

A utilização da ferramenta de “Notificação de Ocorrências” como parâmetro avaliativo das metas internacionais de segurança do paciente

The use of the occurrence notification tool as an evaluation parameter of the international patient safety goals

La utilización de la herramienta de notificación de ocurrencia como parámetro de evaluación de las metas internacionales de seguridad del paciente

Raphael Rodrigues da Silva^{†*}, Débora Crys de Souza Magalhães[‡]

Como citar esse artigo. da Silva, RR; Magalhães, DCS. A utilização da ferramenta de “Notificação de Ocorrências” como parâmetro avaliativo das metas internacionais de segurança do paciente. Revista Pró-UniverSUS. 2018 Jan./Jun.; 09 (1): 17-24.

Resumo

No ambiente hospitalar, o paciente está suscetível e exposto a muitos riscos e com isso temos a necessidade de criar medidas e barreiras para prevenção e mitigação de eventos indesejados assim como prestar uma assistência segura. De acordo com a RDC nº 36/2013 é obrigatório que todas as instituições de saúde tenham um núcleo de segurança do paciente com ações focadas em análise de eventos, disseminação da cultura de segurança do paciente e gestão de risco. Ainda que seja uma obrigatoriedade nem todos os hospitais do Brasil tem o núcleo de segurança do paciente, de acordo com a ANVISA existem hoje no Brasil 5.530 hospitais e desde 2014 até março de 2017 foram implantados um total de 2.543 (dois mil trezentos e trinta e três) Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) existentes no país. Nesse período verificou-se um crescimento expressivo do número de núcleos implantados, representando um aumento no número de notificações de eventos adversos de 103.285 (cento e três mil e duzentos e oitenta e cinco).

Palavras-chave: Gestão da qualidade; Segurança do paciente; Metas internacionais de segurança; Gestão de risco.

Abstract

In the hospital environment, the patient is susceptible and exposed to many risks and thus we need to create measures and barriers to prevent and mitigate unwanted events as well as provide a safe care. According to DRC 36/2013 it is mandatory that all institutions have the core of patient safety with actions focused on event analysis, dissemination of patient safety culture and risk management. Although it is mandatory not all hospitals in Brazil have the core of patient safety, according to ANVISA there are 5,530 hospitals in Brazil today and from 2014 to March 2017 a total of 2,543 (two thousand, three hundred and thirty three) Patient Safety Centers (NSPs) in the country. During this period there was a significant increase in the number of implanted nuclei, representing an increase in the number of reports of adverse events of 103,285 (one hundred and three thousand two hundred and eighty-five).

Keywords: Quality management; Patient safety; International safety goals; Risk management

Resumen

En el ambiente hospitalario, el paciente es susceptible y expuesto a muchos riesgos y con ello tenemos la necesidad de crear medidas y barreras para la prevención y mitigación de eventos no deseados así como proporcionar una asistencia segura. De acuerdo con la RDC nº 36/2013 es obligatorio que todas las instituciones de salud tengan un núcleo de seguridad del paciente con acciones enfocadas en análisis de eventos, diseminación de la cultura de seguridad del paciente y gestión de riesgo. Aunque es una obrigatoriedad no todos los hospitales de Brasil tienen el núcleo de seguridad del paciente, de acuerdo con la ANVISA existen hoy en Brasil 5.530 hospitales y desde 2014 hasta marzo de 2017 se implantaron un total de 2.543 (dos mil trescientos treinta y tres, tres) Núcleos de Seguridad del Paciente (NSP) existentes en el país. En ese período se verificó un crecimiento expresivo del número de núcleos implantados, representando un aumento en el número de notificaciones de eventos adversos de 103.285 (ciento y tres mil doscientos ochenta y cinco).

Palabras clave: Gestión de la calidad; Seguridad del paciente; Objetivos internacionales de seguridad; Gestión de riesgos

Afiliação dos autores:† Enfermeiro. Unidade Santa Cruz/Grupo CEMERU SAÚDE/Coordenador do SEP/Rio de Janeiro/RJ/Brasil.

‡ Enfermeira. Unidade Santa Cruz/Grupo CEMERU SAÚDE/Coordenadora da Qualidade/Rio de Janeiro/RJ/Brasil.

