

## **MAPEAMENTO DE RISCOS ASSISTENCIAIS DE UMA CLÍNICA GINECOLÓGICA COM CENTRO CIRÚRGICO EM SERRA/ES.**

Ari Antônio Stein Lima Junior<sup>1</sup>; Daniella Lopes Moraes<sup>1</sup>; Fernanda Rodrigues Rocha<sup>1</sup>; Lara Duarte Dassie<sup>1</sup>; Luciano Junqueira Faria<sup>1</sup>; Rillary Coutinho Cypriano<sup>1</sup>; Victor Hugo Martins e Silva<sup>1</sup>.

1. Acadêmicos(as) de Medicina na Faculdade Brasileira – Multivix-Vitória/ES.

### **RESUMO**

A acreditação de uma instituição pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) exige um processo de mudança de longo prazo. Inclui-se a realização de um diagnóstico organizacional, adoção de um sistema de gestão em saúde e capacitação permanente e respeito à segurança. O presente estudo foi realizado em clínica ginecológica no município de Serra, Espírito Santo. O artigo tem o objetivo de analisar e evidenciar o processo de controle de eventos adversos do Núcleo de Gerenciamento de Risco e Segurança do Paciente (NGRSP), comparando a eficácia da implantação efetiva do Núcleo de Segurança do Paciente nessa clínica ginecológica. A metodologia utilizada foi retrospectiva e descritiva. Os resultados evidenciaram que a acreditação da clínica foi vantajosa à qualidade do gerenciamento, devido à padronização dos processos, o que contribuiu para a diminuição dos riscos adversos e aumento da segurança do paciente. Soma-se a isso a melhoria da satisfação dos clientes e desenvolvimento de profissionais de saúde.

**Palavras-chave:** Núcleo de Segurança do Paciente; Riscos adversos; Organização Nacional de Acreditação.

### **ABSTRACT**

Accreditation of an institution by the National Accreditation Organization (ONA) requires a long-term change process, which includes conducting an organizational diagnosis, adopting a health management system and ongoing training and respect for safety. The present study was carried out in a gynecological clinic from Serra city, Espírito Santo. The goal of this paper is to analyze and to evidence the adverse event control process of the Risk Management and Patient Safety Center (NGRSP) comparing the effectiveness of the effective implantation of the Patient Safety Nucleus in such gynecological clinic. The methodology used was retrospective and descriptive. The results show that the accreditation of the clinic was advantageous the quality of the management, due to the standardization of the processes, which contributed to the decrease of the adverse risks and increase the safety of the patient. Add to that the improvement of customer satisfaction and the development of health professionals.

**Key-words:** Patient Safety Nucleus, adverse risks, National Accreditation Organization.

## INTRODUÇÃO

O ambiente hospitalar, apesar de ser planejado para um local seguro e salubre, ainda assim é palco de situações que expõem pacientes a riscos. Neste sentido, algumas instituições de saúde podem ser uma fonte secundária de prejuízos à integridade do paciente, uma vez que estes podem adquirir novas enfermidades apenas pelo fato de estarem nesses ambientes.

De acordo com Pereira (2006, p. 02), ao citar a obra *To err is human: building a safer health care system*, do *Institute of Medicine da National Academy of Sciences* dos Estados Unidos da América, visualiza-se que ocorrem, por ano, entre 44.000 a 98.000 mortes de norte-americanos em razão de eventos adversos ocorridos em instituições de saúde. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em seu manual, define como “evento adverso” qualquer ocorrência médica indesejável que resulte em prejuízos ao paciente, tais como morte; ameaça à vida (note que ameaça à vida refere-se ao risco de morte no momento da reação/evento, mas não está relacionado à hipótese de levar o paciente à morte se a reação/evento fosse mais severa); necessidade de hospitalização ou prolongamento de uma hospitalização preexistente; incapacidade persistente ou significativa; anomalia congênita e malformação ao nascimento, além de efeitos clinicamente importantes. Dentre os eventos adversos, destacam-se três tipos de erros que são relacionados ao profissional, ao procedimento e ao sistema (PEREIRA, 2006, p. 22).

Visando instituir ações para a promoção da segurança do paciente e melhorar a qualidade no atendimento em serviços de saúde, a ANVISA publicou em 25 de julho de 2013 a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 36. Essa Resolução determina que a direção do estabelecimento deva constituir o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), composto por profissionais da área da saúde. De forma breve, pode-se conceituar a segurança do paciente como sendo tudo aquilo que é estudado e executado para evitar que eventos adversos aconteçam ao se cuidar de uma pessoa doente.

