

DOI: <https://doi.org/10.5585/rgss.v8i1.13680>

Data de recebimento: 09/10/2018

Data de Aceite: 02/03/2019

Editora Executiva: Lara Jansiski Motta

Editora Científica: Sonia Monken

## **PERCEPÇÃO DOS GESTORES QUANTO À ADERÊNCIA DE UM HOSPITAL PÚBLICO AO PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE (PNSP)**

**Geórgia Kerley da Silva<sup>1</sup>**  
**Márcia Cristina Zago Novaretti<sup>2</sup>**  
**Marcelo Caldeira Pedroso<sup>3</sup>**

### **RESUMO**

Falhas na segurança do paciente são uma prioridade em saúde global, pois estão associadas à morbidade, mortalidade e aumento dos custos hospitalares. Este trabalho avaliou a percepção de gestores quanto à aderência de um hospital público ao PNSP, fornecendo dados que poderão ser utilizados para reduzir falhas na assistência. Os dados foram coletados por meio de entrevistas estruturadas com 43 gestores do hospital utilizando a plataforma *Survey Monkey*<sup>®</sup>. As entrevistas demonstraram que a cultura de segurança do paciente não estava disseminada na Instituição. O incidente de segurança com dano é reconhecido por 71,2% dos gestores, comprometendo a identificação, notificação, investigação de falhas de segurança, bem como o planejamento e desenvolvimento de ações para sua correção e prevenção. Quando uma falha é identificada, em 21% dos casos não é notificada, e investigação e a divulgação de ações corretivas não são feitas em todos os casos. Concluiu-se que a aderência do hospital ao PNSP é incipiente. A existência de um núcleo de segurança do paciente no hospital não garante a notificação de todos os casos de falhas na segurança do paciente. Estratégias devem ser elaboradas para incrementar a cultura de segurança em hospitais, aumentar a notificação de eventos adversos e, com isso, aprimorar a assistência à saúde.

**Palavras-chave:** Gestão em Saúde. Segurança do Paciente. Hospital. Saúde Pública. Evento Adverso.

<sup>1</sup> Mestre em Gestão em Sistemas de Saúde – Universidade Nove de Julho – UNINOVE. São Paulo, SP – Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5131-5163> E-mail: [georgiakerley@gmail.com](mailto:georgiakerley@gmail.com).

<sup>2</sup> Doutora em Medicina (Hematologia) – Universidade Nove de Julho – UNINOVE. São Paulo, SP – Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4802-8446> E-mail: [mnovaretti@gmail.com](mailto:mnovaretti@gmail.com).

<sup>3</sup> Doutor em Medicina Preventiva – Universidade de São Paulo – USP. São Paulo, SP – Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2623-293X> E-mail: [mpedroso@usp.br](mailto:mpedroso@usp.br).



## PERCEPTION OF MANAGERS REGARDING THE ADHERENCE OF A PUBLIC HOSPITAL TO THE NATIONAL PATIENT SAFETY PROGRAM (NPS)

### ABSTRACT

Failures in patient safety are a global health priority, as they are associated with morbidity, mortality, and increased hospital costs. This study evaluated the perception of managers regarding the adherence of a public hospital to NPS, providing data that could be used to reduce service failure. Data were collected through structured interviews with 43 hospital managers using the Survey Monkey® platform. The interviews showed that the patient's safety culture was not widespread in the institutions. The security incident with damage is recognized by 71.2% of managers, compromising identification, notification and investigation of security flaws, as well as the planning and development of actions for their correction and prevention. When a fault is identified, in 21% of cases it is not notified, and investigation and disclosure of corrective actions are not made in all cases. It was concluded that the hospital's adherence to NPS is incipient. The existence of a patient safety core in hospital does not guarantee notification of all cases of patient safety failures. Strategies should be developed to increase safety culture in hospitals, increase reporting of adverse events, and thereby improve health care.

**Keywords:** Health Management. Patient Safety. Hospital. Public health. Adverse Event.

### Introdução

No Brasil, embora tenha havido avanços consideráveis com a criação de diversos programas na saúde (Mitre, Andrade, & Cotta, 2012), ainda existem questões a serem solucionadas, tais como a grande demanda na procura por serviços de saúde frente à escassez de oferta (Barbiani, Junges, Dalla Nora, & Asquidamini, 2014; Braga et al., 2016), além de problemas com custos e qualidade no atendimento (Silva, Silva, & Pereira, 2016a, 2016b), dentre outros.

No começo da atual década, verificou-se que as estratégias lançadas nos últimos vinte anos para tentar amenizar a superlotação nos hospitais brasileiros não foram suficientes. Isso é decorrente, em parte, da inexistência de uma adequada articulação dos sistemas de referência/contra referência e de equipamentos de atenção primária, não obstante programas de saúde para as doenças mais prevalentes no Brasil tenham sido publicados pelo Governo Federal (Paim, Travassos, Almeida, Bahia, & Macinko, 2011).

Atualmente o sistema de saúde brasileiro vem enfrentando um conjunto de desafios, dentre eles: a alta demanda recebida, especialmente em decorrência do envelhecimento proporcional da população, da modificação dos padrões de morbimortalidade, o aumento dos custos de saúde, particularmente associado aos avanços tecnológicos e fatores socioeconômicos culturais relativos ao consumo de produtos médicos (7). Concomitante a estas dificuldades, existem outras, recorrentes e polêmicas, que acarretam tanto prejuízo financeiro às organizações de saúde, quanto perdas relacionadas diretamente ao estado de saúde do paciente, como por exemplo, as falhas decorrentes da assistência prestada (Cavalcante, Rocha, Nogueira, Avelino, & da Rocha, 2015).



Nesse sentido, um dos principais desafios observado em muitos hospitais brasileiros se refere a modelos de gestão envolvidos por uma cultura médica que, tradicionalmente, considera o profissional médico como o centro do processo na assistência ao paciente. Este modelo geralmente apresenta falta de definição sistematizada de rotinas e procedimentos, e corrobora para que a ocorrência de erros nos processos de atenção que poderiam ser evitados na maioria dos casos, dificultando, portanto, a implantação de processos seguros (Waldman, Traverzin, & Novaretti, 2015).

