão:** as potencialidades e fragilidades referentes às práticas observadas exigem ações educativas contínuas e melhoria da gestão de riscos para alcance pleno da cultura de segurança.

Descritores: Segurança do paciente; gestão da segurança; assistência à saúde; gestão de riscos.

ABSTRACT

Objective: to evaluate a hospital institution regarding the implementation of safe practices. **Method:** descriptive and observational study, conducted in 2019, in a public hospital in northeastern Brazil. A 40-item Health Care Risk Management Assessment (AGRASS) questionnaire was used and a script for non-participant observation. Sample consisted of one risk manager, three pharmacists, four nurses, nine nursing technicians and two pharmacy technicians. **Results:** in the assessment of the degree of implementation of risk management, a total of 22 items with positive answers were obtained, indicating the complete adherence of this practice by more than 50%. In the field observation, weaknesses were found in most findings, especially hand hygiene and prescription, use and administration of medications. **Conclusion:** the potentialities and weaknesses regarding the observed practices require continuous educational actions and improvement of risk management to fully reach the safety culture.

Descriptors: Patient safety; safety management; delivery of health care; risk management.

RESUMEN

Objetivo: evaluar una institución hospitalaria con respecto a la implementación de prácticas seguras. **Método:** estudio descriptivo y observacional, realizado en 2019, en un hospital público del noreste de Brasil. Se utilizó un cuestionario de evaluación de gestión de riesgos de atención médica (AGRASS) de 40 ítems y un guión para la observación no participante. La muestra consistió en un gerente de riesgos, tres farmacéuticos, cuatro enfermeras, nueve técnicos de enfermería y dos técnicos de farmacia. **Resultados:** en la evaluación del grado de implementación de la gestión de riesgos, se obtuvieron un total de 22 ítems con respuestas positivas, lo que indica la adherencia completa de esta práctica en más del 50%. En la observación de campo, se encontraron debilidades en la mayoría de los hallazgos, especialmente la higiene de manos y la prescripción, el uso y la administración de medicamentos. **Conclusión:** las potencialidades y debilidades con respecto a las prácticas observadas requieren acciones educativas continuas y la mejora de la gestión de riesgos para alcanzar plenamente la cultura de seguridad.

Descriptores: Seguridad del paciente; gestión de la seguridad; prestación de atención de salud; gestión de riesgos.

INTRODUÇÃO

A implantação de práticas seguras está diretamente relacionada à gestão dos riscos, com foco na segurança do paciente (SP), e na qualidade ofertada nos serviços de saúde, uma vez que compreende a necessária revisão frequente dos processos de trabalho e o seu alinhamento aos padrões considerados seguros¹.

Resultados obtidos, a partir da utilização de ferramentas de avaliação, podem orientar a tomada de decisões e o planejamento de medidas corretivas². Assim, nosso trabalho objetiva avaliar instituição hospitalar quanto à implantação das práticas seguras.

^IFarmacêutica. Doutoranda em Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal do Ceará. Brasil. E-mail: claudiab@ufc.br

^{II}Farmacêutica. Universidade Federal do Ceará. Brasil. E-mail: isabentodecastro@gmail.com

^{III}Farmacêutica. Doutora em Farmacologia. Docente, Universidade Federal do Ceará. Brasil. E-mail: mirianparente@uol.com.br

^{IV}Farmacêutica, Doutora em Farmacologia. Docente, Universidade Federal do Ceará. Brasil. E-mail: martafonteles@yahoo.com.br

^VFarmacêutico, Doutor em Saúde Pública – Epidemiologia. Docente, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Brasil. E-mail: djanilsonb@gmail.com

REVISÃO DE LITERATURA

A SP tornou-se prioridade, a partir de estudos que apontaram a magnitude da ocorrência de eventos adversos (EA), ocasionados por práticas inseguras, mobilizando vários países para estas questões³⁻⁶. Ações no âmbito das instituições de saúde devem ser efetivas para minimizar os riscos associados ao cuidado do paciente⁷.

