



## Auditoria de riscos em saúde: comparação entre cenários internacional e nacional

Health risk audit: comparison between international and national scenarios

Auditoría de riesgo de salud: comparación entre escenarios internacionales y nacionales

Natália de Azevedo Faccio Simionato<sup>1</sup>

### Resumo

A auditoria baseada em riscos (ABR) detecta riscos e auxilia a implementar estratégias para a segurança dos pacientes nas instituições de saúde, já que estão expostos a vários riscos neste ambiente. O objetivo deste trabalho foi analisar o impacto da ABR na atualidade e, também, comparar o contexto nacional com o internacional. Foi realizada revisão sistemática de literatura de publicações referentes a auditoria de riscos em saúde, a gestão de riscos e segurança do paciente em serviços de saúde, entre 2014 e 2018. Concluiu-se que nos estudos estrangeiros o gerenciamento e a ABR já são parte de políticas administrativas institucionais sistêmicas, onde setores assistenciais e administrativos trabalham em conjunto para elaborar diretrizes, treinamentos e sistemas digitais que reduzam erros e más práticas. No cenário nacional, nota-se

ainda a falta de compreensão quanto à abrangência da segurança do paciente e gerenciamento de riscos. É primordial no cenário nacional desenvolver a ABR como ferramenta de qualidade e gestão estratégica, para assim reduzir custos, porém garantindo qualidade.

**Palavras-chaves:** Auditoria clínica. Riscos. Gerenciamento de riscos. Segurança do paciente.

### Abstract

Risk-based auditing (RBA) detects risks and helps to implement patient safety strategies in healthcare institutions, as they are exposed to various risks in this environment. The objective of this work was to analyze the impact of RBA nowadays and also to compare the national context with the international context. A systematic literature review of publications related to health risk auditing, risk management and patient safety in health services was carried out between 2014 and 2018. It concluded that in foreign studies management and RBA are already part of systemic institutional

<sup>1</sup> Fisioterapeuta. Especialista em Fisioterapia Cardiorrespiratória pelo Instituto do Coração - HCFMUSP. Cerqueira César, São Paulo – Brasil. E-mail: [natalia.simionato83@gmail.com](mailto:natalia.simionato83@gmail.com) - Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9172-6656>

administrative policies, where assistance and administrative sectors work together to develop guidelines, training, and digital systems to reduce errors and bad practices. In the national scenario, there is still a lack of understanding regarding the scope of patient safety and risk management. It is essential in the national scenario to develop ABR as a tool of quality and strategic management, in order to reduce costs while guaranteeing quality.

**Keywords:** Clinical audit. Risks. Risk management. Patient safety.

### **Resumen**

La auditoría basada en riesgos (ABR) detecta los riesgos y ayuda a implementar estrategias de seguridad del paciente en las instituciones de salud, ya que están expuestos a diversos riesgos en este entorno. El objetivo de este trabajo fue analizar el impacto de ABR hoy en día, y también comparar el contexto nacional con el internacional. Una revisión sistemática de la literatura de publicaciones relacionadas con la auditoría de riesgos para la salud, la gestión de riesgos y la seguridad del paciente en los servicios de salud se llevó a cabo entre 2014 y 2018. Concluyó que en estudios extranjeros la gestión y el ABR ya forman parte de políticas administrativas institucionales sistémicas, donde sectores de asistencia y

Auditoria de riscos em saúde...  
administración trabajan juntos para desarrollar pautas, capacitación y sistemas digitales que reducen los errores y las malas prácticas. En el escenario nacional, todavía hay una falta de comprensión sobre el alcance de la seguridad del paciente y la gestión de riesgos. Es esencial en el escenario nacional desarrollar ABR como una herramienta de calidad y gestión estratégica, a fin de reducir costos y garantizar la calidad.

**Descriptores:** Auditoría clínica. Riesgo. Gestión de riesgos. Seguridad del paciente.

## Introdução

A auditoria em saúde tem como objetivo avaliar a qualidade da atenção ao paciente e melhorar a qualidade do atendimento, sendo instrumento de controle e avaliação da gestão, fiscalizando ações e serviços oferecidos, processos e resultados, informação e comunicação em saúde, garantindo alocação e utilização adequada dos recursos, evitando fraudes, corrigindo erros, além de garantia de acesso à saúde para todos<sup>(1,2)</sup>.

A gestão da qualidade em saúde pretende consolidar um elevado padrão de assistência, proporcionando desenvolvimento organizacional e melhora do resultado institucional. Inicia-se no planejamento estratégico da instituição, através da identificação de ameaças, oportunidades, e pontos fortes e fracos da mesma. Para isso é necessário um controle interno eficiente, verificando o alcance de metas e objetivos, através de indicadores e análise de falhas. Esta última auxilia à administração na tomada de decisão, oferecendo sugestões de melhoria de atividades e processos para redução a um nível mínimo de riscos, com isso garantindo resultados nos serviços prestados, com eficácia e qualidade, e a continuidade da prestação dos serviços<sup>(1,2,3)</sup>.

## Auditoria de riscos em saúde...

No complexo tratamento dos pacientes hospitalizados, os clientes estão expostos a vários riscos no ambiente hospitalar, passíveis de ocasionar danos e agravos aos seus estados de saúde, que em algumas situações poderiam ser evitados<sup>(4)</sup>.

A gestão de riscos é a aplicação continuada e sistematizada de condutas e procedimentos para a identificação, análise e controle de riscos e eventos adversos que afetem a segurança e a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional. A prevenção e o controle desses eventos exigem investimentos materiais e humanos, além de engajamento para implementar mudanças nas condições de trabalho<sup>(5)</sup>.

Dentre suas ações, determina a magnitude dos riscos, entende o impacto dos danos e localiza as principais vulnerabilidades, para assim traçar estratégias e saná-las. Os protocolos de segurança do paciente objetivam a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. Portanto, as ações conjuntas entre gestores e profissionais da assistência é fundamental para entender tais processos, falhas e consequências, além de viabilizar a criação de protocolos e a educação permanente<sup>(6)</sup>.

A segurança do paciente deve ser incorporada pela instituição de saúde e todos os seus

colaboradores, desde o nível operacional até o gerencial, através da cultura organizacional, de forma que os colaboradores e os processos estejam focados em melhorar a segurança dos cuidados aos pacientes através de práticas seguras<sup>(5,6)</sup>.

No início de 2000, o relatório norte-americano “To err is human: Building a safer health system” identificou grande número de eventos adversos por erro de medicamentos e transfusões, cirurgias no local errado, quedas, queimaduras e úlceras de pressão. Os eventos graves ocorreram em 3,7% das internações e 13,6% destes resultaram em morte (44 a 98.000 pacientes). Essa mortalidade é maior que aquelas ocasionadas por acidentes automobilísticos, câncer de mama e AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) e geraram custos elevados ao sistema de saúde, sendo considerado um problema de saúde pública. Outros estudos norte-americanos atuais mostram números mais altos (210 a 400 mil óbitos por ano)<sup>(6)</sup>.