A dificuldade em se implantar rotinas no âmbito de processos assistenciais, além de incompreensão sobre o erro, pode provocar no profissional de saúde transtornos psicológicos. Isso ocorre em razão da forte cultura punitiva ainda existente em algumas organizações de saúde. Enquanto que, para as organizações, a manutenção do erro pode acarretar consequências médico-legais, e até mesmo prejuízos financeiros (Duarte, Stipp, Silva, & Oliveira, 2015).

Outro aspecto a ser considerado na análise de falhas da segurança do paciente foi apontado já no final da década de 1990 pelo relatório do *Institute of Medicine* (Kohn, Corrigan, & Donaldson, 1999), referindo-se aos custos resultantes de doenças iatrogênicas. Nos EUA, este custo foi estimado em até 29 bilhões de dólares anuais. Na Europa, o custo estimado foi de 2 bilhões de libras anuais, sendo que o custo anual reportado com indenizações resultantes de ações judiciais devido a falhas na segurança do paciente chegou a 400 milhões de libras (Kohn et al., 1999).

A instituição hospitalar que busca aprimorar as atividades envolvidas na segurança do paciente deve ter a compreensão da complexidade das organizações de saúde. Isso implica em deixar claro quais atitudes serão suportadas, recompensadas e esperadas da equipe assistencial no tratamento com o paciente, bem como em planejar estratégias e aperfeiçoar seus processos para o alcance da efetividade, qualidade e segurança de seus serviços (Paese & Sasso, 2013).

No Brasil, um exemplo da relevância do tema segurança do paciente foi demonstrado em um estudo transversal publicado em 2013 em um hospital da região centro-oeste do país, que analisou 750 internações em uma clínica cirúrgica. Este estudo concluiu que cerca de 82% dos pacientes foram expostos a pelo menos uma falha na segurança, todavia sem danos ao paciente (também chamado de incidente de segurança sem danos); e que 18,7% dos indivíduos avaliados estiveram expostos a um evento adverso (evento com dano ao paciente) (de Brito Paranaguá, Bezerra, de Camargo, & de Azevedo Filho, 2013).

No país, somente em 2013 é que foram instituídas ações específicas pelo Ministério da Saúde brasileiro para promover a segurança nos serviços de saúde, por meio do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Este tem como principais diretrizes a melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias voltadas à saúde, a disseminação sistemática da cultura de segurança, a articulação e a integração dos processos de gestão de risco, e a garantia de boas práticas de funcionamento do serviço de saúde. O PNSP também estabelece estratégias e ações de gestão de risco para a identificação do paciente, como por exemplo, a higienização das mãos, a segurança cirúrgica, os cuidados com a prescrição, o uso e a administração de medicamentos, entre outros (Ministério da Saúde, 2013).

Portanto, todas as organizações hospitalares no Brasil deveriam cumprir o que estabelece o PNSP e implantar uma cultura da segurança mediante o desenvolvimento de ações que evidenciem a segurança do paciente. Dentre estas ações, destacam-se: o adequado alinhamento das metas de segurança do paciente frente às metas financeiras e operacionais; adequados incentivos para a identificação da ocorrência de incidentes e, a partir disso, promoção do aprendizado organizacional (criando condições para que todos os gestores sejam responsáveis pela sua própria segurança, e pela segurança de seus colaboradores, pacientes e familiares); e disponibilização de recursos e estrutura para a manutenção efetiva da segurança do paciente (Ministério da Saúde, 2013).



Neste sentido, o presente trabalho se propõe a analisar o entendimento de gestores quanto à aderência de um hospital público localizado no município de São Paulo – SP às ações do PNSP. Especificamente, este trabalho objetiva evidenciar se estão sendo desenvolvidas ações pela instituição que aprimorem a segurança do paciente, bem como analisar os processos e procedimentos definidos para tal. Com base nos resultados observados, espera-se contribuir com a formulação de medidas que permitam mapear os processos relacionados aos protocolos de segurança, fornecendo condições para um gerenciamento mais efetivo e consequente melhoria na qualidade dos serviços prestados aos pacientes da instituição.

### **Objetivo**

Entender a percepção de gestores quanto à aderência de um hospital público do município de São Paulo às ações do Plano Nacional de Segurança do Paciente.

### **Método**

Para o desenvolvimento do presente trabalho, foi utilizado o método de pesquisa do estudo de caso único (Gil, 2010; Yin, 2015). Para tal, realizou-se uma pesquisa do tipo *survey* com coleta de dados em corte único e transversal, tomando por base um questionário com questões estruturadas. Esta escolha foi realizada com o intuito de coletar informações acerca da percepção de gestores quanto à aderência ou não do hospital às diretrizes do PNSP.

A unidade de análise é um hospital público, inaugurado em 1991, está situado em uma região carente em recursos de saúde do município de São Paulo - SP, atendendo uma população estimada em 758.000 habitantes, com núcleos populacionais formados em sua maioria por indivíduos de baixa renda (P. C. dos Santos, Silva, Chiaravalloti Neto, & Almeida, 2014).

O equipamento hospitalar tem capacidade para 229 leitos que são classificados como 192 leitos operacionais e 37 de apoio. Possui três salas cirúrgicas e três salas de parto, sendo duas salas para partos normais e outra para partos cesárea. A instituição é considerada um hospital geral tipo “porta aberta” (isto é, atende à demanda espontânea), com uma média mensal de 31.339 pacientes atendidos no pronto socorro adulto, e 5.700 pacientes no pronto socorro pediátrico (segundo em dados internos da instituição relativos ao ano de 2015). Apresenta uma média de internações de 900 pacientes/mês, e realiza, em média, 200 cirurgias e 200 partos mensais.

O hospital é composto por seis clínicas: clínica médica, cirúrgica, UTI Adulto e neonatal e pediatria, obstetrícia e psiquiatria. Dispõe de serviços de diagnóstico por imagem, medicina física e reabilitação, banco de sangue, ouvidoria, nutrição e dietética. Segundo dados de 2015, a equipe de trabalho é formada por 1.256 colaboradores, distribuída em áreas multidisciplinares. Destes, 247 são médicos (224 servidores e 23 terceirizados), 478 fazem parte da equipe de enfermagem, 145 são da área administrativa, 144 são prestadores de serviços de empresas terceirizadas, exercendo suas funções relacionadas à higiene e limpeza, portaria, segurança, recepção do pronto-socorro e visitas e entrega motorizada de documentos.