* Email para correspondência: enf.rrodrigues@gmail.com

Introdução

Entendendo que a vida é o bem mais precioso, quando são discutidos cuidados à saúde partimos do ponto que não deverão existir danos, dessa forma é necessário implantar processos estruturados que visam a segurança do paciente. Por intermédio dessas medidas, torna-se possível prevenir e consequentemente minimizar eventos adversos que possam ocorrer.¹

Instituições de saúde e governos começaram a se preocupar de forma mais intensa com a qualidade dos serviços de saúde prestados à população nos, isso se deu pelo fato de que as exigências dos usuários aumentaram continuamente, bem como o fácil acesso às informações e eventual exposição na mídia, como relatos recentes de infusão de dieta enteral por via parenteral, cirurgias com amputação de lateralizada errada por ausência de marcação da mesma, dentre outras.

As instituições de saúde vêm buscando a cada dia implementar uma cultura de segurança e de notificação de eventos adversos assim como a prevenção da falha e mitigação do erro, com o intuito de identificar a falha no processo, na estrutura/organização, e com isso, ter possibilidades de trabalhar com qualidade e instituir planos de ações para o impedimento de novas falhas, visando um atendimento cada vez mais qualificado e eficaz para as necessidades dos pacientes.² De acordo com 6º caderno da ANVISA - implantação do núcleo de segurança do paciente em serviços de saúde,³ as metas internacionais de segurança do paciente vêm sendo adotadas por instituições de todos os países. As mesmas trazem à tona a preocupação no que diz respeito a segurança do paciente, as fases do cuidado assistencial e os seus possíveis riscos.

As metas internacionais de segurança são: Meta 1 – Identificar os pacientes corretamente; Meta 2 – Melhorar a efetividade na comunicação entre os profissionais de saúde; Meta 3 – Melhorar a segurança na prescrição, uso e administração de medicações de alta vigilância; Meta 4 – Assegurar cirurgias com local de intervenção, procedimento e pacientes corretos; Meta 5 – Higienizar as mãos para evitar infecções; Meta 6 – Reduzir o risco de dano no paciente decorrente de queda e lesão por pressão.

Para isso temos como objeto de estudo a utilização da ferramenta de notificação de ocorrência como parâmetro avaliativo das metas internacionais de segurança do paciente. E quanto a isso, nos questionamos como se avaliar as implementações das Metas Internacionais de Segurança do Paciente?

O tema proposto justifica-se pela necessidade de se fomentar maiores e melhores discussões a respeito da segurança do paciente, uma vez que a comunicação e a informação são imprescindíveis para que haja uma gestão do risco em serviços de saúde, pois somente a partir

do conhecimento da ocorrência de eventos adversos é possível a identificação de padrões e semelhanças entre os casos e suas principais fontes de risco que propiciam a ocorrência de dano ao paciente.⁴

Este estudo reveste-se de relevância para a prática hospitalar, uma vez que o estudo e a produção científica sobre essa temática ainda é crescente, inversamente proporcional a quantidade de profissionais que atuam nesta área, por se obter também o crescimento gradual de empregabilidade nesta área de atuação, porém muitas das vezes sem o embasamento de sua prática diária. Com isso, há o intuito de promover o conhecimento e fundamentar a prática deste processo.

Objetivos do estudo: apresentar as notificações obtidas no período de agosto a outubro de 2017 do Hospital Cemeru de Santa Cruz; elencar as principais notificações que se relacionam com as metas; e fornecer orientações de melhorias de práticas e boas práticas para melhor adesão aos protocolos.

Metodologia

Este estudo e levantamento dos dados deu-se no Hospital de Clínicas da unidade de Santa Cruz do grupo Cemeru Saúde, num lapso temporal de 3 meses (de 29 de agosto à 31 de outubro).

Foi utilizado como ferramenta de trabalho, a planilha de compilação dos dados de notificação de ocorrência. O método de pesquisa quanti-qualitativo fornecerá condições de análise dos dados qualificando as informações e exprimindo em números os resultados obtidos no período avaliado. Diante disso, fazemos nossas as palavras de Chizzotti ao afirmar que “a pesquisa quantitativa não necessita ser oposta à qualitativa, mas ambas devem sinergicamente convergir na complementaridade mútua”.⁵ Trabalharemos a análise dos dados com a análise de conteúdo.^{6,7} Considerando que nem todas as notificações se enquadram nas metas internacionais de segurança, utilizaremos como critério de inclusão as notificações relacionadas às metas internacionais de segurança do paciente e apresentaremos em gráfico as ocorrências de maior notificação estratificada por meta.