Uma das mais importantes iniciativas adotadas pelo Brasil, com ênfase na SP, foi a publicação dos documentos: a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC), da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), nº. 63, de 25 de novembro de 2011, a Portaria nº 529, de 1 de Abril de 2013, que institui o Programa Nacional de SP (PNSP), e a RDC da Anvisa, nº 36, de 25 de julho de 2013, que institui ações para a SP em serviços de saúde. Posteriormente, a Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013, aprovou os protocolos: de prevenção de quedas; identificação do paciente e segurança na prescrição e de uso e administração de medicamentos. Em 2015, foi elaborado o Plano Integrado para a Gestão Sanitária da SP em Serviços de Saúde, que insere o processo de monitoramento da implantação de práticas de segurança⁸.

As práticas seguras devem ser efetivas em reduzir a chance de se causar dano ao paciente, e aplicáveis em diferentes níveis de assistência, para diferentes tipos de pacientes, podendo ser utilizadas por profissionais de saúde, fontes pagadoras e pesquisadores⁹. Instituições de saúde devem desenvolver ações visando criar uma política de qualidade envolvendo estrutura, processo e resultado, na sua gestão dos serviços voltados para a avaliação da qualidade do cuidado. A difusão dos conceitos entre toda a equipe profissional, a adesão às práticas seguras e o comprometimento institucional são primordiais para a efetivação da PNSP em nosso país¹⁰.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, observacional, realizado em hospital público cearense, unidade do Sistema Único de Saúde (SUS) de médio porte, e nível de complexidade secundária; referência para oito municípios. Dispõe de 151 leitos distribuídos nas seguintes unidades assistenciais: clínicas médica, cirúrgica, obstétrica, pediátrica e fisiológica; emergência e de cuidado neonatal. Conta com 934 funcionários compondo uma equipe multiprofissional.

A amostra foi constituída por um gestor de risco, três farmacêuticos, quatro enfermeiros, nove técnicos de enfermagem e dois técnicos de farmácia, totalizando 19 profissionais, selecionados como informantes chaves para a verificação da existência de práticas seguras na instituição.

A coleta de dados foi realizada por meio da triangulação, com dados primários e secundários. Os dados primários foram coletados através de entrevista estruturada e observação não participante, e os secundários foram obtidos através de pesquisa em documentos solicitados à gerência de risco por ocasião da entrevista, com fins comprobatórios para as respostas afirmativas ao instrumento utilizado¹¹.

Para a entrevista, utilizou-se o questionário de Avaliação da Gestão de Riscos Assistenciais em Serviços de Saúde (AGRASS), com 40 itens, que descreve o grau de implantação da gestão de riscos assistenciais, a partir de duas dimensões: *estrutura* e *processo*, constituindo-se numa avaliação das práticas seguras gerenciais. Este questionário foi desenvolvido através de parceria entre a ANVISA, Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)¹¹.