Embora haja a preocupação da unidade hospitalar em oferecer serviços de qualidade, a unidade de pesquisa participante deste estudo tem enfrentado problemas financeiros e de alta demanda, devido à escassez dos serviços de saúde na região. Isso, por sua vez, compromete os serviços oferecidos, gerando inclusive, manifestações negativas por parte de alguns de seus usuários (Dias, 2015).

Para a coleta de dados, foi utilizado como critério o fato de que a cultura organizacional se dissemina com a participação efetiva de seus gestores (S. G. Cruz & Ferreira, 2015), e consequentemente, prioridades organizacionais são, por vezes, por eles definidas. Dessa forma, foram responderam ao questionário os diretores e supervisores da área assistencial e





responsáveis de áreas administrativas. Todos os participantes desta pesquisa foram informados sobre a finalidade do estudo, e a não obrigatoriedade de participação. Os que concordaram em participar desta pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que foi apresentado a cada um.

O roteiro do questionário foi elaborado com 45 questões, baseadas e agrupadas de acordo com os seis protocolos de segurança do paciente instituídos pelo PNSP (Nunes, Guerra, da Silva Dehoul, & Maior, 2016). O objetivo do questionário foi analisar a percepção dos gestores da organização hospitalar quanto à segurança do paciente, e quais ações estavam sendo desenvolvidas de acordo com o PNSP, além de fornecer informações para mapear possíveis falhas junto a estes processos. As perguntas de 1 a 6 tiveram foco na questão sociodemográfica dos participantes (sexo, idade, tempo de trabalho e ocupação no cargo, nível de escolaridade e formação); as questões de 7 a 18 envolveram o tema segurança do paciente e visavam verificar se o tema será conhecido pelo entrevistado; se havia algum tipo de divulgação e/ou trabalho sendo realizado sobre o tema; as questões de 19 a 27 estavam embasadas no protocolo de identificação do paciente, e visavam identificar se o gestor conhecia processos que envolviam a sua correta identificação, e que preveniam a ocorrência de erros e enganos decorrentes de sua falta; as perguntas de 28 a 30 foram realizadas com base no protocolo de higienização das mãos, e visavam identificar se o gestor compreendia os procedimentos de higiene desenvolvidos junto aos colaboradores e pacientes da instituição; as questões de 31 a 35 visavam identificar se na unidade estavam implantados processos que envolviam procedimentos cirúrgicos que assegurassem ao paciente o que prima o protocolo de cirurgia segura: procedimentos em local e paciente correto; as questões de 36 e 37 objetivavam conhecer se havia a promoção da prática segura no uso de medicamentos; as questões de 38 a 42 visavam apurar se na Unidade existiam medidas que promoviam um ambiente seguro aos pacientes, com o gerenciamento de risco de quedas; as perguntas de 43 a 45 tinham a finalidade de verificar se existiam na Unidade processos que envolviam a prevenção da úlcera por pressão. A coleta de dados foi realizada por meio da plataforma eletrônica *online Survey Monkey*<sup>®</sup>.

O roteiro incluiu questões que foram avaliadas a partir da escala tipo *Likert*, categorizadas por meio de grau de concordância e frequência relativa de comportamento. A análise de cada questão foi estimada com base no percentual de respostas, onde os valores percentuais mais altos ou mais baixos indicaram percepções positivas ou negativas relacionadas àquele item (Allen & Seaman, 2007).

O projeto que originou este trabalho foi preliminarmente submetido, por meio da Plataforma Brasil, à Comissão de Ética e Ensino da Universidade executora sob o CAAE n.º 59155316.0.0000.5511, e aprovado conforme parecer consubstanciado n.º 1.781.530, por atender aos preceitos da Resolução n.º 466 de 12 de dezembro de 2012, que define os aspectos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos.

## Resultados e Discussão

Dos profissionais convidados, todos aceitaram participar da pesquisa, correspondendo a 43 participantes. A tabela 1 apresenta as características demográficas dos participantes deste estudo, onde pode-se verificar que a maioria dos entrevistados pertence à área assistencial (58,14%), é do sexo feminino (72,42%), e tem especialização completa ou Pós-Graduação *Stricto sensu* em andamento ou finalizada (67,3%). Quanto à idade, 21 (48,84%) tinham 50 anos ou mais. Foi possível verificar também que os profissionais trabalhavam, em sua maior parte (76,80%), há mais de 10 anos na instituição hospitalar, e que 24 (55,80%) estavam há mais de 10 anos ocupando o cargo de atuação.



**Tabela 1** – Distribuição dos participantes (n=43) segundo características demográficas.

Variável	Características	N	%
Formação	Enfermeiro	16	37,21
	Médico	9	20,93
	Outros*	18	41,86
Sexo	Feminino	32	74,4
	Masculino	11	25,6
Idade	Menos que 29	1	2,33
	De 30 a 39	3	6,98
	De 40 a 49	18	41,86
	De 50 a 59	20	46,51
	Mais que 60	1	2,33
Nível de Escolaridade	Ensino médio completo	5	11,64
	Superior Completo	8	18,6
	Especialização em Andamento	1	2,33
	Especialização completa	1	58,11
	Mestrado em Andamento	1	2,33
	Mestrado completo	1	2,33
	Doutorado em andamento	0	0
	Doutorado Completo	1	2,33
Pós-doutorado	1	2,33	

\*outros= administrador, psicólogo, oficial administrativo, fonoaudiólogo, farmacêutico, assistente social, biólogo, fisioterapeuta, arquiteto, psicopedagogo, nutricionista, advogado.

Fonte: Os autores

Ao analisar o conhecimento sobre segurança do paciente entre os gestores, observou-se que não existia uniformidade nas respostas, indicando que o PNSP, mesmo com um núcleo de segurança instalado fisicamente no hospital, ainda não conseguiu disseminar entre esses profissionais os elementos fundamentais relacionados ao tema (tabela 2). Também foi possível extrapolar que, provavelmente, os participantes desta pesquisa não tiveram acesso ao tema segurança do paciente durante sua formação educacional e/ou complementar, visto que este tema é relativamente recente, e que o PNSP foi publicado apenas em 2013, influenciando também os achados relacionados ao pequeno conhecimento sobre o assunto entre os entrevistados.



**Tabela 2** – Distribuição das respostas dos gestores do hospital participante do estudo quanto ao seu conhecimento sobre segurança do paciente.