Na Europa, dados mostram que entre 8 a 12% das hospitalizações sofrem falhas ou eventos adversos, sendo 50 a 70% destes potencialmente evitáveis. Estudos mostram que após os países instituírem medidas estratégicas de prevenção, houve prevenção de 750.000 danos aos pacientes por ano, levando à redução drástica no tempo de hospitalização, incapacidades e óbitos, além da redução de custos<sup>(6)</sup>.

No Brasil, estudo de Couto et al.<sup>(6)</sup> mostra a incidência de eventos adversos em torno de 6,4% para a população do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo 30,5% preveníveis, enquanto para a Saúde Suplementar (SS) os eventos detectados foram 7,1%, sendo preveníveis 36,1% destes casos. Desses, 22,8% evoluem a óbito no SUS e 12% na SS. Para ambos os grupos, naqueles expostos a eventos adversos dobra-se a chance de evoluir para óbito. O grande número de eventos adversos no país pode estar associado à baixa oportunidade de notificações nos serviços, além da precariedade dos serviços prestados como, por exemplo, falta de dimensionamento adequado de pessoal, carga horária excessiva e má remuneração dos profissionais.

Devido ao grande número de eventos adversos, no mundo, de tamanha magnitude e impacto, várias iniciativas para sua análise, controle e mitigação foram criadas, como: *National Patient Safety Foundation* nos EUA (1997); *Agency for Healthcare Research and Quality* nos EUA (2000); *National Patient Safety Agency* no Reino Unido (2001); *World Alliance for Patient Safety* realizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2004; e *Nine Patient Safety Solutions* pela OMS (2007)<sup>(6)</sup>.

A auditoria em saúde no Brasil iniciou-se com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), com a finalidade de controle e fiscalização dos seus

recursos financeiros. Em 1990, estabeleceu-se o Sistema Nacional de Auditoria (SNA), que no ano 2000 passava por estruturação regimental e somente em 2007 passou a ser parte da gestão estratégica e participativa do SUS, no intuito de transformar a auditoria como ferramenta de gestão. Apenas em 2008 a iniciativa é fortalecida no SUS, voltada para resultados e qualidade em saúde. O DENASUS (Departamento Nacional de Auditoria do SUS) tem passado por constantes atualizações e tem investido na educação continuada de auditores, gestores e conselheiros em saúde<sup>(6)</sup>.

Contudo, as iniciativas voltadas para a segurança do paciente só se iniciaram efetivamente por volta de 2010, dentre elas: Resolução da Diretoria Colegiada nº 63/11 (2001) que estabelece requisitos mínimos para boas práticas de funcionamento de serviços de saúde; Portaria nº 529 do Ministério da Saúde (2013) que criou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP); e a Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 36 (2013) que exige um plano de segurança para o paciente e a notificação compulsória de eventos. Além da cobrança da OMS pela qualidade da assistência prestada nos serviços de saúde, no Brasil a exigência da sociedade também é crescente<sup>(5,6)</sup>.

Mundialmente, a segurança do paciente é considerada uma das dimensões da qualidade do cuidado. Esta área necessita de

investimento na formação de equipes com foco na melhoria e segurança do paciente, a fim de reduzir o desperdício e o custo para tratar erros médicos e indenizações, garantindo a sustentabilidade das instituições de saúde no mercado atual. Além disso, muitos serviços têm sido estimulados a buscar qualidade nos resultados e redução de riscos pelos processos de acreditação<sup>(6)</sup>.

Contudo, poucos são os trabalhos referentes à auditoria de riscos publicados no âmbito nacional e, menos ainda, disponibilizados na íntegra nas grandes bases de dados. Dos artigos publicados, a maioria é do próprio Ministério da Saúde, referentes a normatizações e rotinas de trabalho do auditor do SUS. Somente após 2005 houve aumento do número de publicações, principalmente devido à implantação do Pacto pela Saúde, a incorporação da auditoria como parte do eixo da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS, o fortalecimento do SNA e do SUS, e a implantação dessas políticas no eixo de Qualificação de Gestão do Programa Mais Saúde<sup>(7)</sup>.

Torna-se primordial incorporar ferramentas de qualidade e gestão de risco no contexto hospitalar, tanto nacional quanto internacional, para reduzir falhas e riscos à saúde dos pacientes, analisar as falhas na assistência e processos e identificar os eventos, como instrumento de aprendizagem, para assim criar barreiras que minimizem ou

mitiguem os riscos, através da auditoria baseada em riscos<sup>(6,7)</sup>.

A incorporação da gestão de riscos, dada sua relevância e impacto, torna-se parte imprescindível de uma gestão estratégica em saúde. As políticas de gestão estratégica visam orientar as ações de gestores na promoção e no aperfeiçoamento do seu modelo de gestão, o que, em conjunto com a auditoria, pode promover ações de educação e treinamento, engajamento profissional, e monitoramento e avaliação de ações e estruturas, garantindo maior eficácia de processos e efetividade administrativa, otimizando recursos e reduzindo gastos, além de promover satisfação aos clientes e melhoria dos resultados em saúde<sup>(6,7)</sup>.

Para que a auditoria baseada em riscos realmente faça parte de todos os serviços de saúde como ferramenta de qualidade, necessitamos entender qual é efetivamente o papel e o impacto da auditoria de saúde baseada em riscos (ABR) hoje. Nesse contexto, este estudo teve o objetivo de analisar o papel e o impacto da auditoria de saúde baseada em riscos, através de revisão sistemática da literatura. Além disso, também objetivou comparar o contexto nacional de auditoria baseada em riscos na saúde com o contexto internacional.

É imprescindível compreender a evolução da ABR no país e, como estamos em

comparação à cenários internacionais que tiveram iniciativas mais precoces, assim aprendermos e evoluirmos nesse setor, relativamente recente no país, mas de grande impacto, principalmente na gestão estratégica de saúde e de qualidade do cuidado.

### **Metodologia**

O presente estudo é uma revisão sistemática de literatura, que incluiu estudos dos tipos: coorte; transversais; caso-controle; ensaios clínicos randomizados ou não randomizados; descritivos; relatos de caso; opiniões de especialistas; apresentação de trabalho em jornadas, simpósios ou congressos. Desde que atendessem aos seguintes critérios de inclusão: publicações referentes a auditoria de riscos em saúde, a gestão de riscos e segurança do paciente em serviços de saúde; pesquisas conduzidas durante a internação hospitalar; publicações entre os anos de 2014 e 2018; pesquisas realizadas na América do Sul, principalmente no Brasil, e na América do Norte; e artigos nos idiomas português, inglês e espanhol.

Foram excluídas as pesquisas que: foram conduzidas fora de ambiente hospitalar; referentes a protocolos institucionais e à análise e sistematização de rotinas assistenciais da equipe multiprofissional; sobre outras áreas que não a auditoria baseada em riscos, como farmacovigilância, segurança cibernética, tecnologia da informação, risco cirúrgico, entre outras; sobre cultura e clima

organizacional, e engajamento da equipe médica; referentes a investimentos em saúde, saúde pública, gestão em saúde e atenção primária.