Resultados e Discussão

No período de avaliação compreendido entre 29 de agosto de 2017 à 31 de outubro de 2017 foram obtidas 314 notificações de ocorrências, porém dentre elas, somente 109 notificações foram relacionadas as metas internacionais de segurança do paciente, onde o maior quantitativo de notificações foram relacionadas a meta 4 (40,36%) que caracteriza-se pela Cirurgia Segura, seguido da meta 2 (28,44%) Comunicação Efetiva, posteriormente a meta 3 (22,99%) Segurança

Medicamentosa, a meta 6 (4,58%) Riscos de Queda e Lesão por Pressão, a meta 1 (2,75%) Identificação Segura e por fim a meta 5, perfazendo um percentual de apenas 0,91%.

Qualitativamente, entendemos que o grande número de notificações relacionadas à meta 4 está ligada diretamente a implementação do protocolo de Cirurgia Segura implementado no dia 04/09/2017, e dentre suas notificações a maior ocorrência está relacionada a “ausência do 1º auxiliar no ato cirúrgico” e a “ausência do preenchimento/apresentação do termo de consentimento cirúrgico e anestésico”.

Por ser um protocolo novo na unidade, mesmo que divulgado pela OMS desde 2009, ainda existem muitas dificuldades na adesão do processo, e o profissional de maior resistência a essas mudanças é a categoria médica de classe cirurgiã e externa, de acordo com os relatos das notificações em sua grande maioria, com a justificativa médica de já estarem no Centro Cirúrgico muitas das vezes e ter que subir aos andares para passar a visita e apresentar os termos.

Quanto às notificações de ausência de 1º auxiliar nos atos cirúrgicos existem as problemáticas institucionais de cobertura financeira deste profissional, servindo esse documento de fomento para justificar e dar visibilidade a uma real necessidade no ato cirúrgico em prol da segurança do paciente no quesito da segurança cirúrgica.

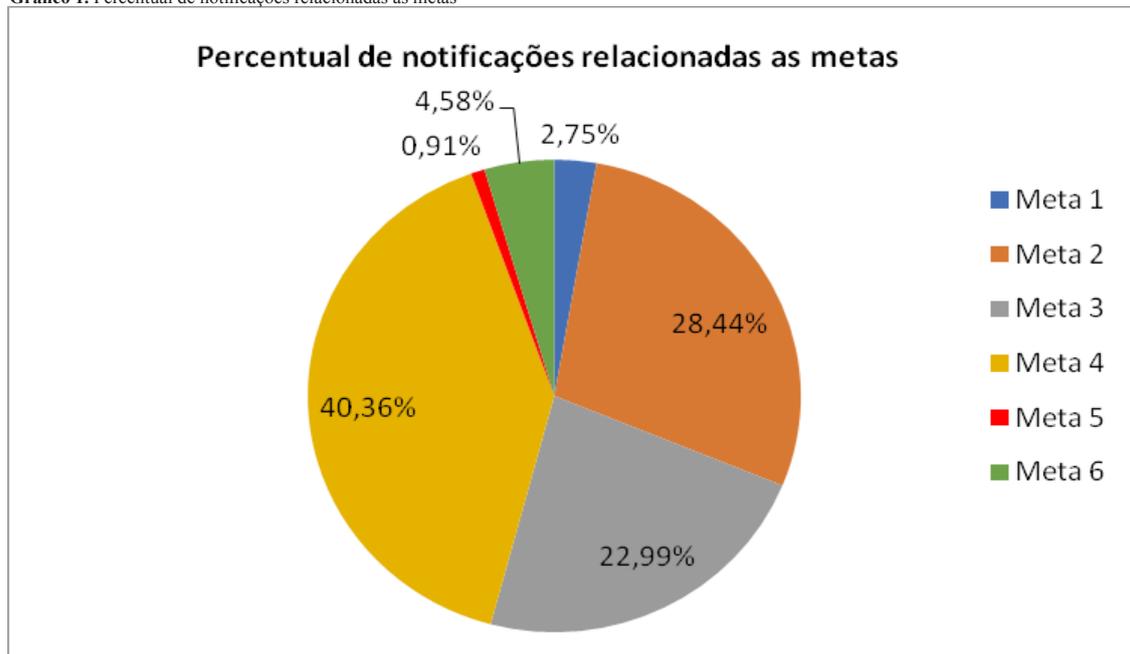
As notificações relacionadas à meta 2 de Comunicação Efetiva versam sobre os mais diferentes contextos, porém todos relacionados a deficiência ou ausência da comunicação, o contato mesmo que telefônico, ou até mesmo o retorno do contato, fidelizam as informações, retificam e ratificam as