Pergunta	Profissional			(n) Total Respostas	(%) Total Respostas
	Médico	Enfermeiro	Outros		
<b>Você conhece segurança do paciente</b>					
Discordo totalmente	0	0	1	1	2,33%
Discordo	0	0	1	1	2,33%
Nem discordo nem concordo	2	0	4	6	13,95%
Concordo	3	14	7	24	55,81%
Concordo totalmente	4	2	5	11	25,58%
<b>Total de Respondentes</b>	<b>9</b>	<b>16</b>	<b>18</b>	<b>43</b>	<b>100</b>
<b>Você conhece o Plano Nacional de Segurança do Paciente</b>					
Discordo totalmente	1	0	2	3	7,0%
Discordo	0	0	1	1	2,3%
Nem discordo nem concordo	2	1	6	9	20,9%
Concordo	3	14	5	22	51,2%
Concordo totalmente	3	1	4	8	18,6%
<b>Total de Respondentes</b>	<b>9</b>	<b>16</b>	<b>18</b>	<b>43</b>	<b>100</b>
<b>No hospital pesquisado desenvolvem ações sobre segurança do paciente</b>					
Discordo	0	3	0	3	7.0%
Nem discordo nem concordo	4	2	4	10	23.3%
Concordo	4	10	12	26	60.5%
Concordo totalmente	1	0	2	3	7.0%
<b>Total de Respondentes</b>	<b>9</b>	<b>16</b>	<b>18</b>	<b>43</b>	<b>100</b>
<b>Houve visita da gestão de risco do hospital participante a cada área dos gestores para explanar sobre segurança do paciente</b>					
Discordo totalmente	0	1	4	5	11,6%
Discordo	2	6	5	13	30,2%
Nem discordo nem concordo	1	2	3	6	14%
Concordo	5	6	6	17	39,5%
Concordo totalmente	1	1	0	2	4,7%
<b>Total de Respondentes</b>	<b>9</b>	<b>16</b>	<b>18</b>	<b>43</b>	<b>100</b>

Fonte: Os autores

Na tabela 3 observa-se que o evento adverso é o tipo de incidente mais reconhecido como incidente de segurança (71,2%). Além do mais, outros tipos de incidentes foram identificados por uma parcela reduzida dos respondentes como incidentes de segurança do paciente em geral. Estes dados permitem concluir que há subnotificação de incidentes de segurança no hospital pesquisado, uma vez que os gestores não foram capazes de identificá-los



em sua totalidade. O padrão de respostas encontrado permite interpretar que há prejuízo para o planejamento e desenvolvimento de estratégias para reduzir /evitar incidentes de segurança do paciente no hospital em análise.

**Tabela 3** – Distribuição das respostas dos gestores quanto ao conhecimento sobre os tipos dos incidentes de segurança do paciente, conforme OMS (2009)\*

Opções de respostas	Médico	Enfermeiro	Outros	N Total de Respostas	% Total de Respostas
Evento adverso (causa dano ao paciente)	7	10	14	31	72,1%
Quase erro	2	8	9	19	44,2%
Ocorrência comunicável	5	8	10	23	53,5%
Incidente sem danos	5	12	8	25	8,1%
Outro	0	0	0	0	0%
Não sabe	1	0	2	3	7,0%
<b>Total de Respondentes</b>	<b>9</b>	<b>16</b>	<b>18</b>	<b>43</b>	<b>100</b>

\* A frequência é superior a 100%, pois cada participante pode assinalar mais de uma alternativa.

Fonte: Os autores

Essa falha conceitual entre os gestores quanto à segurança do paciente e ao PNSP, parece ter influenciado as respostas encontradas quanto à notificação frequente/sempre de uma ocorrência comunicável (49,5%). Do mesmo modo, houve baixa notificação frequente/sempre de incidentes de segurança tipo “quase evento” (34,9%), e de incidente sem danos (30,3%), (tabela4).

**Tabela 4** – Distribuição das respostas dos gestores quanto à falha na segurança do paciente

Notificação de falha Percebida e corrigida antes de afetar o paciente	Médico	Enfermeiro	Outros	N	%
Nunca	1	0	3	4	9,3%
Raramente	4	3	2	9	20,9%
Às vezes	1	3	3	7	16,3%
Quase sempre	2	8	3	13	30,2%
Sempre	0	2	2	4	9,3%
Não sabe	1	0	5	6	14%
<b>Total de Respondentes</b>	<b>9</b>	<b>16</b>	<b>18</b>	<b>43</b>	<b>100</b>
Notificação de falha quando não há risco de dano ao paciente	Médico	Enfermeiro	Outros	N	%
Nunca	1	0	2	3	7%
Raramente	4	3	1	8	18,6%
Às vezes	1	4	6	11	25,6%
Quase sempre	2	7	2	11	25,6%
Sempre	0	2	2	4	9,3%
Não sabe	1	0	5	6	14%
<b>Total de Respondentes</b>	<b>9</b>	<b>16</b>	<b>18</b>	<b>43</b>	<b>100</b>
Investigação da falha notificada	Médico	Enfermeiro	Outros	N	%
Nunca	0	0	0	0	0%
Raramente	2	2	1	5	11,6%
Às vezes	0	6	5	11	25,6%
Quase sempre	3	2	1	6	14%
Sempre	3	6	8	17	39,5%
Não sabe	1	0	3	4	9,3%
<b>Total de Respondentes</b>	<b>9</b>	<b>16</b>	<b>18</b>	<b>43</b>	<b>100</b>

Fonte: Os autores





Na tabela 4, os gestores relatam que uma falha na segurança do paciente é investigada na maioria das vezes quando notificada 23 (53,5%), porém não regularmente para 16 (37,2%) dos entrevistados.

**Tabela 5** - Distribuição das respostas dos gestores em relação às medidas que são implementadas para evitar que reincidência de falhas na segurança de pacientes no hospital pesquisado.

Opções de respostas	Médico	Enfermeiro	Outros	N Total Respostas	% Total Respostas
Treinamento do(s) colaborador(res) envolvido(s)	5	10	12	27	62,8%
Punição do(s) colaborador(es) envolvido(s)	0	3	0	3	7%
Demissão do(s) colaborador(res) envolvido(s)	0	0	0	0	0%
Transferência de turno / área do(s) colaborador(es) envolvido(s)	1	1	0	2	4,7%
Punição, treinamento / retreinamento do(s) colaborador(es) envolvido(s)	1	3	2	6	14%
A unidade onde você trabalha não documenta falhas	1	1	2	4	9,3%
Outras	5	1	6	12	27,9%

\*A somatória é superior a 100%, porque mais de uma resposta pôde ser assinalada.