Para a revisão sistemática foram consultados, do dia 03 de dezembro de 2018 até o dia 06 de dezembro de 2018, artigos científicos nas seguintes bases de dados eletrônicas: Scielo (*Scientific Eletronic Library online*), BVS Brasil (*Biblioteca Virtual em Saúde*), PubMed/NCBI (*US National Library of Medicine/ National Center for Biotechnology Information*) e Dialnet.

A busca por artigos nas supracitadas bases de dados foi realizada através de respectivos descritores para cada revista, utilizando o operador booleano *AND* para intercessão de dois assuntos, como mostra abaixo:

- Scielo: “gerenciamento de risco” [AND] “saúde”; e “auditoria” [AND] “saúde”.
- BVS: “gerenciamento de risco” [AND] “saúde”; e “auditoria” [AND] “saúde”.
- PubMed/NCBI: “health risk management audit”
- Dialnet: “auditoria” [AND] “saúde”; “gerenciamento de risco” [AND] “saúde”; “health risk management audit”.

Foi realizada a análise dos artigos coletados nas bases de dados anteriormente

descritas, sendo pré-selecionados através dos títulos e organizados em arquivo *Word* (Microsoft® Office *Word* versão 365). Após a pré-seleção de artigos, os mesmos foram novamente avaliados pelos títulos, para averiguar a elegibilidade destes através dos critérios de inclusão e exclusão.

Após essa seleção, os trabalhos em duplicidade foram excluídos. A análise dos resumos dos artigos permitiu nova seleção através dos critérios de inclusão e exclusão. Os artigos nos quais os resumos não forneciam informações suficientes para inclusão ou exclusão da pesquisa também foram selecionados para avaliação de texto completo. Os artigos pré-selecionados através dos resumos foram lidos na íntegra. Os que não contemplavam os critérios de inclusão foram excluídos da seleção. Por fim, chegou-se aos artigos selecionados para o presente estudo.

## Resultados

Os resultados encontram-se expressos na Figura 1. Do total de artigos encontrados, após processo de análise de títulos, duplicatas e resumos, somente 12 artigos foram incluídos na revisão do presente estudo, segundo os critérios de elegibilidade, sendo 5 nacionais e 7 internacionais. Quanto aos estudos internacionais, somente um foi

realizado na Austrália<sup>(8)</sup> enquanto os outros 6 foram realizados nos EUA<sup>(9,10,11,12,13,14)</sup>.

Os resultados dos estudos internacionais encontram-se no Quadro 1. Dentre as pesquisas internacionais selecionadas, duas utilizaram-se da auditoria de prontuários para análise de eventos ocorridos, oferecendo *feedback* aos envolvidos nos casos e mudando a cultura organizacional, o que permitiu a criação de novas diretrizes clínicas para melhoria da assistência. Já é amplamente utilizado o sistema digital para notificação de eventos nos países mencionados. Muitas destas pesquisas utilizaram sistemas eletrônicos para implantação de protocolos médicos, como rotinas assistenciais a serem seguidas (*checklists* digital para redução de más práticas), e criação de sistemas automáticos para auditoria de conformidades entre preenchimento destes formulários e diretrizes institucionais.

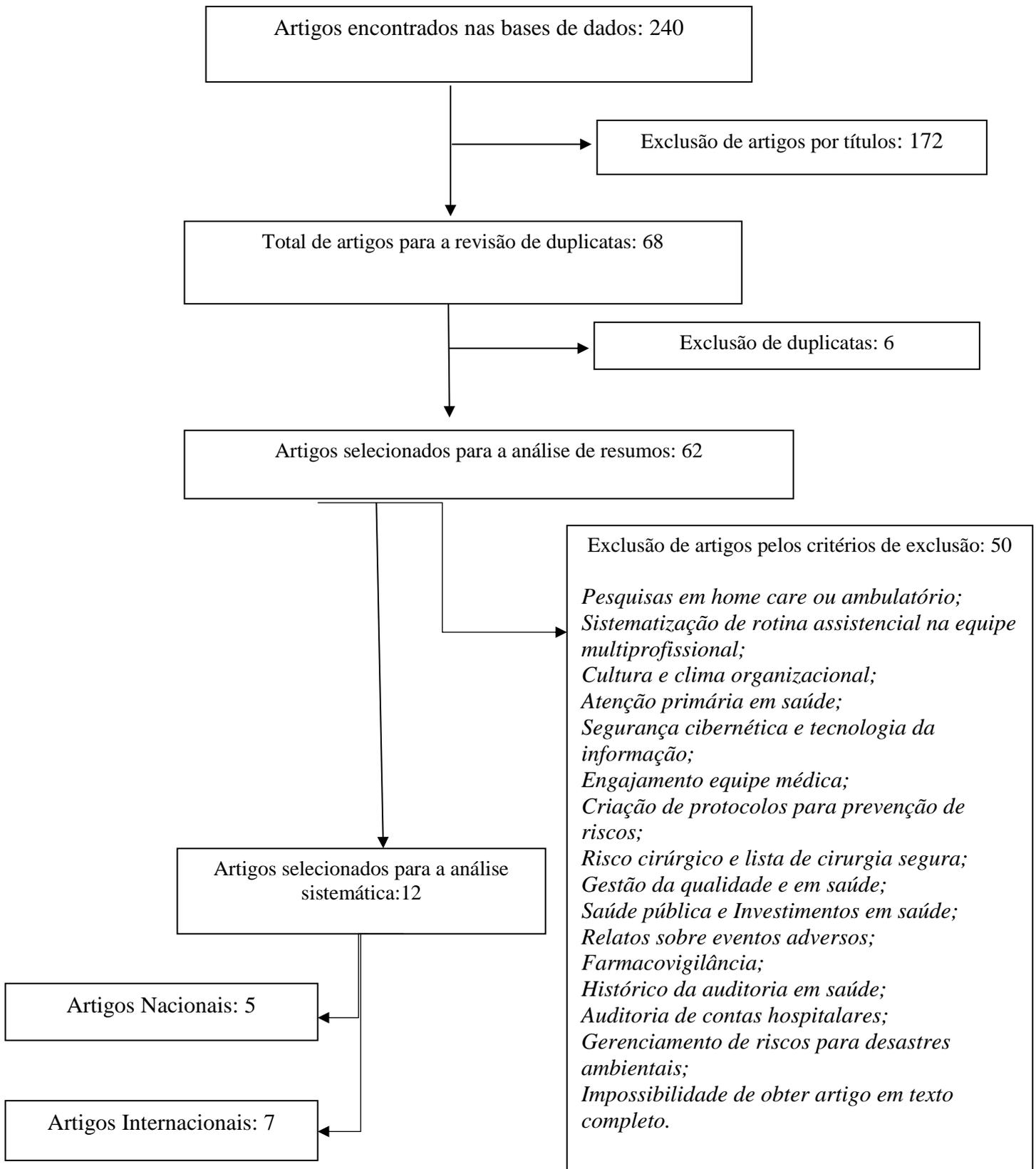
Também criaram sistema automático de alerta de resultados de exames críticos (para tomada de decisão rápida pela equipe médica), treinamentos *online* sobre gerenciamento de riscos e sobre formas de comunicação efetiva entre membros da equipe. Os grandes hospitais universitários instituíram tais práticas na grade curricular dos cursos

médicos, mudando a cultura de culpa para aprendizado com o erro e, com isso, melhoria contínua.