mesmas. Para assegurarmos a comunicação nas transferências dos pacientes, implementamos o formulário de Transporte Seguro, muito comumente conhecido como SBAR (Situação, Background, Avaliação, Recomendações), contudo ainda existem muitas deficiências no preenchimento do mesmo, como ausência do preenchimento, bem como o preenchimento incompleto, invalidando o referido formulário, pois não estando munido das informações se torna obsoleto e sem propósito.

Já as notificações que dissertam a respeito da meta 3 de Segurança Medicamentosa, em sua grande maioria apontam para o erro da prescrição, uma falha que deveria ocorrer em menor frequência, tendo em vista a implementação do prontuário eletrônico e utilização de prescrição eletrônica. Entretanto, o sistema operacional da unidade permite falhas básicas e o ser humano, e que para vencer essa barreira humana deve-se optar pela dupla checagem da prescrição antes da impressão. Uma das ocorrências culminou num incidente com dano (ICD) e outro em um quase erro (QE), sendo neste último caso, o pai do paciente, a barreira para que o erro não acontecesse de fato e houvesse um desdobramento pior para o paciente.

O que nos preocupa muito é a meta 5 relacionada a Higiene das Mãos ser a meta de menor notificação como demonstrado no gráfico 1, nos sugerindo a ocorrência de subnotificação, uma vez que as maiores falhas apontadas nos processos de infecção de corrente sanguínea da unidade ainda ocorrem na deficiência da higiene correta das mãos do profissional, além da instituição estar em processo de revisão das soluções alcoólicas, degermantes e sabão das unidades.

Gráfico 1. Percentual de notificações relacionadas às metas



Fonte: Planilha de Compilação dos Dados de Notificação. CEMERU. Santa Cruz. 2017

Descrevemos também na tabela abaixo toda a descrição e estratificação das ocorrências no período em análise e separamos por metas para facilitar a

visualização e posteriormente a discussão categórica de cada item individualmente.

Tabela 1. Planilha de compilação dos dados de notificação

Data	Setor Notificante	Setor Notificado	Motivo	6 METAS	Estratificação da NO
27/09/2017	Intimação	Radiologia	Identificação do paciente	1	CR
20/10/2017	UI	Intimação	Descumprimento de normas e rotinas	1	NC
31/08/2017	UI	Centro Cirúrgico	Falha na comunicação	2	ICD
31/08/2017	UI	Emergência ped- Dra Carina	Comportamento e postura	2	NC
05/09/2017	Supervisão SC	Intimação Itaguaí	Falha na comunicação	2	CR
06/09/2017	UTIneoped	Emergência Ped- Itaguaí	Falha na transferência	2	CR
08/09/2017	UI	Centro cirúrgico	Falha na transferência	2	NC
14/09/2017	Centro cirúrgico	Dr. Mateus Leite	Descumprimento de normas e rotinas	2	CR
21/09/2017	UI- médicos	Emergência- Dr. Rafael	Falha na comunicação	2	CR
23/09/2017	UI	Manutenção/ Ger. Administrativa	Ausência de resposta	2	NC
23/09/2017	UI	Centro cirúrgico	Falha na comunicação	2	NC
12/09/2017	UI	CTI adulto	Falha na transferência	2	NC
30/09/2017	Emergência Adulto	Intimação	Falha na comunicação	2	CR
29/09/2017	UI	CTI adulto	Falha na comunicação	2	CR
04/10/2017	CTI adulto	Centro cirúrgico	Falha na comunicação	2	NC
02/10/2017	Emergência adulto	Intimação	Falha na comunicação	2	NC
06/10/2017	Intimação	Coord. Administrativa	Falha na comunicação	2	NC
06/10/2017	Intimação	Emergência – Dr Rafael	Falha na comunicação	2	NC
17/10/2017	UI	Emergência – Dr Rafael	Falha na comunicação	2	NC
17/10/2017	Ambulatório	Supervisão administrativa	Falha na comunicação	2	NC
18/10/2017	Hotelaria	Rien	Falha na comunicação	2	NC
18/10/2017	Emergência adulto	Banco de sangue	Descumprimento de normas e rotinas	2	NC
17/10/2017	Supervisão administrativa	Emergência adulto	Falha na transferência	2	NC
24/10/2017	UI	CTI adulto	Descumprimento de normas e rotinas	2	NC
24/10/2017	UI	UI	Falha na comunicação	2	NC