Fonte: Os autores

Averiguou-se ainda que, uma vez ocorrida a falha na segurança do paciente, o treinamento é a medida mais frequentemente utilizada. Entretanto, a punição (25,7%) persiste como um desafio a ser enfrentado para disseminação da cultura da segurança do paciente. Estes achados são similares ao reportado por autores que mencionam o medo de punição entre os colaboradores, como em um estudo realizado na cidade de Teresina – Piauí, em um serviço de pronto atendimento de um hospital privado, que avaliou a atitude dos profissionais frente à segurança do paciente. O referido estudo concluiu que a existência de uma cultura punitiva, relacionada à baixa adesão de enfermeiros no tocante à notificação de falhas (35,5%), levava à percepção de que estas seriam utilizadas para puni-los (80%). Mais uma vez, assim como apontado nesta pesquisa, os profissionais envolvidos no processo de cuidado são resistentes no tocante à notificação de falhas, especialmente devido ao receio de sofrerem represálias por parte de seus gestores (12).

Quanto ao processo de identificação do paciente, os resultados desta pesquisa demonstraram que, 51,1% dos gestores afirmam que há colocação de etiquetas e pulseiras nos pacientes, 20,9% responderam que não e 27,9% não sabem, fazendo com que ainda ocorram erros e incorreções, que por sua vez podem afetar diretamente a segurança do paciente. Nossos resultados são semelhantes ao descrito em outros hospitais brasileiros. Por exemplo, em um estudo observacional realizado em 2015 no Hospital Municipal Souza Aguiar, localizado na cidade do Rio de Janeiro – RJ, concluiu-se que apenas 62,6% dos pacientes que haviam sido internados estavam com a pulseira de identificação corretamente preenchida, permitindo aos



autores concluir que a prática assistencial que envolve a segurança do paciente naquele hospital ainda necessita de um envolvimento maior tanto da equipe multiprofissional quanto multidisciplinar, visto que somente uma classe dos profissionais estava envolvida no processo de identificação (Nunes et al., 2016).

Um relato de caso publicado em 2016, realizado em duas unidades cirúrgicas que recebem tanto pacientes de convênios quanto particulares, e que apresentou como principal objetivo identificar a taxa de adesão ao processo de identificação desses pacientes, concluiu que a colocação das pulseiras de identificação ocorreu em 86% das admissões de internados, e que a orientação sobre a relevância de se identificar um paciente ocorreu apenas em cerca de 63% das unidades cirúrgicas. Nesse mesmo relato, a confirmação da identidade do paciente antes de procedimentos importantes, como por exemplo, a administração de medicamentos, hemocomponentes e coleta de exames, foi realizada apenas em 77% e 79% dos pacientes, respectivamente (Miralha et al., 2016).

Já em um estudo descritivo publicado em 2015, que buscou avaliar a implementação de um indicador que mensurasse a adesão de profissionais de saúde ao uso da pulseira de identificação de pacientes, realizado em um hospital universitário brasileiro, foi possível identificar que antes da implantação do indicador, a adesão dos profissionais à verificação da identidade do paciente atingia apenas cerca de 50% dos mesmos. No entanto, após ação educativa, a verificação da identidade passou a ser praticada por cerca de 72% a 81% dos profissionais, embora com o passar dos meses e com a inserção de novas medições na rotina, os índices de adesão tenham novamente diminuído para cerca de 65% dos profissionais. Neste sentido, uma nova rodada de atividades educativas foi realizada, elevando novamente o índice para aproximadamente 76% de adesão, e levando à conclusão de que a educação continuada é imprescindível para o sucesso da implementação de protocolos relacionados à segurança do paciente, e provando que indicadores de acompanhamento são fundamentais como estratégia para garantir a qualidade de realização do processo (Hemesath et al., 2015).

Segundo Tase, Lourenção, Bianchini, & Tronchin (Tase, Lourenção, Bianchini, Tronchin, & others, 2013), o processo de identificação do paciente é essencial para garantir a segurança e a qualidade da assistência nas instituições de saúde. O emprego de pulseira para identificação deve ser uma prática usual. Contudo, fatores culturais, organizacionais, materiais e humanos concorrem para sua não conformidade, induzindo a erros ou acarretando eventos adversos. A identificação do paciente por meio de pulseira é uma prática recomendada internacionalmente, embora ainda existam lacunas no que tange à instituição de protocolos, a sua execução efetiva, e a avaliação do processo para subsidiar ações gerenciais e assistenciais.

Quanto ao protocolo de higienização das mãos, mesmo tendo apresentando considerável aderência (83,7%), não é uma rotina adotada por 100% dos participantes, infringindo mais uma vez o disposto no PNSP, que preconiza que todos os serviços de saúde, em qualquer nível de complexidade, deverão ter o referido protocolo em ação (Ministério da Saúde, Fiocruz, Anvisa, 2014). Contudo, esta é uma medida que, embora pareça de fácil resolução, nem sempre é atendida, conforme já demonstrado em outras pesquisas. Por exemplo, em um estudo realizado na UTI de um hospital de Porto Alegre - RS envolvendo 446 observações relacionadas ao cuidado com o paciente, foi verificado que houve uma taxa de adesão ao protocolo de higienização de apenas 43,7% dos profissionais, concluindo que a ação estava longe de alcançar os índices estabelecidos nas diretrizes nacionais e internacionais, sobretudo frente ao panorama atual, no qual a maioria dos hospitais está sujeito ao aumento de infecções por microrganismos multirresistentes (de Souza, Ramos, da Silva Becker, da Silva Meirelles, & Monteiro, 2015).

Já um estudo descritivo-exploratório realizado em um hospital do Estado de São Paulo, cujo objetivo foi verificar a frequência e infraestrutura para a higienização das mãos, concluiu-se que, das 1206 oportunidades avaliadas, nas quais os profissionais deveriam ter higienizado



as mãos, apenas 39,9% efetivaram esta ação antes de prestar cuidado ao paciente, contrariando a avaliação positiva quanto à existência de infraestrutura para higiene das mãos existente no hospital (83,3%). No referido estudo, os autores salientaram ainda que em nenhuma das situações observadas foi utilizada solução alcoólica após a lavagem das mãos, o que por si só aumenta a preocupação quanto à segurança do paciente (T. C. R. dos Santos, Roseira, Piai-Morais, & de Figueiredo, 2014).