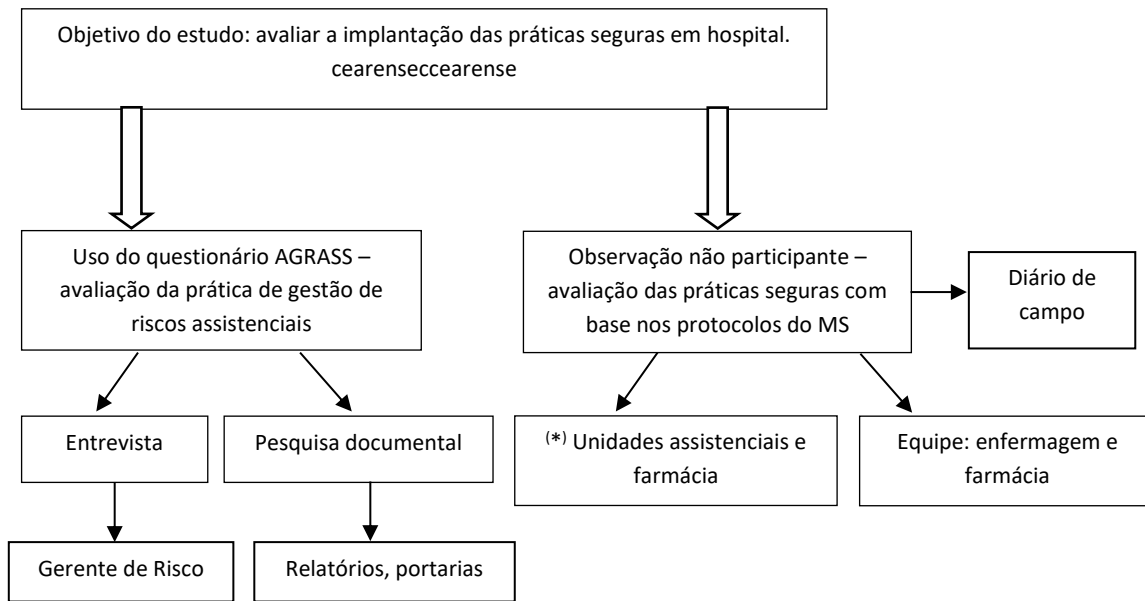
Para a observação não participante, elaborou-se roteiro com base nos protocolos de SP elaborados pelo Ministério da Saúde (MS)¹². As observações ocorreram em turnos e dias alternados, através da checagem à beira leito, nos postos de enfermagem e no serviço de farmácia, verificando as práticas realizadas pelas equipes de enfermagem e da farmácia. Em todas as situações foi mantido o cuidado de se observar equipes diferentes, para que se pudesse captar distintas perspectivas expressas pelos profissionais em diferentes momentos de suas práticas. As unidades de internação selecionadas foram duas clínicas abertas – médica e cirúrgica, e duas clínicas fechadas – unidade de tratamento intermediário neonatal e unidade de tratamento de urgência.

As práticas executadas pelos profissionais foram registradas de forma fidedigna ao que acontecia. Os dados quantitativos foram submetidos à análise estatística, com descrição das frequências absolutas e percentuais. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética, da Universidade Federal do Ceará (CAAE: 79883517.5.0000.5054).

As etapas do estudo estão ilustradas na Figura 1.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na avaliação da gestão de riscos assistenciais, as dimensões de *estrutura* e *processo*, envolvem 40 questões e a maioria das respostas, 22 (55%), foi positiva, conforme mostra a Tabela 1.



(*) Unidades assistenciais: Clínicas médica e cirúrgica; unidade de tratamento de urgência (emergência) e unidade de cuidado neonatal.
FIGURA 1: Diagrama representativo do desenho do estudo

TABELA 1: Avaliação das dimensões e subdimensões para a gestão de riscos assistenciais (AGRASS) aplicados em um hospital público do Nordeste do Brasil, 2019

Dimensões	Nº de itens	Resposta Sim	
		f	%
Estrutura			
Sensibilização	2	2	100
Responsabilização	3	3	100
Habilitação	4	3	75
Promoção da CSP	3	1	33
Total	12	9	75
Processo			
Identificação de riscos	13	4	31
Análise e avaliação de riscos	4	2	50
Tratamento de riscos	3	2	67
Comunicação de riscos	5	4	80
Integração dos processos	3	1	33
Total	28	13	46

Dimensão estrutura

Nesta dimensão, das 12 questões envolvidas, 9 (75%) foram positivas, destacando-se as subdimensões sensibilização e responsabilização, que obtiveram percentual máximo, enquanto a subdimensão promoção da cultura de segurança apresentou o menor percentual como demonstrado na Tabela 1.

Esta última subdimensão pode ser melhor compreendida por meio de pesquisa em documentos da instituição e por trechos da entrevista da gerente de risco:

Pergunta: Avaliou a cultura de segurança do paciente (CSP) no último ano?

Trecho: Nós passamos agora recente, foi realizado.

Pergunta: Comunicou os resultados da avaliação da CSP às lideranças e os profissionais da assistência? Implantou alguma intervenção para melhorar os resultados da avaliação?

Trecho: Não, os resultados estão em fase de análise.

As subdimensões com melhores percentuais de respostas positivas nesta dimensão foram: sensibilização e responsabilização. A primeira diz respeito ao envolvimento dos profissionais em geral, para que a organização esteja comprometida com a gestão dos riscos assistenciais, e a segunda, trata da definição de uma estrutura organizacional responsável pela gestão dos riscos assistenciais e prestação de contas de suas atividades.