Outro estudo criou estrutura de governança clínica para gerenciamento de riscos, desde estratégias para detecção e implantação na grade curricular e assistência clínica, instituição de canais de comunicação, treinamentos institucionais e auditoria para análise de erros, com oportunidades de desenvolver melhores práticas.

Dentre os artigos nacionais encontrados, discute-se, ainda, sobre o grau de entendimento da equipe assistencial quanto à abrangência do gerenciamento de riscos e a importância de mudanças na cultura organizacional e na comunicação de eventos. Em outro, discute-se a importância das informações bem relatadas em prontuários. Noutro estudo, realiza-se pesquisa retrospectiva de notificações de eventos adversos e seus desfechos clínicos, enquanto somente dois relatam suas experiências com a implantação de um escritório de auditoria de risco e de qualidade. Esses dados estão expressos no Quadro 2.

**Figura 1. Fluxograma**



**Quadro 1. Publicações Internacionais em Auditoria Baseada em Riscos na Saúde**

<b>Autor (Ano)</b>	<b>Desenho do Estudo</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Resultados</b>
Hutchinson et al. (2015) <sup>8</sup>	Experimental prospectivo com criação de protocolo	Criar sistema interno digital para realizar notificações de erros de medicação com <i>feedback</i> aos envolvidos	Os fatores que afetam o relato de erros de medicação foram esclarecidos e permitiram que as organizações de saúde direcionem programas de qualidade e segurança ao paciente
Lacson et al. (2014) <sup>9</sup>	Estudo de caso explanatório qualitativo	Avaliar a implementação do alerta de notificação de resultados críticos (diagnósticos)	O uso da tecnologia da informação permitiu a redução de erros médicos e melhorou a qualidade do atendimento ao paciente, pois houve otimização do fluxo de trabalho
Raper et al. (2017) <sup>10</sup>	Experimental prospectivo com criação de protocolo	Desenvolver programa de redução de risco de má-prática e avaliar o impacto deste nos custos de indenização	O sistema possibilitou maior segurança, eficiência, conformidade com acreditação e da documentação médico-legal
Orel et al. (2017) <sup>11</sup>	Estudo de caso experimental	Analisar histórico de reclamações, identificar pontos de melhoria e promover educação em gestão de risco	O número de reclamações sobre incidentes por médico por ano reduziu 66% e a gravidade do erro médico diminuiu 63%
Dunbar et al. (2017) <sup>12</sup>	Experimental prospectivo	Aumentar a proporção de relatórios de segurança, <i>feedback</i> dos eventos e educação sobre gestão de riscos	O número de notificações de eventos aumentou de 3% para 24% após o período de treinamento institucional
Provonost et al. (2015) <sup>13</sup>	Experimental prospectivo	Criação de comitê em hospital universitário associado a consultoria médica para melhora da segurança do paciente e qualidade da assistência.	Melhora nos cuidados centrados no paciente e na família através de governança, e desenvolvimento de um canal de comunicação por uma plataforma para reclamações e monitoramento das respostas
Gitelis et al. (2017) <sup>14</sup>	Estudo de caso experimental	Aumentar a comunicação entre o pessoal da sala de operação e incentivar as melhores práticas durante o fluxo de trabalho de	Aumento no preenchimento de dados eletrônicos para 92%, e das conformidades da equipe. O preenchimento incorreto da programação cirúrgica e a incidência de eventos de

		cirurgiões, anestesistas e enfermeiros, além de examinar o impacto de um sistema eletrônico que avalia conformidade e segurança do paciente	risco reduziram.
--	--	---	------------------

## Quadro 2. Publicações Nacionais em Auditoria Baseada em Riscos na Saúde

<b>Autor (Ano)</b>	<b>Desenho do Estudo</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Resultados</b>
Barroso (2016) <sup>15</sup>	Questionário qualitativo descritivo	Verificar a importância de relatos realizados pela equipe de enfermagem na evolução de pacientes	A auditoria foi considerada um instrumento para evitar o erro, com influência na qualidade da assistência e fundamental na verificação da qualidade da atenção
Borges et al. (2016) <sup>16</sup>	Estudo de caso experimental prospectivo	Medir os riscos inerentes à atividade através de ferramentas de gestão na prevenção dos riscos	O papel dos auditores internos é essencial para minimizar e garantir a satisfação do paciente, pois um atendimento de qualidade é decorrente de boas práticas
Siman et al. (2017) <sup>17</sup>	Estudo de caso explanatório qualitativo (tese)	Identificar mudanças na prática de enfermagem para melhoria da qualidade do cuidado e a segurança do paciente após implementar escritório de qualidade e gerenciamento de riscos	A equipe de enfermagem passou a desenvolver o trabalho atentando para questões de segurança do paciente por meio das melhores práticas, porém destacaram dificuldades como falta de estrutura adequada, recursos financeiros, materiais e humanos
Göttens et al. (2016) <sup>18</sup>	Retrospectivo descritivo	Analisar incidentes notificados em hospital público, buscando as características dos pacientes envolvidos e os respectivos desfechos	Ocorreram 209 incidentes, sendo 105 relacionados a transfusão, desde danos leves à graves. Nenhum evoluiu a óbito. É necessário padronizar a notificação, e elaborar e atualizar protocolos e procedimentos operacionais padrões
Siqueira et al. (2015) <sup>19</sup>	Questionário qualitativo descritivo	Conhecer a percepção dos enfermeiros acerca do gerenciamento de risco e analisar as dificuldades e facilidades encontradas	Destacaram a dificuldade de entender a abrangência do gerenciamento de risco, a necessidade de mudança da cultura organizacional para instituir o gerenciamento de risco, e este também foi

		para a operacionalização do gerenciamento de risco hospitalar	percebido como somente notificação. A gestão de riscos fornece subsídios aos gestores pelos indicadores para a tomada de decisões necessárias para proporcionar ambiente seguro aos usuários e melhorar a assistência prestada
--	--	---	--

### Discussão

Dentre os artigos selecionados, percebe-se que a auditoria baseada em riscos no âmbito internacional encontra-se mais disseminada e em patamares mais elevados do que no âmbito nacional. Apesar de a primeira grande iniciativa a favor da segurança do paciente ter se iniciado mundialmente em 2004 através da Aliança Mundial para Segurança do Paciente (OMS), as iniciativas de segurança do paciente no Brasil só tiveram início a partir de 2013 com a RDC nº 36.