Em um estudo analítico realizado no ano de 2016 em um hospital público de ensino localizado na região noroeste do Paraná, cujo objetivo foi avaliar o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre a correta higienização das mãos, concluiu-se que cerca de 86% dos investigados não conheciam na íntegra as instruções para higienizar as mãos adequadamente (Derhun, de Souza, Costa, Inoue, & Matsuda, 2016), do que se depreende que a existência de protocolos não garante a correta execução dos mesmos.

Quanto ao protocolo de cirurgia segura, 46,5% dos gestores não sabem se está implantado e para 25,6% não está, o que vai de encontro ao que preconiza o PNSP, visto que esta é uma rotina imprescindível para reduzir a ocorrência de EAs, incidentes, e mortalidade cirúrgica, devendo fazer parte da rotina de todas as instituições de saúde que realizam procedimentos envolvendo incisão no corpo humano. Os eventos adversos oriundos do não cumprimento do protocolo de cirurgia segura são considerados passíveis de prevenção. Tais eventos podem acarretar graves consequências ao paciente, como por exemplo, amputação de membro errado (Ministério da Saúde, Fiocruz, Anvisa, 2014). Os preocupantes e alarmantes dados relacionados a esta temática ocorrem em diversos hospitais do Brasil. Por exemplo, um estudo transversal realizado em um hospital de ensino de Natal - RN verificou que, das 375 cirurgias revisadas, o *checklist* havia sido realizado em apenas 61% delas, e que em somente 4% os relatórios haviam sido totalmente preenchidos, sugerindo a necessidade de aprimoramento das estratégias que visem elevar a qualidade nos procedimentos cirúrgicos na unidade pesquisada (Freitas et al., 2014).

Um estudo realizado em um hospital privado de Porto Alegre - RS, cujo objetivo foi verificar a adesão da equipe cirúrgica ao protocolo de cirurgia segura, constatou-se que 81% dos profissionais realizavam a marcação da lateralidade previamente. No entanto, embora 98% dos profissionais achassem importante a marcação da lateralidade, somente 15% davam continuidade ao processo confirmando a lateralidade no sítio cirúrgico. Como sugestão, os autores ressaltaram a importância da criação de programas de conscientização das equipes por meio de educação continuada (C. M. dos Santos, Caregnato, & Moraes, 2013).

Em uma pesquisa documental realizada em 2013 em um hospital da região do sul do Brasil, com uma amostra de 257 *checklists* de cirurgias ortopédicas, e que analisou 12.629 itens relativos à segurança cirúrgica, foi possível verificar que aproximadamente 99% dos itens do *checklist* não evidenciavam a garantia de elementos de segurança relativos ao local cirúrgico. Ainda, nem todos os objetivos do protocolo de cirurgia segura eram alcançados, o que por sua vez gerava potenciais riscos cirúrgicos, exigindo, portanto, ações de treinamento para adequação do pessoal envolvido com a assistência (Amaya, Maziero, Grittem, & Cruz, 2015).

Em relação à prescrição segura de medicamentos, verificou-se na presente pesquisa que 15,0% dos gestores não implantaram e 34,9% desconhecem o assunto, permitindo concluir que na unidade hospitalar estudada o referido protocolo ainda não está implantado integralmente, o que pode acarretar diversos erros com sérias consequências aos pacientes. Resultado semelhante foi observado em um estudo realizado no interior do Estado de São Paulo, onde foi constatado que das 180 doses de medicamentos preparadas e observadas, 125 apresentavam pelo menos um erro de diluição. Ainda, o referido estudo verificou que não havia nenhuma forma de monitoramentos desses erros, além de o fato de que os profissionais envolvidos não souberam identificar tais erros, o que por sua vez pode comprometer gravemente a eficácia da terapia medicamentosa (Marini, Pinheiro, & Rocha, 2016).



Em uma revisão bibliográfica realizada com o objetivo de identificar, em meio às práticas de enfermagem, as causas para a ocorrência de eventos adversos relacionados à administração de medicamentos, os autores concluíram que a segurança do paciente fica comprometida desde a prescrição médica, quando então podem ser identificadas diversas inconsistências, como por exemplo, dados incompletos e/ou abreviaturas não padronizadas de medicamentos, além de falhas na comunicação entre as equipes envolvidas no processo de administração de medicamentos, indicando que o implemento de processos eficazes norteado pelo que preconiza o PNSP se mostra essencial para garantir a segurança do paciente (D. S. dos Santos et al., 2014).

Quanto ao protocolo de prevenção de quedas, 20,9% dos gestores desconhecem o tema e para 4,7% o protocolo não está implantado, constatando-se que a Instituição não adota medidas suficientes para cumprir o que preconiza o protocolo do PNSP. Vale ressaltar que essa não é uma realidade somente do hospital estudado. Em estudo conduzido com o intuito de investigar a percepção de 127 idosos com relação ao evento de queda intra-hospitalar, realizado em um hospital de ensino de Curitiba – PR, apontou-se que cerca de 55% dos entrevistados relataram a inexistência do referido risco, enquanto aproximadamente 62% da amostra referiu não ter recebido orientações para prevenção de quedas. O estudo ainda relata que 7% dos entrevistados experimentaram ao menos um episódio de queda durante a internação. Por fim, os autores do estudo concluíram que o estímulo para que a equipe multidisciplinar adote estratégias para aumentar a segurança do paciente é essencial, somando-se a isso a necessidade de conscientizar o paciente que ele deve participar ativamente deste processo (Vaccari, Lenardt, Betioli, & Andrade, 2016).

Os resultados abrangendo o protocolo de úlceras por pressão (UPP) demonstraram que este é conhecido pela maior parte dos gestores 83,7% embora não em sua totalidade. Este achado corrobora um estudo realizado no Piauí, onde os respondentes conheciam os fatores de risco de se desenvolver a UPP, embora na rotina o protocolo não fosse atendido por completo (Vieira, Oliveira, Ribeiro, Luz, & Araújo, 2016), assim como também corrobora os resultados de outro estudo, desta vez realizado no Estado de Pernambuco, onde também se chegou à conclusão de que nem todos os envolvidos na pesquisa conheciam o protocolo de prevenção de UPP, e aqueles que conheciam não o empregavam com frequência (N. M. Cruz et al., 2015).