Os trechos a seguir destacam que a instituição tem se preocupado com essas questões:

Pergunta: A instituição promoveu alguma ação de sensibilização para a SP nos últimos 12 meses?

Trecho: Sim, nós fizemos um evento maior que foi o fórum de SP. Geralmente as nossas ações são duas por ano. Fazemos sensibilizações nos setores [...] focamos as metas de SP e com um intervalo de seis meses a gente fez a mesma sensibilização, mas só que com o foco nas notificações, sensibilizando os profissionais.

Pergunta: Existem na instituição cartazes, fôlderes, pôsteres ou vídeos chamando atenção para a SP?

Trecho: Existe. A gente tem em todas as unidades assistenciais um cartaz A4[...] ressaltando os tipos de eventos[...] o sigilo da notificação [...] alertas sobre Farmacovigilância que a Anvisa lançou.

Pergunta: Existe uma unidade organizacional responsável por coordenar as ações de SP?

Trecho: Existe. Tem a Gerência de Risco que funciona como local físico e existe o Núcleo de Segurança mesmo, é, através de portaria nomeado pelo hospital...a portaria da gente é desde 2013 [...] e aí fomos atualizando a nomeação dos membros.

Várias estratégias têm sido desenvolvidas com o intuito de promover a segurança e a qualidade na assistência à saúde, tais como: o envolvimento, o comprometimento e o trabalho em equipe, aliando a gestão superior e seus colaboradores; esta última, no entanto é a mais relevante na promoção de resultados positivos na assistência em prol da SP¹³⁻¹⁵.

Dimensão processo

O hospital possui mais fragilidades nesta dimensão. Das 28 questões, 13 (46%) foram positivas: Identificação de riscos e Integração dos processos foram as mais frágeis, enquanto a subdimensão Comunicação dos riscos obteve o melhor percentual, segundo a Tabela 1.

Para avançar na melhoria da qualidade e na implantação de práticas seguras, são necessárias a integração efetiva da gestão de risco no processo organizacional e uma cultura de segurança que avalie a gestão de riscos assistenciais¹⁶. De fato, o Núcleo de Segurança do Paciente é a primeira instância a gerir o risco, analisando e revendo os processos de trabalho, alinhando-os às práticas de segurança⁷⁻⁸. Nesse foco, o instrumento AGRASS é inovador, pois traz a participação da ouvidoria como fonte de identificação de riscos, permitindo que o conhecimento da opinião dos usuários e pacientes identifique falhas, auxiliando no planejamento e tomada de decisões¹⁷.

Os seguintes trechos reforçam os aspectos frágeis identificados nesta subdimensão:

Pergunta: Utiliza um sistema interno de notificação de incidentes?

Trecho: Sistema específico nós não temos, o que nós utilizamos é um formulário que a gente disponibiliza nas unidades, mas os profissionais não notificam muito, temos subnotificações [...]

Pergunta: Monitora indicadores de adesão às metas internacionais da SP?

Resposta: Higiene das mãos, este indicador fica com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) acredito que eles não monitoram. Existe apenas ações de sensibilização [...]. Monitoramos o percentual de pacientes não identificados corretamente e divulgamos [...] temos também o de lesão por pressão e flebite que são indicadores de processo da enfermagem [...] os demais nós não monitoramos.

Pergunta: Utiliza reclamação das queixas e notificações (ouvidoria) para identificação de riscos?

Trecho: Nós até tentamos junto com a Ouvidoria, mas não está uma coisa bem sistematizado não [...] não está na rotina do serviço.

Práticas observadas

Os aspectos descritivos das práticas seguras observadas, a partir das atividades laborais das equipes, revelaram que a instituição não implantou completamente essas práticas, de acordo com a Figura 2. Outros estudos já realizados demonstram a não adesão efetiva dessas práticas nas instituições hospitalares, atribuindo-se como causas a cultura de segurança pouco desenvolvida, frágil engajamento pessoal e coletivo e comunicação não efetiva na equipe de saúde¹⁸⁻²⁰.