Dentre todas as competências do NSP elencadas na RDC nº 36/2013, é possível destacar: promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados; utilização de equipamentos, medicamentos e insumos, propondo ações preventivas e corretivas; implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores; estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde; analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde; notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde; e acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.

No contexto brasileiro, a acreditação hospitalar ainda é muito contemporânea. Somente na década de noventa que se teve maior reconhecimento. Acreditação tem sua definição como um sistema de avaliação e certificação da qualidade de serviços de saúde, incluindo hospitais e clínicas, sendo sua diligente a Organização Nacional de Acreditação (ONA). Segundo a ONA, a acreditação tem um caráter eminentemente educativo, voltado para a melhoria contínua, sem fiscalização ou controle oficial/governamental, não devendo ser confundida com os procedimentos de licenciamento e ações típicas de Estado. Seu processo de acreditação é pautado em três princípios fundamentais: voluntário, periódico e reservado. Dessa maneira, ter tal acreditação pode assegurar reconhecimento público para a instituição de saúde acreditada.

A presente pesquisa foi conduzida em uma clínica ginecológica, localizada no município de Serra no estado do Espírito Santo. A metodologia utilizada foi retrospectiva e descritiva, considerando esse método adequado por considerar que a intenção é expor as condições de um determinado evento. Diante dos fatos apresentados, a importância deste estudo consiste na melhoria da assistência hospitalar na clínica ginecológica em que a pesquisa foi desenvolvida, com foco na redução de eventos adversos e diminuição de riscos para o paciente atendido na instituição. Considera-se relevante, também, demonstrar, mais especificamente, os processos utilizados, as dificuldades observadas, os resultados obtidos e os planos de contingência necessários na implantação dos projetos de melhoria, além do aprendizado e a população alcançada. O objetivo central foi evidenciar o processo de controle de eventos adversos do Núcleo de Gerenciamento de Risco e Segurança do Paciente (NGRSP) da clínica ginecológica com centro cirúrgico estudada, comparando a eficácia da implantação efetiva do NSP.

## **REVISÃO TEÓRICA**

A acreditação hospitalar originou-se de uma iniciativa do Colégio Americano de Cirurgiões, no ano de 1924, nos Estados Unidos, com o Programa de Padronização Hospitalar, que visava garantir um conjunto de padrões assistenciais de qualidade a todos os pacientes (Mendes e Mirandola, 2015 apud Feldman et al., 2005).

No caso do Brasil, a acreditação se iniciou, de fato, no fim dos anos oitenta, influenciada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a qual decretou uma série de detalhes padronizados para os serviços prestados nos hospitais da América Latina (Mendes e Mirandola, 2015 apud Shiesari & Kisil, 2003).

Nesse contexto, o Ministério da Saúde definiu uma comissão de âmbito nacional, composta por especialistas, com o objetivo de desenvolver o modelo brasileiro de acreditação, em 1997. Como efeito, publicou-se o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar, que elencava padrões de segurança e qualidade para os hospitais que

buscavam alcançar o título de acreditação. Em 1999, portanto, foi fundada a Organização Nacional de Acreditação (ONA), entidade não governamental, sem fins lucrativos, com a responsabilidade de administrar o Sistema Brasileiro de Acreditação, estabelecendo normas técnicas e padrões para serviços de diversas espécies, além de capacitação profissional (Mendes e Mirandola, 2015 apud Shiesari & Kisil, 2003).

A ONA possui como objetivo estimular que se implante a certificação de qualidade padrão dos serviços nas organizações que, de maneira voluntária, optam pela aderência à acreditação. No caso do funcionamento no Brasil, a acreditação é baseada em um procedimento de avaliação voluntária, reservada e periódica, para garantia da qualidade dos padrões aceitáveis. Esses padrões se estabelecem em grau de complexidade e guiam a instituição avaliadora na realização de uma análise crítica da infraestrutura, dos processos e dos resultados de um ambiente hospitalar ou de qualquer prestador de serviços em saúde (Mendes e Mirandola, 2015 apud ONA, 2013).