Em suma, este estudo demonstrou que a aderência do hospital avaliado ao PNSP é incipiente e, em parte, explicada pela falta de medidas educativas continuadas para discutir o assunto entre gestores e a gestão de risco. Também, é possível inferir que há subnotificação dos diferentes tipos de incidentes de segurança e, tendo em vista que a maioria dos eventos adversos de segurança do paciente é considerada evitável, ocorre um aumento desnecessário de dias de internação e, conseqüentemente, dos custos hospitalares (Novaretti, de Vasconcelos Santos, Quitério, & Daud-Gallotti, 2014), ainda que esses últimos não tenham sido objeto deste estudo. Por fim, entende-se que a situação atual da instituição no tocante à adesão ao PNSP pode contribuir sobremaneira para uma menor eficiência na assistência prestada.

## Conclusão

Quando uma organização consegue se planejar e se organizar por processos, ela consegue definir as responsabilidades e as etapas críticas daquele processo, e isso independe do ramo da instituição, visto que todas as organizações perseguem o mesmo: a excelência em seu desempenho e em resultados.

O hospital pesquisado não possuía processos definidos e, portanto, surgiram dúvidas e inconsistências a respeito de vários procedimentos. Neste sentido, sugere-se que algumas medidas sejam adotadas, dentre elas, mapear os processos que envolvem os protocolos de segurança do paciente, e aplicá-los observando suas diretrizes. Para tanto, a gestão adequada de





processos facilitará a execução de tarefas, evitando o retrabalho e excluindo etapas sem propósitos definidos.

O monitoramento contínuo dos processos desenvolvidos, e a mensuração por meio de indicadores já indicados nos próprios protocolos do PNSP, são medidas que poderão ser tomadas para se atingir o objetivo comum: a segurança do paciente.

Também se mostra essencial que haja, além da padronização de tarefas e implantação de processos, a melhoria na comunicação entre os profissionais e uma comissão permanente e ativa que trabalhe em prol da segurança do paciente.

Um plano de educação continuada e de rastreamento não somente de eventos adversos, mas também de outros tipos de incidentes de segurança, deve ser motivo de oficinas de gestores e de colaboradores, visando sua efetiva implantação.

Como principais limitações deste trabalho, considera-se que os resultados de pesquisas que envolvem uma única instituição participante não são totalmente replicados em outras organizações congêneres. Entretanto, como o hospital participante deste estudo tem características de infraestrutura, de pessoal e de gestão semelhantes a outras unidades no Estado de São Paulo, pode-se inferir que os resultados aqui apresentados possam refletir a condição de outros hospitais com porte e características similares. Pesquisas posteriores em instituições similares poderiam verificar essa questão.

À luz dos resultados encontrados, segue como proposta para pesquisas futuras, ampliação desta investigação em outras unidades hospitalares, inclusive de portes diferentes, para verificar se os achados do presente estudo se repetirão quando avaliados em maior escala e em hospitais de diferentes níveis de complexidade. Além do mais, uma nova avaliação dos itens considerados essenciais à segurança do paciente aqui apresentados, após a aplicação dos protocolos citados, poderá confirmar ou não a eficácia dos mesmos.

## Referências

- Allen, I. E., & Seaman, C. A. (2007). Likert scales and data analyses. *Quality progress*, 40(7), 64.
- Amaya, M. R., Maziero, E. C. S., Grittem, L., & Cruz, E. D. de A. (2015). Analysis of the registration and content of surgical safety checklists. *Escola Anna Nery*, 19(2), 246–251.
- Barbiani, R., Junges, J. R., Dalla Nora, C. R., & Asquidamini, F. (2014). A produção científica sobre acesso no âmbito do Sistema Único de Saúde do Brasil: avanços, limites e desafios. *Saúde e Sociedade*, 23(3), 855–868.
- Braga, P. P., Sena, R. R., Seixas, C. T., Castro, E. A. B., Andrade, A. M., & Silva, Y. C. (2016). Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. *Ciênc Saúde Colet [Internet]*, 21(3), 903–12.
- Cavalcante, A. K. C. B., Rocha, R. C., Nogueira, L. T., Avelino, F. V. S. D., & da Rocha, S. S. (2015). Cuidado seguro ao paciente: contribuições da enfermagem. *Revista Cubana de Enfermería*, 31(4). Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubenf/cnf-2015/cnf154j.pdf>
- Cruz, N. M., Cruz, J. D. A., Carmo, A. de F. S., Moura, L. A., de Alencar Lubarino, D., & Brito, R. K. M. (2015). Prevenção de úlceras por pressão e segurança do paciente: percepções de enfermeiros em terapia intensiva. *Revista Contexto & Saúde*, 15(28), 62–66.





Cruz, S. G., & Ferreira, M. M. F. (2015). Percepção de cultura organizacional e de gestão do conhecimento em hospitais com diferentes modelos de gestão. *Revista de Enfermagem Referência*, (5), 75.

de Brito Paranaguá, T. T., Bezerra, A. L. Q., de Camargo, A. E. B., & de Azevedo Filho, S. F. M. (2013). Prevalência de incidentes sem dano e eventos adversos em uma clínica cirúrgica. *Acta Paul Enferm*, 26(3), 256–62.

de Souza, L. M., Ramos, M. F., da Silva Becker, E. S., da Silva Meirelles, L. C., & Monteiro, S. A. O. (2015). Adesão dos profissionais de terapia intensiva aos cinco momentos da higienização das mãos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36(4), 21–28.