Nos EUA e na Austrália, nota-se que o gerenciamento e a auditoria de riscos já são parte de políticas administrativas institucionais, e que setores assistenciais e administrativos trabalham em conjunto para elaborar diretrizes, treinamentos e sistemas digitais que reduzam erros e más práticas. Para que a auditoria em saúde e de riscos consiga atingir seu objetivo de melhoria da qualidade na assistência ao paciente, é de extrema importância o vínculo entre o setor administrativo e assistencial da instituição, tanto no aspecto estrutural quanto funcional<sup>(20)</sup>.

Os estudos estrangeiros visaram mudar a cultura organizacional, criar novas diretrizes clínicas para melhoria da assistência, utilizar a tecnologia da informação a favor do gerenciamento de riscos através de sistemas automáticos para auditoria de conformidades, e a estruturação de uma governança clínica para gerenciamento de riscos, com implantação de educação em riscos na grade curricular, criação de canais de comunicação, treinamentos institucionais, auditoria para análise de erros, e exercer consultoria em parceria com outros centros, como oportunidades de desenvolver melhores práticas.

Segundo Sousa e Mendes (2014), a gestão de riscos e suas ações se iniciaram nos hospitais americanos a fim de minimizar custos oriundos de negligências na área da saúde. Além disso, em países desenvolvidos a gestão de riscos é uma das prioridades da administração hospitalar, sendo estimulados a fortalecer seu sistema de gestão no intuito de proteger pacientes, público, profissionais e a instituição e, assim, contribuir para a proteção à saúde e a redução de custos<sup>(21)</sup>.

Embora os EUA não tenham desenvolvido um sistema nacional de notificação de incidentes como no Brasil (Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária - Notivisa), 90% de seus hospitais rastreiam eventos adversos para cumprir o programa de avaliação da qualidade e melhoria do desempenho dos centros de Medicare e Medicaid (CMS). Os outros mantêm ou assinam seus sistemas próprios de comunicação de incidentes<sup>(22)</sup>.

No contexto nacional, a auditoria baseada em riscos não é tão disseminada e falta compreensão quanto à abrangência da segurança do paciente e gerenciamento de riscos. Ainda não conseguimos mudar a cultura organizacional das instituições e muitos ainda não comunicam os eventos. Poucos analisam as notificações e seus desfechos clínicos para buscar melhores práticas, e a de auditoria de risco e de qualidade ainda é escassa. Portanto, investimentos e iniciativas na atenção à segurança do paciente são essenciais para a sustentabilidade no mercado e, com isso, promover a melhoria da qualidade da assistência. A segurança do paciente passou a ser considerada prioritária em saúde pública<sup>(21)</sup>.

Quanto aos artigos internacionais selecionados, Hutchinson et al. (2015) desenvolveram protocolo através de um sistema interno próprio para notificações

sobre erros de medicações e reações às medicações, e este permitia correlacionar com os dados clínicos do prontuário do paciente. Os enfermeiros recebiam o *feedback* após auditoria de prontuário. Foram gerados automaticamente indicadores com os erros mais comuns de medicações e os eventos adversos mais frequentes advindos destes. Mostrou-se assim a importância da notificação para profissionais de saúde e espera-se que os fatores que afetam o relato de erros de medicação sejam esclarecidos e permitam que organizações de saúde direcionem programas de qualidade, ofereçam *feedback* aos profissionais, promovendo mudanças comportamentais no cuidado e direcionando diretrizes clínicas para prevenir eventos<sup>(8)</sup>.

Muitas notificações deixam de ser realizadas por dificuldades em acessar e encaminhar formulários, o que pode ser solucionado através da implementação de sistemas eletrônicos, que permitem maior volume de dados, envolvimento de diversos tipos de profissionais, análise estatística facilitada com a criação automática de indicadores, e possibilidade de notificação 24 horas por dia. Contudo, a carência de *feedback* aos envolvidos pode tornar os registros irregulares, além da vergonha e do medo de punição, necessitando de mudanças na cultura organizacional para tal<sup>(22-23)</sup>.

Lacson et al. (2014) avaliaram a implementação de alerta de resultados críticos, acionado cada vez que um radiologista gerar resultado crítico de um exame, comunicado prontamente a equipe assistencial. Os radiologistas mostraram satisfação por poderem documentar os resultados críticos e também rastrear os pacientes e condutas. O uso do sistema e da tecnologia da informação permitiu a redução de erros médicos e melhorou a qualidade do atendimento ao paciente, pois houve otimização do fluxo de trabalho, comunicação efetiva dos resultados dos exames e priorização na divulgação de resultados mais críticos, levando a medidas assistenciais mais precoces e tratamento adequado<sup>(9)</sup>.

O uso da tecnologia da informação na atualidade permite a implementação de diversos instrumentos que podem auxiliar na prevenção e mitigação de erros, como instrumentos que rastreiam medicações através de critérios pré-estabelecidos, por meio de gatilhos automáticos no sistema, ou outras medidas facilitadoras para o processo de medicação que auxiliem os profissionais na prevenção dos erros e dificultem as ocorrências de erros<sup>(23-24)</sup>.

Raper et al. (2017) desenvolveram um programa de redução de risco de má-prática e avaliaram o impacto deste nos custos de indenização e de defesa jurídica, além de criação de novas práticas clínicas. Este

programa teve a intenção de melhorar os escores de comunicação cirurgião-paciente, e entre cirurgiões para redução de riscos cirúrgicos. A sistematização de fichas como avaliação pré-operatória em sistema eletrônico e outros formulários específicos por especialidades possibilitou maior segurança, eficiência, conformidade, documentação médico-legal e repasse financeiro. Para tanto foi necessário o treinamento e apoio aos cirurgiões, sendo a educação sobre gerenciamento de riscos aos cirurgiões considerado primordial na redução dos custos de negligência<sup>(10)</sup>.

A comunicação efetiva no ambiente de trabalho é uma ferramenta estratégica que deve ser utilizada por todos os profissionais, no intuito de promover o conhecimento, permitir ações preventivas de eventos e agravos, e estratégias para promoção da saúde. A sistematização da comunicação e planejamento do que comunicar traz benefícios tanto ao paciente quanto à instituição de saúde e seus profissionais<sup>(20)</sup>.

Orel et al. (2017) decidiram analisar o histórico de reclamações de sua clínica para identificar pontos de melhoria e promover mudanças. Os erros mais comuns foram resultantes de falha na comunicação na transição de cuidado, bem como falha no diagnóstico e erros médicos. Com isso, iniciaram um programa institucional de educação em gestão de risco envolvendo

monitoramento de incidentes, desenvolvimento de melhores práticas relacionadas à segurança do paciente e redução de riscos, melhora na documentação de eventos e uso de sistemas eletrônicos. A auditoria mediu a conformidade com as melhores práticas implantadas, todos os provedores foram individualmente avaliados em cada área e o desempenho individual e coletivo foram rastreados<sup>(11)</sup>.