De modo semelhante aos nossos achados, estudo realizado em um hospital universitário, em unidades de internação, relacionado com a prática de higienização das mãos, encontrou problemas de infraestrutura que comprometeram a efetiva adesão a essa prática e ressaltou a importância de instrumentos normativos tais como protocolos, procedimentos operacionais padrão e fluxogramas para a adoção desta prática no âmbito hospitalar²¹.

Práticas seguras (*)	Observações
<i>Higiene das mãos</i>	1.Higiene das mãos inadequada; 2. Insuficiência de pias nas enfermarias;
<i>Identificação do paciente</i>	1.Não utilização da pulseira de identificação e, por conseguinte, a não implantação do protocolo;
<i>Comunicação efetiva</i>	1.Falta de apresentação dos profissionais aos pacientes, mas observou-se o repasse de informação aos pacientes, sobre os procedimentos a serem realizados. 2.Registro feito em folhas avulsas para posterior inserção no prontuário.
<i>Prevenção de quedas</i>	1.Ações foram observadas: registro dos pacientes com risco de queda; os pisos são antiderrapantes; boa iluminação; camas com sistema de trava nas rodas, grade e altura apropriada. 2.Ausência de informações e alertas sobre o risco de quedas aos pacientes e acompanhantes.
<i>Prevenção de lesão por pressão (LPP)</i>	1.Ações foram observadas: manutenção da higiene corporal, manutenção da pele limpa e seca; utilização de hidratantes e de fraldas. 2.Não foi observada a prática de reposicionamento dos pacientes a cada 2h.
<i>Prescrição, Uso e administração de medicamentos</i>	1.Prescrição de medicamentos: a) informatizada: continham itens como nome completo do paciente, número do leito e da enfermaria, dose, forma farmacêutica, via de administração e posologia dos medicamentos, mas não possuíam identificação da instituição, tempo e velocidade de infusão e nem número de prontuário. b) escritas à mão: não se encontravam de forma legível. 2.Medicamentos potencialmente perigosos são identificados com etiquetas de alerta na cor vermelha. 3.Monitoramento do uso dos antimicrobianos: junto com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), com ficha padronizada. 4.Ambientes de armazenamento e preparo de medicamentos de cada unidade: a) parcialmente adequados; b) medicamentos são identificados com uma fita branca contendo o número do leito e o horário de aprazamento, fixada nas embalagens; c) no processo de preparo e administração de medicamentos não se observou higienização de mãos corretamente; d) falta de checagem dos medicamentos com os dados da prescrição e identificação do paciente à beira leito; e) ausência de informação para o paciente sobre a administração do medicamento; f) horário de aprazamento foi obedecido em todas as clínicas.

(*) de acordo com os protocolos do MS/Brasil¹²

FIGURA 2: Observações de campo realizadas nas clínicas avaliadas. Hospital público, Nordeste do Brasil, 2019.

Os resultados apontam fragilidades na implantação da comunicação efetiva, chamando atenção para os registros dos procedimentos efetuados em folhas avulsas para, só depois, serem inseridas no prontuário, podendo levar a perda de informações, trocas ou ausências de registro. Segundo a RDC 63/2011²², cabe aos profissionais de saúde realizar o adequado registro em prontuário, e o serviço de saúde deve garantir que o mesmo contenha registros relativos à identificação e a todos os procedimentos prestados ao paciente²². A comunicação efetiva constitui ainda um desafio e deve estar fundamentada na linguagem clara, estruturada e usar técnicas corretas, ocorrendo de forma verbal e não-verbal. Para ser efetiva faz-se necessário o envolvimento da gestão, dos profissionais, recursos humanos, materiais e financeiros adequados²³⁻²⁶.

O processo de identificação dos pacientes na instituição investigada não é efetivo. O protocolo recomenda o uso de pulseiras em todos os pacientes e a checagem dos dados antes da realização de qualquer procedimento, o que não foi observado no estudo. É importante definir rotinas claras e simples para a identificação correta do paciente e treinar os profissionais quanto aos potenciais erros relacionados a falha na identificação. Medidas educativas são fundamentais para a consolidação das práticas propostas nos protocolos, fazendo com que a SP possa ser otimizada^{1,27,28}.