Derhun, F. M., de Souza, V. S., Costa, M. A. R., Inoue, K. C., & Matsuda, L. M. (2016). Conhecimento de profissionais de enfermagem sobre higienização das mãos. *Cogitare Enfermagem*, 21(3). Recuperado de [https://www.researchgate.net/profile/Verusca\\_Souza2/publication/309368909\\_CONHECIMENTO\\_DE\\_PROFISSIONAIS\\_DE\\_ENFERMAGEM SOBRE\\_HIGIENIZACAO\\_DAS\\_MAOS/links/580e1a8108aebfb68a515911.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Verusca_Souza2/publication/309368909_CONHECIMENTO_DE_PROFISSIONAIS_DE_ENFERMAGEM SOBRE_HIGIENIZACAO_DAS_MAOS/links/580e1a8108aebfb68a515911.pdf)

Dias, T. O. S. (2015). *Avaliação das manifestações de usuários de um hospital público como ferramenta de gestão na busca pela melhoria da qualidade do atendimento*. Dissertação (Mestrado Profissional de Administração - Gestão em Sistemas de Saúde). Universidade Nove de Julho, São Paulo. Recuperado de <http://bibliotecatede.uninove.br/handle/tede/1199>

dos Santos, D. S., das Virgens Souza, O., Nascimento, A. L. S., dos Santos Pereira, J., Santos, M. J. C., Alves, M. C., ... de Soares, F. G. (2014). Segurança do paciente: fatores causais de eventos adversos a medicamentos pela equipe de enfermagem. *Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT*, 2(2), 19–30.

dos Santos, T. C. R., Roseira, C. E., Piai-Morais, T. H., & de Figueiredo, R. M. (2014). Higienização das mãos em ambiente hospitalar: uso de indicadores de conformidade. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 35(1), 70–77.

Duarte, S. da C. M., Stipp, M. A. C., Silva, M. M. da, & Oliveira, F. T. de. (2015). Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. *Rev. Bras. Enferm*, 68(1), 144–154.

Freitas, M. R. de, Antunes, A. G., Lopes, B. N. A., Fernandes, F. da C., Monte, L. de C., & Gama, Z. A. da S. (2014). Avaliação da adesão ao checklist de cirurgia segura da OMS em cirurgias urológicas e ginecológicas, em dois hospitais de ensino de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. *Cad. saúde pública*, 30(1), 137–148.

Gil, A. C. (2010). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas.

Hemesath, M. P., Santos, H. B. dos, Torelly, E. M. S., Motta, M. B., Pasin, S. S., & Magalhães, A. M. M. de. (2015). Avaliação e gestão da adesão dos profissionais à verificação da identificação do paciente. *Revista Acreditação. Rio de Janeiro. Vol. 5, n. 9 (2015), p. 45-54*. Recuperado de <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/131366>

Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (1999). *To Err is Human. Building a Safer Health System. Committee on Quality of Health Care in America. Washington, DC: Institute of Medicine*. Academy Press.



Marini, D. C., Pinheiro, J. T., & Rocha, C. S. (2016). Avaliação dos erros de diluição de medicamentos de administração intravenosa em ambiente hospitalar para o desenvolvimento de um guia de diluição e administração dos mesmos. *Infarma-Ciências Farmacêuticas*, 28(2), 81–89.

Ministério da Saúde. (2013). Diário Oficial da União. Portaria nº 529, de 01 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Recuperado de [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html)"2013.html

Ministério da Saúde, Fiocruz, Anvisa. (2014). Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília. Recuperado de [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_segura\\_nca.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_segura_nca.pdf)

Miralha, S. W. dos S., Nazareth, J. K., Santos, L. V. dos, Silva, K. S. da, Porto, S. G., & Wegner, W. (2016). Processo de identificação do paciente: reflexos para a segurança do paciente em unidades de internação cirúrgica. In *Anais - I Congresso Internacional da REBRAENSP*. Campinas: Rede brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente - REBRAENSP. Recuperado de <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/140742>

Mitre, S. M., Andrade, E. I. G., & Cotta, R. M. M. (2012). Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*, 17(8), 2071–85.

Novaretti, M. C. Z., de Vasconcelos Santos, E., Quitério, L. M., & Daud-Gallotti, R. M. (2014). Nursing workload and occurrence of incidents and adverse events in ICU patients. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(5), 692.

Nunes, C. F., Guerra, T. de R. B., da Silva Dehoul, M., & Maior, M. C. G. S. (2016). Segurança do paciente em uma grande emergência do SUS: como assegurar a prática? *Academus Revista Científica da Saúde*, 1(1). Recuperado de <http://smsrio.org/revista/index.php/reva/article/view/144>

Paese, F., & Sasso, G. T. M. D. S. (2013). Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. *Texto & Contexto Enfermagem*, 22(2). Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a05>

Paim, J., Travassos, C., Almeida, C., Bahia, L., & Macinko, J. (2011). The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*, 377(9779), 1778–1797.

Santos, C. M. dos, Caregnato, R. C. A., & Moraes, C. dos S. (2013). Equipe cirúrgica: adesão à meta 1 da cirurgia segura. *Rev. SOBECC*, 18(4), 47–56.

Santos, P. C. dos, Silva, Z. P. da, Chiaravalloti Neto, F., & Almeida, M. F. de. (2014). Spatial analysis of live birth clusters in Unified Health System (SUS) and private hospitals in the municipality of São Paulo, Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(1), 235–244.

Silva, E. N. da, Silva, M. T., & Pereira, M. G. (2016a). Estudos de avaliação econômica em saúde: definição e aplicabilidade aos sistemas e serviços de saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 25(1), 205–207.



Silva, E. N. da, Silva, M. T., & Pereira, M. G. (2016b). Identificação, mensuração e valoração de custos em saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 25(2), 437–439.

Tase, T. H., Lourenção, D. C. de A., Bianchini, S. M., Tronchin, D. M. R., & others. (2013). Identificação do paciente nas organizações de saúde: uma reflexão emergente. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 34(3), 196–200.

Vaccari, É., Lenardt, M. H., Betioli, S. E., & Andrade, L. A. S. de. (2016). Segurança do paciente idoso e o evento queda no ambiente hospitalar. *Cogitare Enferm*, 21(5), 01–09.

Vieira, C. P. de B., Oliveira, E. W. F. de, Ribeiro, M. G. C., Luz, M. H. B. A., & Araújo, O. D. (2016). Ações preventivas em úlceras por pressão realizadas por enfermeiros na atenção básica. *Rev. Pesqui. Cuid. Fundam.(Online)*, 4447–4459.

Waldman, C. C. S., Traverzin, M. A. D. S., & Novaretti, M. C. (2015). Identificando falhas no agendamento de cirurgias eletivas: a experiência de um hospital público. *Revista Inovação, Projetos e Tecnologias*, 3(1), 1–16.

Yin, R. K. (2015). *Estudo de Caso - 5.Ed.: Planejamento e Métodos*. Porto Alegre: Bookman.