Por fim, o número de reclamações sobre incidentes por médico por ano reduziu 66% e a gravidade do erro médico diminuiu 63%, gerando economia de US\$ 9,3 milhões em 6 anos. O *feedback* geral dos participantes foi positivo desde a implementação do programa, onde mais de 96% indicaram que mudaram sua prática com o que eles aprenderam na educação institucional<sup>(11)</sup>.

O gerenciamento de riscos eficaz, através da identificação precoce de eventos, implementação de medidas de prevenção de riscos, e monitorização dos incidentes e danos causados ao cliente decorrentes da assistência à saúde (análise de desfecho) é um processo essencial para diminuir ou eliminar os efeitos adversos, por meio de estratégias que mudem a cultura da organização e auxilie os profissionais na prevenção de erros, garantindo qualidade nos processos executados<sup>(23)</sup>.

Dunbar et al. (2017) analisaram a gestão de um hospital universitário pediátrico cujo

objetivo era aumentar a proporção de relatórios de segurança por meio de mudanças no fluxo de trabalho, no programa de ensino do residente quanto a riscos, segurança do paciente e melhoria de qualidade, desenvolvimento de projetos para melhoria, emissão de relatórios e *feedback* sobre os eventos relatados. Aulas institucionais foram oferecidas a todos os colaboradores, além de módulos on-line sobre segurança do paciente, melhoria da qualidade e tópicos de cuidados centrados na família. O sistema de notificação de eventos eletrônico permitiu notificações anônimas e transparência no acesso aos eventos e resultados. Também foi implantada a posição de “super-residente”, responsável por notificar todos os eventos não relatados descobertos durante as visitas médicas<sup>(12)</sup>.

O número de notificações de eventos aumentou de 3% para 24% mensalmente, associado à implementação do super-residente nas visitas. Contudo, sem o super-residente, houve redução dos eventos notificados. A maior notificação também ocorreu após o período de treinamento institucional, reduzindo após o mesmo<sup>(12)</sup>.

Dentre as diversas formas de prevenção de riscos, a formação profissional através de novas metodologias de ensino, associada a mudanças das práticas de saúde, como transparência dos resumos administrativos das despesas dos pacientes e custos de internação, são medidas efetivas<sup>(23)</sup>.

Provonost et al. (2015) criaram um comitê associado a uma consultoria médica, com a finalidade de melhorar a segurança do paciente e qualidade da assistência, através de sistema interno próprio e estrutura de governança, com cuidado estruturado em categorias. O comitê definiu metas estratégicas passadas ao sistema e realizaram treinamentos para garantir que os clínicos se acostumassem com segurança e qualidade. Os riscos internos de segurança foram avaliados por sistema e periodicamente o líder de segurança se reunia com líderes clínicos para identificar o maior risco interno e o que fazer para mitigar esse risco. O grupo melhorou os cuidados centrados no paciente e na família, através do desenvolvimento de um canal de comunicação por uma plataforma para reclamações e este sistema permitiu medir os dados de qualidade e segurança alcançados<sup>(13)</sup>. O papel da gestão da instituição é fundamental, sendo uma das dimensões da segurança do paciente. Associado à área assistencial, a gestão deve ter atuação mais proativa e transformar a instituição através da adoção de medidas gerenciais e educativas preventivas como educação continuada, fiscalização e orientação do profissional, treinamento da equipe, implementação de rotinas assistenciais, planejamento, controle e supervisão do trabalho quanto às demandas, e manutenção dos equipamentos e recursos materiais<sup>(24)</sup>.

Gitelis et al. (2017) objetivaram aumentar a comunicação entre o pessoal da sala de operação e incentivar as melhores práticas durante o fluxo de trabalho de cirurgiões, anestesistas e enfermeiros, além de examinar o impacto de um sistema eletrônico que avalie a conformidade e a segurança do paciente. Um observador anônimo selecionou casos aleatoriamente e avaliou a taxa de conformidade antes do lançamento de dados no sistema eletrônico. Dados que pudessem levar a risco perioperatório, como problemas com termos de consentimento, contagens de materiais incorretas e procedimento incorreto, foram comparados antes e depois do lançamento do sistema eletrônico<sup>(14)</sup>.

O uso e preenchimento de dados eletrônicos aumentou de 48% para 92% e as conformidades da equipe aumentaram entre cirurgiões, anestesistas e enfermeiros. O preenchimento incorreto de termo de consentimento diminuiu em 35%, enquanto o preenchimento incorreto do procedimento e programação cirúrgica, em 41%. Foi reduzida em 32% a incidência de eventos de risco, o que reduziu o tempo de internação e número de readmissões em 30 dias da alta<sup>(14)</sup>.

Quanto às pesquisas nacionais, Barroso (2016) objetivou verificar junto a profissionais que atuam em auditoria a importância de relatos realizados pela equipe de enfermagem acerca da evolução de

pacientes, através de questionário composto por perguntas “abertas” e “fechadas”<sup>(15)</sup>.

A auditoria foi considerada um instrumento para evitar o erro e todos afirmaram que a auditoria tem influência na qualidade da assistência e da atenção, pois possibilita avaliar, corrigir e otimizar atividades desenvolvidas e procedimentos. Dessa forma, a auditoria de qualidade pode reduzir custos, agregando valores financeiros aos valores qualitativos. Contudo, tem sido inserida de forma lenta nos serviços. O uso de *softwares* também foi considerado ferramenta útil para o registro de enfermagem, conferindo maior segurança e efetividade aos serviços de saúde, além de facilidade e rapidez na divulgação e/ou troca de informações<sup>(15,25)</sup>.

Borges et al. (2016) pretenderam avaliar o processo de gestão de riscos instituído na rede, através de entrevistas com a direção. A rede pretendeu desenvolver uma abordagem sistemática para lidar com o risco, identificando as áreas mais críticas, abrangendo riscos individuais e cumprimento de requisitos regulamentares de órgãos fiscalizadores. A empresa já realiza a instrução de boas práticas de procedimentos aos colaboradores, auditoria diária e revisão de procedimentos técnicos, avaliação de todos os profissionais, especialmente médicos e enfermeiros, e treinamento e supervisão de todos os procedimentos clínicos. Salientam que o papel dos auditores internos é essencial,

referindo que sua atuação não somente minimiza os riscos, mas garante a satisfação do paciente, já que um atendimento de qualidade é decorrente de boas práticas e isso se reflete em satisfação dos clientes. As informações fornecidas pelos auditores são levadas em conta na realização do planejamento da organização, levando em consideração a gestão de riscos<sup>(16)</sup>.

Modelos de avaliação de qualidade têm sido cada vez mais utilizados em serviços de saúde, contudo em patamares de evolução diferentes, avaliando desde estrutura, processos, financeiro, organização administrativa da atenção médica, relação da equipe multiprofissional disponível, perfil, preparação e experiência destes, e adequação às normas vigentes. Todos estes itens são voltados à qualidade do cuidado e sua avaliação permite melhoria nesses processos. Entretanto, poucos avaliam o desfecho para o paciente ou sua satisfação, considerados dimensões da qualidade da assistência<sup>(25)</sup>.