De acordo com o modelo instituído no Brasil, um hospital pode ser certificado em três diferentes níveis de complexidade (Mendes e Mirandola, 2015 apud ONA, 2013):

- **Nível 1 (Acreditação):** caracterizado pela ênfase na segurança. Verifica o atendimento de requisitos formais, técnicos e de estrutura conforme a legislação correspondente. Enfatiza também a gestão de riscos adotada pelo hospital.
- **Nível 2 (Acreditação Plena):** tem foco nos processos. Avalia a gerência dos processos e suas interações sistêmicas. Também pressupõe um sistema de medição de desempenho e ações de educação para melhoria desses processos.
- **Nível 3 (Acreditação com Excelência):** tem foco nos resultados. Avalia a existência de políticas de melhoria contínua do desempenho organizacional a partir das medições internas e comparações externas. Neste nível, há evidências de maior maturidade na gestão hospitalar e uso estratégico das ações de melhoria.

Os impactos ocasionados pela acreditação podem ser resumidos na figura 1, abaixo.

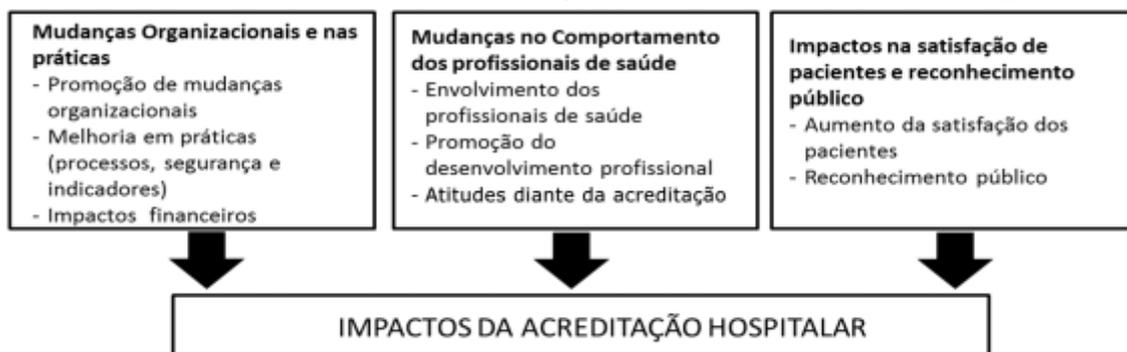


FIGURA 1: Enumeração dos detalhes da acreditação. Fonte: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-530X2015000300636&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-530X2015000300636&lng=pt&tlng=pt).

## **Mudanças das práticas e organização dos hospitais**

Ao analisar a realidade atual, é possível perceber que a acreditação se coloca como uma razão para mudança de comportamentos organizacionais.

Em uma investigação minuciosa, buscou-se analisar os impactos ocasionados pela acreditação, o que sugeriu que a acreditação atua de maneira positiva em programas de controle de infecção em ambientes de saúde japoneses. Foram identificadas, também, reduções no número de erros médicos em hospitais americanos. Ainda que esses estudos apresentem resultados positivos, há, paralelamente, resultados divergentes encontrados (Mendes e Mirandola, 2015 apud Miller et al., 2005). Sendo assim, há escassez de evidências empíricas coesas para que se estabeleça uma correlação definitiva (Mendes e Mirandola, 2015 apud Greenfield & Braithwaite, 2008).

Nessa perspectiva, foram encontradas evidências de que hospitais que possuíam acreditação, ou aqueles com certificação ISO 9001, demonstravam melhores resultados em gestão, controle dos riscos e satisfação dos pacientes, quando comparados com hospitais sem certificações (Mendes e Mirandola, 2015 apud Shaw et al. 2010). Contudo, todo esse sistema pode gerar uma grande sobrecarga em termos administrativos, de forma a acarretar uma maneira de se resistir à acreditação (Mendes e Mirandola, 2015 apud Pomey et al., 2004).

Sendo assim, o impacto da acreditação no âmbito financeiro ainda é repleto de indeterminantes, uma vez que melhorias na eficiência dos processos e na assistência, nem sempre podem ser associadas diretamente à acreditação hospitalar. Dessa forma, há uma necessidade de estudos sobre a avaliação econômica da acreditação (Mendes e Mirandola, 2015 apud Greenfield & Braithwaite, 2008; Mumford et al., 2013).