21/10/2017	UI	Bioxxi	Comportamento e postura	2	NC
23/10/2017	UI-Dr Bruno	Emergência – Dr Rafael	Falha na comunicação	2	NC
30/10/2017	Serviço social	Dra Juliana – Itaguaí	Falha na comunicação	2	CR
30/10/2017	Centro cirúrgico	Ger. Administrativa/ Manutenção	Falha na comunicação	2	NC
07/09/2017	UI	Farmácia	Atraso na dispensação de medicamento	3	CR
07/09/2017	UI	UI	Omissão na administração de medicamento	3	ICD
04/09/2017	UTIneoped	UTIneoped – médicos	Administração de medicamento	3	QE
10/09/2017	UI	UI	Omissão na administração de medicamento	3	CR
28/09/2017	UI- médicos	CCIH	Ausência de resposta	3	NC
22/09/2017	UI- médicos	CCIH	Ausência de resposta	3	NC
20/09/2017	UI- médicos	Emergência – Dr Rafael	Descumprimento do POP	3	CR
22/09/2017	UI	UI – Dr João	Atraso	3	NC
18/09/2017	UI	Farmácia	Descumprimento de fluxo	3	NC
14/09/2017	UI	CTI – Dr Félix	Falha na transferência	3	NC
10/09/2017	UI	Emergência – Dr Rafael	Prescrição incorreta	3	CR
14/09/2017	UI	Farmácia	Atraso na dispensação de medicamento	3	CR
30/09/2017	UI	Farmácia	Falha na dispensação	3	CR
02/10/2017	UI	UI – Dr Bruno	Prescrição incorreta	3	NC
24/10/2017	UI	UTIneoped	Falha na transferência	3	CR
23/10/2017	Supervisão administrativa	Farmácia	Falta de medicamento	3	CR
24/10/2017	UI	Farmácia	Falha na dispensação	3	CR
23/10/2017	UI	Farmácia	Falha na dispensação	3	CR
23/10/2017	UI-Dr Bruno	UI	Descumprimento de normas e rotinas	3	CR
30/10/2017	Centro cirúrgico	Ger. Administrativa/ Manutenção	Falha na comunicação	3	NC
25/10/2017	UI	UI – Dr Bruno	Descumprimento de normas e rotinas	3	NC
25/10/2017	UI	Farmácia	Falha na dispensação	3	NC
04/09/2017	UI	Anestesia	Assinatura dos termos	4	CR
11/09/2017	Centro cirúrgico	Dr Rodrigo Neves	Assinatura dos termos	4	NC
19/09/2017	Centro cirúrgico	Internação	Assinatura dos termos	4	NC