Siman et al. (2017) procuraram identificar mudanças na prática de enfermagem com vistas à melhoria da qualidade do cuidado e segurança do paciente, após implementação de escritório de qualidade e gerenciamento de riscos. Os dados foram coletados por relatórios, protocolos, indicadores e registros da qualidade, plano de ação e entrevistas, abrangendo conhecimento sobre segurança do paciente, avaliação da segurança do paciente

na instituição, práticas para alcançar a segurança, dificuldades e facilidades para alcançar as metas internacionais<sup>(17)</sup>.

A equipe de enfermagem passou a desenvolver o trabalho cotidiano atentando para as questões de segurança do paciente, buscando as melhores práticas, como identificação do paciente através de pulseira com código de barras, formulário para identificação de riscos na cabeceira do leito do paciente, reunião multidisciplinar, treinamentos pautados em dados como a notificação, desenvolvimento de simulação realística da ocorrência do erro, e desenvolvimento de protocolos. Alguns profissionais destacaram dificuldades institucionais como a falta de estrutura adequada, recursos financeiros, materiais e humanos<sup>(17)</sup>.

Todos os profissionais envolvidos no cuidado ao paciente, não somente a enfermagem, devem identificar os riscos à saúde presentes na unidade, já no momento da admissão e registrá-los em prontuário, para assim garantir a segurança dos pacientes, além do restabelecimento de sua saúde, evitando ou minimizando intercorrências durante sua internação. A multidisciplinaridade deve fazer parte do gerenciamento de qualidade dos riscos. A busca pela qualidade é um processo de aprendizado e mudanças comportamentais e organizacionais, sendo contínua e lenta. Para tal, a educação e treinamento em serviço

das equipes podem assegurar uma prática assistencial que promova cuidado integral, baseado em conhecimento, evitando danos ao paciente e à própria instituição<sup>(23)</sup>.

Göttens et al. (2016) analisaram os incidentes notificados em hospital, buscando as características dos pacientes envolvidos, os desfechos para o paciente, as características do incidente e o grau de dano. Dos 209 incidentes, os de dano moderado envolveram 10 reações transfusionais e 8 úlceras por pressão, e os de dano grave envolveram 4 choques anafiláticos por reação transfusional, uma queda com fratura bilateral de fêmur com correção cirúrgica e uma parada cardiorrespiratória. Nenhum desses eventos levou a óbito. As notificações foram voluntárias e possivelmente subnotificadas<sup>(18)</sup>.

Apesar disso, o estudo permitiu a obtenção de informações para avaliar a situação do serviço, com vistas à formulação de estratégias preventivas e ao fortalecimento da cultura de segurança do paciente. Concluiu-se que é necessário padronizar as formas de notificação e, também, elaborar, divulgar e atualizar protocolos e procedimentos operacionais padrões, além de capacitar continuamente as equipes<sup>(18)</sup>.

Para a análise de eventos necessita-se de registros eficazes e confiáveis na detecção de erros e suas extensões, causas e consequências. Ainda há pouca notificação de eventos, sendo estes comunicados apenas

verbalmente para enfermeiro ou médico supervisor da unidade, e somente relatado em prontuário. Faz-se necessário estimular a notificação sistemática por instrumentos padronizados, preferencialmente eletrônico, que facilita o processo de comunicação e análise dos eventos ocorridos<sup>(23-24)</sup>.

Apesar do longo tempo passado após a divulgação da pesquisa “To err is human”, ainda são poucas as evidências de que a notificação de incidentes esteja associada à prestação de cuidados de saúde mais seguros. A maioria dos relatórios relata eventos pequenos e somente uma pequena porcentagem dos problemas relevantes de segurança do paciente<sup>(22)</sup>.

A gestão de saúde precisa entender que a notificação e análise dos eventos adversos é um processo de aprendizagem organizacional com o objetivo de melhorar a segurança do paciente, devendo ter papel mais proativo na detecção das ameaças ao paciente. Enquanto não houver mudança comportamental e apoio organizacional para tratar fatores que levam à subnotificação, pouco mudará no gerenciamento de riscos<sup>(22-23)</sup>.

Siqueira et al. (2015) objetivaram conhecer a percepção dos enfermeiros acerca do gerenciamento de risco e analisar as dificuldades e facilidades encontradas para a operacionalização do gerenciamento de risco hospitalar, por meio de entrevista semiestruturada. Destacaram a dificuldade de

definir ou entender a abrangência do gerenciamento de risco. Consideraram o gerenciamento de riscos fator para melhoria da assistência e assistência segura. Foi relatada a necessidade de mudança da cultura organizacional para instituir o gerenciamento de risco, pois ainda percebem a punição a quem comunica os eventos, uma cultura de ocultação do erro, e preocupação de o registro poder ser usado contra o próprio profissional<sup>(19)</sup>.

O gerenciamento de risco também foi percebido como somente notificação e que recursos humanos influenciam o risco (cargas excessivas de trabalho e recursos humanos insuficientes). Relataram que a atuação profissional mudou devido à preocupação de prestar assistência com qualidade, adequar e melhorar processos após a implantação do gerenciamento de riscos, por meio de protocolos e sistematização dos processos. Referiram que a gestão de riscos fornece subsídios aos gestores através de indicadores para a tomada de decisões necessárias para proporcionar ambiente seguro aos usuários e melhorar a assistência prestada. Concluiu-se que é necessário avaliar o impacto do evento adverso na instituição, analisando o custo das mortes gerado pela falta de gestão de riscos efetiva, as falhas de comunicação e a lentidão das respostas<sup>(19)</sup>.

É imprescindível alinhar as práticas de gestão com as exigências das organizações e as

necessidades dos profissionais. Há crescente necessidade de buscar ferramentas que permitam a gestão estratégica para mitigar tais falhas, como indicadores, auditorias e certificações, que auxiliam a compreender a prática e renovam a gestão das organizações de saúde, promovendo mudanças que atendam às expectativas e necessidades dos clientes<sup>(20)</sup>.

### **Conclusão**

A auditoria baseada em riscos vem crescendo consideravelmente ao longo do tempo como ferramenta de qualidade na assistência e de gestão estratégica, identificando erros, falhas, riscos e danos, auxiliando a mitigar tais eventos, reduzindo custos em tratamentos de erros médicos e indenizações, promovendo aprendizagem e desenvolvimento institucional, e garantindo a satisfação do paciente e a sustentabilidade das instituições de saúde no mercado atual.

No âmbito internacional, a auditoria baseada em riscos encontra-se mais disseminada e já em patamares mais elevados do que no âmbito nacional, o que pode ser justificado pelas iniciativas de segurança ao paciente no país serem mais recentes, a partir da RDC nº 36.

Nas publicações internacionais, nota-se que o gerenciamento e a auditoria de riscos já são parte de políticas administrativas institucionais sistêmicas. Os setores assistenciais e administrativos trabalham em

conjunto para elaborar diretrizes, treinamentos e sistemas digitais que reduzam erros e más práticas, como modelo de gestão estratégica.