## **Impactos x profissionais da área da saúde**

É notável para Pomey et al. (Mendes e Mirandola, 2015) que há uma resistência dos profissionais da área da saúde para que ocorra a acreditação do estabelecimento, visto que é necessário o envolvimento de diversos segmentos profissionais para a implementação da acreditação. Os cargos ascendentes são responsáveis por organizar e esclarecer os propósitos da acreditação aos demais funcionários (Mendes e Mirandola, 2015 apud Macinati, 2008; El-Jardali et al., 2008). O profissional de enfermagem se torna de suma importância para a acreditação, uma vez que este, normalmente, assume a posição de gestão e de funções técnicas (Mendes e Mirandola, 2015 apud Manzo et al., 2012).

Ademais, um ponto positivo em relação à acreditação e os profissionais de saúde é que a acreditação hospitalar colaborou para melhor qualificação dos profissionais envolvidos (Mendes e Mirandola, 2015 apud Greenfield & Braithwaite, 2008; Greenfield et al., 2011). Há promoção de treinamentos e atividades na educação, o que contribui para a capacitação desses profissionais (Mendes e Mirandola, 2015

apud Pomey et al., 2005; Newhouse, 2006; Touati & Pomey, 2009). A acreditação é associada, ainda, como uma eficaz estratégia para melhoria da qualidade e do desempenho organizacional, tornando-se outro ponto positivo (Mendes e Mirandola, 2015 apud Davis et al., 2007; Alkhenizan & Shaw, 2011). Já negativamente, é observada a associação da acreditação (com seus níveis organizacionais) com os altos custos para sua implementação (Mendes e Mirandola, 2015 apud Pomey et al., 2004).

### **Impactos x pacientes e público em geral**

A acreditação hospitalar pode ser compreendida como estratégia que transmite valor ao hospital, fazendo com que este tenha um selo de qualidade, diferenciando-o dos demais (Mendes e Mirandola, 2015 apud Al Tehewy et al., 2009; Thornlow & Merwin, 2009). Todavia, uma pesquisa realizada por Sack et al. (Mendes e Mirandola, 2015) com 37.000 usuários em 78 instituições diferentes, não apresentou relação entre a acreditação e a satisfação com a melhoria de qualidade. Logo, os autores da pesquisa concluíram que a acreditação é uma tomada de decisão relevante para a gestão de qualidade. Porém, esta, nem sempre, será percebida pelos pacientes. Assim, é um ponto que ainda demanda maiores esclarecimentos. É notório que a divulgação dos resultados (positivos) da acreditação, sejam eles totais ou parciais, tem impacto positivo para os pacientes e para o hospital (Mendes e Mirandola, 2015 apud Greenfield & Braithwaite, 2008).

## **RESULTADOS**

As ações tomadas para a promoção da implantação eficaz da segurança do paciente estão especificadas na tabela 1, onde é demonstrada a matriz de risco da instituição de saúde. Para estratificação dos dados, foram separados, em colunas, os riscos referentes às atividades realizadas na clínica, sendo que, para cada risco associado, foi elaborada uma matriz de classificação, na qual os itens recebem pontuação de 0 a 4. Por meio da multiplicação das pontuações, é gerada uma graduação de criticidade do evento, o que permite identificar os processos que requerem atenção redobrada.

TABELA 1: Análise dos riscos situacionais. Fonte: arquivo fornecido pela clínica analisada.