25/09/2017	Centro cirúrgico	UI	Assinatura dos termos	4	NC
02/10/2017	Dr Rodrigo Maia	Centro cirúrgico	Falha no processo	4	NC
01/10/2017	UI	Dr Paulo Tavares	Assinatura dos termos	4	NC
02/10/2017	Centro cirúrgico	Dr Rafael Tavares – Ortopedia	Assinatura dos termos	4	NC
02/10/2017	Centro cirúrgico	UI	Assinatura dos termos	4	NC
02/10/2017	Centro cirúrgico	UI	Assinatura dos termos	4	NC
02/10/2017	Centro cirúrgico	Dr Mateus Leite	Assinatura dos termos	4	NC
02/10/2017	Centro cirúrgico	UI	Assinatura dos termos	4	NC
17/10/2017	Centro cirúrgico	Dr Cassiano – Otomino	Ausência do 1º auxiliar	4	NC
19/10/2017	Centro cirúrgico	Dr Antônio Antunes – Obstetra	Ausência do 1º auxiliar	4	NC
19/10/2017	Centro cirúrgico	Dr Antônio Antunes – Obstetra	Ausência do 1º auxiliar	4	NC
19/10/2017	Centro cirúrgico	Dra Lucilene – Obstetra	Ausência do 1º auxiliar	4	NC
20/10/2017	Centro cirúrgico	Dr Antônio Antunes – Obstetra	Ausência do 1º auxiliar	4	NC
17/10/2017	Centro cirúrgico	Dra Jamille Bernardo – Obstetra	Ausência do 1º auxiliar	4	NC
17/10/2017	Centro cirúrgico	Dra Jamille Bernardo – Obstetra	Ausência do 1º auxiliar	4	NC
23/10/2017	Centro cirúrgico	Dr Ricardo – Ortopedia	Ausência do 1º auxiliar	4	NC
23/10/2017	Centro cirúrgico	Dr Mateus Leite	Ausência do 1º auxiliar	4	NC
23/10/2017	Centro cirúrgico	Dr Mateus Leite	Ausência do 1º auxiliar	4	NC
23/10/2017	Centro cirúrgico	Dr Paulo Tavares	Ausência do 1º auxiliar	4	NC
23/10/2017	Centro cirúrgico	Dr Mateus Leite	Ausência do 1º auxiliar	4	NC
23/10/2017	Centro cirúrgico	Anestesia	Descumprimento de normas e rotinas	4	CR
23/10/2017	Centro cirúrgico	Dr Ricardo – Ortopedia	Assinatura dos termos	4	NC
23/10/2017	Centro cirúrgico	Anestesia	Assinatura dos termos	4	NC
23/10/2017	Centro cirúrgico	UI	Assinatura dos termos	4	NC

23/10/2017	Centro cirúrgico	Dr Adenilson Lopes	Ausência do 1º auxiliar	4	NC
25/10/2017	Centro cirúrgico	Dr Jamile	Ausência do 1º auxiliar	4	NC
24/10/2017	Centro cirúrgico	Dr Jamile	Ausência do 1º auxiliar	4	NC
24/10/2017	Centro cirúrgico	Dr Jamile	Ausência do 1º auxiliar	4	NC
24/10/2017	Centro cirúrgico	Dr Jamile	Ausência do 1º auxiliar	4	NC
25/10/2017	Centro cirúrgico	Dr Jamile	Ausência do 1º auxiliar	4	NC
19/10/2017	Centro cirúrgico	Dr Alexandre Muza	Ausência do 1º auxiliar	4	NC
19/10/2017	Centro cirúrgico	Dr Alexandre Muza	Ausência do 1º auxiliar	4	NC
19/10/2017	Centro cirúrgico	Dr Alexandre Muza	Ausência do 1º auxiliar	4	NC
20/10/2017	Centro cirúrgico	Cirurgia geral	Descumprimento de normas e rotinas	4	NC
20/10/2017	Centro cirúrgico	Dr Lucilene Lima	Ausência do 1º auxiliar	4	NC
19/10/2017	Centro cirúrgico	Dr Alexandre Muza	Ausência do 1º auxiliar	4	NC
30/10/2017	Intimação	Urologia	Descumprimento de normas e rotinas	4	NC
25/10/2017	Intimação	Urologia	Descumprimento de normas e rotinas	4	NC
27/10/2017	Centro cirúrgico	Anestesia	Descumprimento de normas e rotinas	4	CR
29/10/2017	Centro cirúrgico	Dra Denise Vieira	Descumprimento de normas e rotinas	4	NC
29/08/2017	UTIneoped	UTIneoped – Dra Doris	Quebra de barreira	5	CR
02/10/2017	UI	Ger. Administrativa	Estrutura hospitalar	6	NC
10/10/2017	UI	Roupa	Falta de roupa	6	CR
12/10/2017	UI	Ger. Administrativa	Equipamento não funcionante	6	CR
12/10/2017	UI	Ger. Administrativa	Equipamento não funcionante	6	CR
22/09/2017	Centro cirúrgico	Dr. Mateus Leite	Descumprimento de fluxo	1 e 4	CR
20/09/2017	Emergência Adulto	Dr. Mateus Leite	Descumprimento de fluxo	2 e 3	NC
20/09/2017	Emergência Adulto	Dr. Mateus Leite	Descumprimento de fluxo	2 e 3	NC
23/10/2017	Supervisão	Ger. Enfermagem	Falha na comunicação	2 e 3	CR
25/09/2017	Emergência Adulto	UI	Falha na comunicação	6 e 2	ISD

Fonte: Tabela de Notificação de Ocorrências. CEMERU. Santa Cruz. 2017

Conclusão

Concluimos que a implementação da cultura de segurança do paciente em uma instituição de saúde que não conhece essa prática tem grandes desafios e quebras de paradigmas por parte dos profissionais. Para estimular a notificação de eventos adversos e notificações de ocorrência é necessário que o NSP (núcleo de segurança do paciente) mostre as equipes que não haverá punições ou advertências por conta das notificações.