A prática de prescrição, uso e administração de medicamentos, apresentou várias não conformidades. As etapas do processo de utilização de medicamentos – prescrição, dispensação, administração, monitoramento e utilização – podem ocasionar vários problemas relacionados à segurança. Os erros que acontecem no processo de utilização de medicamentos podem surgir em qualquer uma destas etapas e possuem diferentes tipologias^{29,30}.

Situações como ilegibilidade e abreviaturas nas prescrições; dispensação de medicamentos de forma inadequada e errônea; medicamentos preparados e administrados de forma incorreta; reações adversas e interações medicamentosas podem ocorrer se o devido acompanhamento não acontecer.

Potencialidades e fragilidades

Identificaram-se aspectos facilitadores e dificultadores que permitem um melhor entendimento acerca da implantação das práticas seguras na instituição. Destacam-se, como aspectos facilitadores, aqueles relacionados às ações de sensibilização; avaliação da CSP; e possuir uma unidade organizacional responsável por coordenar as ações de SP. Estas ações apontam um caminho percorrido pela instituição rumo à qualidade e segurança no cuidado ao paciente, transformando práticas, onde todos os profissionais são responsáveis³¹.

Como fatores dificultadores, tem-se o fato de que os resultados da avaliação da CSP não foram divulgados, e intervenções não foram feitas, a partir da identificação das áreas frágeis, visando subsidiar o planejamento. O diagnóstico é importante, mas deve vir junto com um plano de melhorias. Ressalta-se, ainda, a ausência de uma sistemática para monitorar os indicadores de adesão às metas de SP.

O uso de questionários e a observação não participante revelaram-se capazes de delinear um perfil do hospital quanto a implantação das práticas seguras, configurando-se como uma importante ferramenta de gestão. Nesse contexto, o AGRASS demonstrou ser um instrumento de fácil uso, com perguntas compreensivas, envolvendo aspectos que vão desde a sensibilização dos profissionais para as questões da SP à integração dos processos de gestão de riscos assistenciais, viabilizando dados com maior precisão.

O presente estudo apresenta limitações por não envolver outras categorias profissionais quanto à adoção de práticas seguras e por representar apenas uma realidade local. Entretanto, oferece subsídios para fins comparativos com outros cenários nosocomiais com perfis semelhantes.

CONCLUSÃO

A instituição hospitalar estudada apresentou potencialidades e fragilidades quanto à implantação das práticas seguras, com maiores dificuldades nos aspectos relacionados ao processo. Isso nos leva a inferir que tal prática se encontra em construção, com algumas iniciativas já consolidadas, mas outras que precisam de melhorias.

Conhecer a realidade orienta mudanças nas práticas voltadas para a segurança do paciente, norteando os caminhos que repercutem no desenvolvimento da cultura de segurança, e no comportamento dos profissionais visando à adesão a essas práticas, incorporando-as ao dia a dia.

A adesão às práticas seguras corrobora a redução e prevenção de danos ao paciente, contribuindo para a melhoria da qualidade assistencial.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Br), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. 2ª ed. Brasília: Anvisa; 2017. Série segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. (Online). [cited 2019 Jul 16]; Available from: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+1+-+Assistencia+Segura+-+Uma+Reflexao+Teorica+Aplicada+a+Pratica/97881798-cea0-4974-9d9b-077528ea1573>.
2. Gama ZAS, Saturno-Hernández PJ, Ribeiro DNC, Freitas MR, Medeiros PJ, Batista AM, et al. Development and validation of indicators for best patient safety practices: the ISEP-Brazil Project. *Cad. Saúde Pública* (Online). 2016; [cited 2019 Jul 17]; 32(9):e00026215. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00026215>.
3. Institute of Medicine (US). Committee on Quality of Health Care in America. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. *To err is human: building a safer health system*. Washington (DC): National Academies Press (US). 2000; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/>.
4. Mendes W, Martins M, Rozenfeld S, Travassos C. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. *Int J Qual Health Care*. 2009; [cited 2019 Aug 16]; 21(4):279-84. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzp022>.
5. Vincent C, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *BMJ*. 2001; [cited 2019 Aug 16]; 322(7299):1395. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.322.7285.517>.
6. Donaldson, L. An organisation with a memory. *Clin Med (Lond)*. 2002; [cited 2019 Aug 16]; 2(5):452-7. DOI: <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.2-5-452>.
7. Milagres LM. Gestão de riscos para segurança do paciente: o enfermeiro e a notificação dos eventos adversos. [dissertação]. Juiz de Fora: [s. ed.] 2015; [cited 2019 Jul 16]; Available from: <http://www.ufjf.br/pgenfermagem/files/2010/05/Disserta%C3%A7%C3%A3o-Lidiane-Miranda-Milagres.pdf>.
8. Ministério da Saúde (Br), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Plano integrado para a gestão sanitária da segurança do paciente em serviços de saúde. Monitoramento e investigação de eventos adversos e avaliação de práticas de segurança do paciente. Brasília (DF): Anvisa; 2015 [cited 2019 Aug 16]; Available from:

http://www2.ebserh.gov.br/documents/222346/866032/PLANO_INTEGRADO%281%29.pdf/304f3b7b-9b88-4c16-9dfd-dcf3aaa3b902

9. Ministério da Saúde (Br). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gestão de riscos e investigação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde. Brasília (DF): ANVISA; 2017 [cited 2019 Aug 16]; Available from: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+7+-+Gest%C3%A3o+de+Riscos+e+Investiga%C3%A7%C3%A3o+de+Eventos+Adversos+Relacionados+%C3%A0+Assist%C3%A2ncia+%C3%A0+Sa%C3%BAd+6fa4fa91-c652-4b8b-b56e-fe466616bd57>.
10. Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Rio de Janeiro: EAD/ENSP; 2014 [cited 2019 Jul 15]; Available from: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2765286/mod_resource/content/1/2014%20Seguran%C3%A7a%20do%20paciente%20-%20livro.pdf.
11. Gama, ZAS; Saturno HPJ. Inspeção de boas práticas de gestão de riscos em serviços de saúde. Natal: SEDIS-UFRN; 2017 [cited 2019 Jul 15]; Available from: https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/25138/3/EBOOK_AGRASS.pdf.
12. Ministério da Saúde (Br), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Protocolos básicos de segurança do paciente. Brasília: ANVISA; 2015 [cited 2019 Jul 15]; Available from: <https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/programa-nacional-de-seguranca-do-paciente-pnsp/protocolos-basicos-de-seguranca-do-paciente>.
13. Fassarella CS, Silva LDD, Camerini FG, Figueiredo MDCAB. Nurse safety culture in the services of a university hospital Cultura de segurança dos enfermeiros entre os serviços de um hospital universitário 2019. *Rev. bras. enferm.* (Online). 2019 [cited 2019 Jul 15]; 72(3):767-73. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672019000300767&script=sci_arttext&tlng=pt.
14. Campione J, Famolaro T. Promising practices for improving hospital patient safety culture. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2018 [cited 2019 Aug 16]; 44(1):23-32. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2017.09.001>.
15. Andrade LEL, Lopes JM, Souza Filho MCM, Vieira Júnior RF, Farias LPC, Santos CCM et al. Patient safety culture in three Brazilian hospitals with different types of management. *Ciênc. Saúde Colet.* (Online). 2018 [cited 2019 Jul 15]; 23(1): 161-72. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018231.24392015>.
16. Farokhzadian J, Nayeri ND, Borhani F. Assessment of clinical risk management system in hospitals: an approach for quality improvement. *Glob J. Health Sci.* 2015 [cited 2019 Jul 19]; 18; 7(5):294-303. DOI: <https://doi.org/10.5539/gjhs.v7n5p294>
17. Peixoto SF, Marsiglia RMG, Morrone LC. Ombudsman's attributions: the opinion of users and ombudsmen. *Saúde Soc.* (Online). 2013; [cited 2019 Jul 15]; 22(3):785-94. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902013000300012>.
18. Oliveira R M, Leitão IMT, Arruda SLMS, Figueiredo SV, Sampaio RL, Gondim M. Strategies for promoting patient safety: from the identification of the risks to the evidence-based practices strategies for strengthening safety culture in intensive care units. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* 2014 [cited 2019 Jul 15]; 18(1):122-29. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140018>.
19. Souza CS, Tomaszewski B, Jamila GTB, Dalmolin G L, Silva TL, Neutzling BRS, Zugno R M Strategies for strengthening safety culture in intensive care units. *Rev. enferm. UERJ.* (Online). 2019 [cited 2019 Jul 15]; 27:38670. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2019.38670>.