Entretanto, em contexto nacional, nota-se ainda falta de compreensão quanto à abrangência da segurança do paciente e gerenciamento de riscos com o próprio conceito de qualidade. Discute-se, ainda, sobre grau de entendimento da equipe assistencial quanto à abrangência do gerenciamento de riscos, a importância de mudanças na cultura organizacional, na comunicação de eventos, e das informações bem relatadas em prontuários. Ainda tentam mostrar a relação entre eventos adversos e desfechos clínicos para justificar a importância da auditoria baseada em riscos, enquanto poucos têm experiências com a implantação de um escritório de auditoria de risco e de qualidade.

Portanto, é primordial no âmbito nacional desenvolver a auditoria baseada em riscos como ferramenta de qualidade e gestão estratégica, como medida essencial para manter-se sustentável no mercado e reduzir custos, ainda garantindo a qualidade, melhorando a eficiência de seus processos, a satisfação dos clientes e seus resultados.

### **Referências Bibliográficas**

1. Andrade FB, Sicheski SJ. Auditoria interna hospitalar: Uma atividade de apoio à tomada de decisão. Revista ESPACIOS.2017; 38 (24):13-21.

2. Galdino SV, Reis EMB, Santos CB, Soares FP, Lima FS, Caldas JG, et al. Ferramentas de qualidade na gestão dos serviços de saúde: revisão integrativa de literatura. *Rev. Gest. Saúde, Brasília*. 2016; 7(1):1023-57.
3. Oliveira RM, Leitão IMTA, Silva LMS, Figueiredo SV, Sampaio RL, Gondim MM. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. *Esc Anna Nery*. 2014;18(1):122-129.
4. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: Building a safer health system. Institute of medicine (US) Committee on quality of health care in America. National Academies Press (US). 1999:1-8.
5. Brasil. Ministério da Saúde - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente sem serviços de saúde. *Diário Oficial da União, Brasília*, 26 jul.2013, Seção 1, p.32-33.
6. Couto RC, Pedrosa TMG, Roberto BAD, Dailbert PB, Abreu ACC, Leão ML. II Anuário da segurança assistencial hospitalar no Brasil: propondo as prioridades nacionais. 2ªed. Belo Horizonte: Instituto de Estudos em Saúde Suplementar – IESS; 2018.
7. Tajra FS, Lira GV, Rodrigues AB, Guirão Junior L. Análise da produção em auditoria e saúde pública a partir da base de dados da Biblioteca Virtual da Saúde. *Saúde em Debate*. 2014;38 (100):157–169.
8. Hutchinson A.M., Sales A.E., Brotto V., Bucknall T.K. Implementation of an audit with feedback knowledge translation intervention to promote medication error reporting in health care: a *Rev. Gestão & Saúde (Brasília) Vol. 11, n. 02, Maio-Agosto. 2020. p 110-131*
9. Lacson R., O'Connor S.D., Andriole K.P., Prevedello L.M., Khorassani R. Automated critical test result notification system: architecture, design, and assessment of provider satisfaction. *AJR Am J Roentgenol*,2014;203(5): W 491-6.
10. Raper S.E., Rose D., Nepps M.E., Drebin J.A. Taking the Initiative: Risk-Reduction Strategies and Decreased Malpractice Costs. *J Am Coll Surg, Philadelphia*.2017;225(5):612-621.
11. Orel H., McGroarty M., Marchegiani H. Deploying and measuring a risk and patient safety program. *J Healthc Risk Manag*.2017;36(3):26-33.
12. Dunbar A.E., Cupit M., Vath R.J., Pontiff K., Evans N., Roy M., et al. An Improvement Approach to Integrate Teaching Teams in the Reporting of Safety Events. *Pediatrics*.2017;139(2): 1-10.
13. Provonost P.J., Holzmüller C.G., Molello N.E., Paine L., Winner L., Marsteller J.A., et al. The Armstrong Institute: An Academic Institute for Patient Safety and Quality Improvement, Research, Training, and Practice. *Acad Med*.2015;90(10):1331-9.
14. Gitelis M.E., Kaczynski A., Shear T., Deshur M., Beig M., Sefa M., et al. Increasing compliance with the World Health Organization Surgical Safety Checklist-A regional health system's experience. *Am J Surg*.2017;214(1):7-13.
15. Barroso T.S. A importância do relato na evolução de enfermagem para a auditoria. *Acta Biomedica Brasiliensia*.2016;7(2):39-49.
16. Borges G.R, Diel F.J, Fernandes F.C. A Contribuição da auditoria interna de riscos para o planejamento de organizações na área de saúde.

Revista de Gestão em Sistemas de Saúde.2015;4(2):9-27.

17. Siman A.G., Brito M.J.M. Mudanças na prática de enfermagem para melhorar a segurança do paciente. Revista Gaúcha de Enfermagem.2017;37:e68271.

18. Göttems L.B.D., Santos M.L.G., Carvalho P.A., Amorim F.F. Estudo dos casos notificados como incidentes em um hospital público de 2011 a 2014. Rev Esc Enferm USP.2016;50(5):861-67.

19. Siqueira C.L., Silva C.C., Teles J.K.N., Feldman L.B. Gerenciamento de risco: percepção de enfermeiros em dois hospitais do sul de Minas Gerais, Brasil. Rev. Min. Enferm.2015;9(4):919-26.

20. Silva KR, Lima MDO, Sousa MA. Auditoria: ferramenta de enfermagem para melhoria da qualidade assistencial. Rev. Gest. Saúde.2016;7(2):793-10.

21. Sousa P., Mendes W. Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. 1ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014.

22. Mitchell I, Schuster A, Smith K, Provonost P, Wu A. Patient safety incident reporting: a qualitative study of thoughts and perceptions of experts 15 years after 'To Err is Human'. BMJ Qual Saf, Australia.2016;25:92-99.

23. Lima CA, Faria JS, Machado APN, Gonçalves RPF, Teixeira MG, Oliveira RS, et al. Gestão de risco hospitalar: Um enfoque na qualidade e segurança do paciente. Revista Eletrônica Gestão & Saúde.2014;5:2862-76.

24. Moreira IA, Bezerra ANQ, Paranaguá TTB, Silva AEB, Filho FMA. Conhecimento dos Rev. Gestão & Saúde (Brasília) Vol. 11, n. 02, Maio-Agosto. 2020. p 110-131

profissionais de saúde sobre eventos adversos em unidade de terapia intensiva. Rev enferm UERJ.2015;23(4):461-7.

25. Paim CRP, Zucchi P. Auditoria de avaliação dos serviços de saúde no processo de credenciamento. Ciência & Saúde Coletiva. 2011;16(1):1163-1171.

**Participação do autor na elaboração do artigo :**

Natália de Azevedo Faccio Simionato atuou na elaboração de todo o artigo, autora principal e única.

Recebido: 29.01.2020

Revisado: 02.03.2020

Aprovado: 28.05.2020