É um grande desafio fazer com que os profissionais entendam a importância e necessidade desta prática, além de desmistificar o medo de ser punido por conta das notificações. E como observamos nesse trabalho desde a implementação do NSP, as notificações têm aumentado substancialmente a cada mês, onde temos pico de adesão substancial do mês de implementação (setembro/2017) para o mês seguinte (de 3 para 32 notificações = 1066%) e dobrou o quantitativo para o terceiro mês (de 32 para 69 notificações = 215,6%). Isso se dá por conta de um trabalho realizado pelo Serviço de Qualidade com os gestores de cada área, e do SEP (serviço de educação permanente) com a equipe assistencial, para que os mesmos incentivem e estimulem a notificação por todos os profissionais que atuam na ponta.

Referências

1. Feldman LB. O enfermeiro analista de risco institucional. Rev Bras Enferm, Brasília (DF) 2004 nov/dez;57(6):742-5.
2. Brasil. Hospitais que possuem núcleo de segurança do paciente. 2016 [citado em 05 de Novembro de 2017]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/1243-sas-raiz/dahu-raiz/dahu/seguranca-do-paciente/seguranca-do-paciente-12/28065-nucleo-de-seguranca-do-paciente>.
4. Anvisa, Implantação do núcleo de segurança do paciente em serviços de saúde. 2016 [citado em 05 de Novembro de 2017]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+6+-+Implanta%C3%A7%C3%A3o+do+N%C3%BAcleo+de+Seguran%C3%A7a+do+Paciente+em+Servi%C3%A7os+de+Sa%C3%BAde/cb237a40-ffd1-401f-b7fd-7371e495755c>.
5. Gomes SM; Aspectos, opiniões e destaques sobre segurança. A efetiva prevenção e reparação do dano cirúrgico: descompasso entre as diretrizes públicas de saúde para a segurança do paciente e a tendência jurisprudencial brasileira. 2012; 247.
6. Chizzotti A. Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais. 2003; (6):51-72.
7. Bardin L. L'Analyse de Contenu. 1977; (1).
8. Bardin L. Análise de Conteúdo. 2000; (70): 229.
9. ANS, Lista de hospitais que atendem os critérios de Qualidade. 2016 [citado em 04 de Novembro de 2017]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/qualidade-da-saude/3245-ans-divulga-lista-de-hospitais-que-atendem-criterios-de-qualidade>.
10. Milagres LM. Gestão de riscos para segurança do paciente: o enfermeiro e a notificação de eventos adversos. 2015 [citado em 04 de Novembro de 2017]. Disponível em: <http://www.ufjf.br/pgenfermagem/files/2010/05/Disserta%C3%A7%C3%A3o-Lidiane-Miranda-Milagres.pdf>.
11. PROQUALIS. A segurança do paciente. 2016 [citado em 05 de Novembro de 2017]. Disponível em: <https://proqualis.net/seguran%C3%A7a-do-paciente>.
12. ANVISA, Protocolo de prevenção de quedas. 2016 [citado em 04 de Novembro de 2017]. Disponível <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/prevencao-de-quedas>.
13. ANVISA, Protocolo de identificação do paciente. 2016 [citado em 05 de Novembro de 2017]. Disponível <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/identificacao-do-paciente>.
14. ANVISA, Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. 2016 [citado em 04 de Novembro de 2017]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos>.
15. ANVISA, Protocolo de Cirurgia segura. 2016 [citado em 04 de Novembro de 2017]. Disponível em: https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/protocolo-de-cirurgia-segura?category_id=176.
16. ANVISA, Protocolo de higienização das mãos. 2016 [citado em 03 de Novembro de 2017]. Disponível em: https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/higiene-das-maos?category_id=176.
17. ANVISA, Protocolo de prevenção de úlcera por pressão. 2016 [citado em 04 de Novembro de 2017]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/ulcera-por-pressao>.