20. Souza LO, Pinho MC, Machado LR, Jacques A. O uso de protocolos de segurança do paciente nas instituições hospitalares. *Rev. bras. pesqui. saúde.* (Online) 2017 [cited 2019 Jul 15]; 19(1):70-7. Available from: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/17720>.
21. Magnago TSBS, Ongaro JI, Greco P BTi, Lanes TC, Zottele C, G NG. Infrastructure for hand hygiene in a teaching hospital. *Rev. gaúch. enferm.* (Online). 2019; [cited 2019 Jul 15]; 40(spe): e20180193. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180193>.
22. BRASIL. Ministério da Saúde (Br). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. *Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 25 nov 2011.* [cited 2019 July 15] Available from: http://portal.anvisa.gov.br/documents/33880/2568070/rdc0063_25_11_2011.pdf/94c25b42-4a66-4162-ae9b-bf2b71337664.
23. Biasibetti C, Hoffmann LM, Rodrigues FA, Wegner W, Rocha Patrícia K. Communication for patient safety in pediatric hospitalizations. *Rev. gaúch. enferm.* (Online). 2019 [cited 2019 Jul 15]; 40(spe): e20180337. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180337>.
24. Lima SMS, Agostinho M, Mota L. Percepção dos profissionais de saúde das limitações à notificação do erro/evento adverso. *Rev. Enf. Ref.* (Online). 2018; [cited 2019 Jul 15]; ser IV(19): 99-106. DOI: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV18023>.
25. Farias ES, Santos JO, Góis RMO. Comunicação efetiva: elo na segurança do paciente no âmbito hospitalar. *Cadernos de Graduação Ciências Biológicas e da Saúde –UNIT- Alagoas.* (Online). 2019 [cited 2019 Jul 15]; 5(2):140-54. Available from: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernobiologicas/article/view/5168>.
26. Guzinski C, Lopes ANM, Flor J, Migliavaca J, Tortato C, Pai D. Good practices for effective communication: the experience of the interdisciplinary round in orthopedic surgery. *Rev. gaúch. enferm.* (Online). 2019 [cited 2019 Jul 15]; 40(spe): e20180353. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180353>.
27. Hemesath MP, Santos HB, Torelly EMS, Motta MB, Pasin SS, Magalhães AMM. Evaluation and management of adherence of the professional verification of patient identification. *Revista ACRED.* (Online) 2015; [cited 2019 Jul 15]; 5(9):45–54. Available from: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/131366/000979848.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
28. Silva MMRP, Assad LG, Júnior EFP, Paula VG de, Bessa JH do N, Teti TT. Analysis of adherence of patient identification in the medical clinics sector. *Rev. Enferm. Atual In Derme.* (Online). 2019; [cited 2019 Jul 15]; 87(25). Available from: <https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/188>.



29. Souza TLV, Mota RO, Brito EAWS, Farias LMVC, Matias ÉO, Lima FET. Patient safety in the administration of intramuscular medication in pediatrics: assessment of the nursing practice Rev. gaúch. enferm. (Online). 2018; [cited 2019 Jul 15]; 39:e2017-0002. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0002>.
30. Figueiredo TWB, da Silva LAA, Brusamarello T, de Oliveira ES, dos Santos T, Pontes L. Types, causes and intervention strategies facing medication errors: an integrative review. Rev Enferm Atenção Saúde (Online). 2018 [cited 2019 Jul 15]; 7(2):155-75. DOI: <https://doi.org/10.18554/reas.v7i2.2494>.
31. Souza CS, Tomaschewski-Barlem JG, Dalmolin GL, Silva TL, Neutzling BRS, Zugno RM. Strategies for strengthening safety culture in intensive care units. Rev. enferm. UERJ. 2019 [cited 2019 Jul 15]; 27:e38670. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2019.38670>.