Atividade	Risco	Classificação				Fatores de Risco	Ações de Prevenção (O que fazer para evitar o risco)	Ações de Contenção (O que fazer caso aconteça)	Forma de Monitoramento
		Tipo	IMPACTO	PROBABILIDADE	Criticidade				
REALIZAÇÃO DE PEQUENOS PROCEDIMENTOS GINECOLÓGICOS	ATENIMENTO EM TEMPO INADEQUADO / CANCELAMENTO DE PROCEDIMENTOS E CONSULTAS	O	2	4	8	Ausência/demora no atendimento do anestesista;	Marcação dos procedimentos com antecedência com o serviço da Anestesia (encaminhar mapa de cirurgia 1 semana antes);  Realizar agendamento cirúrgico de acordo com a utilização do material (tempo para esterilização);  Realizar comunicação prévia com a CME para controle de horários nas esterilizações dos instrumentais e materiais da Clínica;  Realizar monitoramento de agendas, confirmação com antecedência dos pacientes agendados.	Comunicar diretamente com a desideia ao coordenador médico dos anestesistas;  Cancelar / reagendar cirurgia com o paciente;  Realizar Notificação de Risco conforme POP/DTC/NSP 0005 Realização de Notificação de Risco  Cancelar / reagendar consulta com o paciente ou aguardar para encaixe.	Relatório de Cirurgia. Agenda de consultas.
						Dificuldade de comunicação com a responsável pelo serviço de anestesia			
						Falta de materiais / instrumentais para realização dos procedimentos			
						Falta / atraso na entrega dos materiais e instrumentais pela CME			
	Realizar agendamento incorreto								
	QUEDA	AR/C	4	1	4	Paciente sob sedação;	Paciente ficar sob supervisão da enfermagem pós procedimento / sempre acompanhado;	Informar ao enfermeiro do setor e o médico assistente;	Notificação de Risco
Paciente gestante;						Acomodar paciente em cama com grade;	Acionar imediatamente o médico para estabelecer a conduta e realizar Notificação de Risco;		
Hipotensão ortostática.						Avaliação do estado de consciência do paciente para alta e oferecer dieta.	Realizar Notificação de Risco conforme POP/DTC/NSP 0005 Realização de Notificação de Risco.		
REALIZAÇÃO DE PEQUENOS PROCEDIMENTOS GINECOLÓGICOS	INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA (PROGENIA)	A	3	1	3	Reprocessamento inadequado de materiais para procedimentos cirúrgicos;	Avaliar o material reprocessado antes de abrir, verificando o identificador de esterilização.  Realizar a antisepsia da pele corretamente (Portarias 2095, 1377 e 529 de 2013).  Seguir POP/DTC/SCIH0020;  Verificar se o identificador de esterilização esta satisfatório e realizar troca de material.	Na suspeita de sinais de infecção solicitar a presença do paciente para reavaliação médica;  Realizar investigação da provável causa Pesquisar as causas da infecção junto a SCIH.	Acompanha mento nas consultas de retorno.  Indicador de Infecção pós-procedimento o. Pirogenia.
						Antisepsia da pele inadequada;			
						Higienização das mãos inadequada;			
						Indicador de esterilização insatisfatório.			
	ASSEGURAR PROCEDIMENTO CORRETO NO PACIENTE CERTO	A	3	1	3	Cadastro errado do procedimento;	Triagem pela enfermagem através da SAE;	Comunicar a falha da solicitação do procedimento ao paciente;	Notificação de Risco
						Cadastro errado do paciente	Manter paciente com pulseira de identificação; Portarias 2095 e 1377/2013, RDC 36/2013	Realizar Notificação de Risco conforme POP/DTC/NSP 0002 Realização de Notificação de Risco - Meio Físico POP/DTC/NSP 0005 Realização de Notificação de Risco - Meio Eletrônico	
Médico não realizar conferência do pedido e a avaliação dos exames anteriores;						Termo de consentimento; Conferir pedido do procedimento antes de iniciar a cirurgia.			
REALIZAÇÃO DE PEQUENOS PROCEDIMENTOS GINECOLÓGICOS	ERRO NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS	A	3	1	3	Medicamentos com nomes semelhantes;	Seguir 7 9 certos da administração de medicamento fixado no setor;  Realizar triagem para identificação de alergia; Realizar conferência da pulseira de identificação;	Informar o evento ao enfermeiro do setor e ao médico assistente imediatamente;  Acionar imediatamente o médico para Estabelecer conduta solicitada pelo médico assistente;  Analisar as causas do evento para a implementação de melhorias;  Realizar Notificação de Risco	Notificação de Risco
						Conferência inadequada da prescrição;			
						Pacientes com nomes semelhantes/homonimos;			
						Paciente desconhece alergia ou informação não coletada;			
						Não cumprimento dos 7 9 certos;			
	Não conferência da pulseira de identificação.								
TROCA DE MATERIAL ANATOMO-PATOLÓGICO.	OVR/C	4	1	4	Conferência inadequada da identificação do frasco contendo o material ao entregar o paciente/acompanhante.	Realizar conferência da identificação do frasco contendo material ao entregar o paciente/acompanhante; solicitar assinatura do mesmo no livro de protocolo de entrega de material anatomo-patológico.	Avaliar imediatamente a troca do material e informar ao laboratório o qual foi entregue o material, para que seja realizada a correção.  Realizar Notificação de Risco conforme POP/DTC/NSP 0005	Notificação de Risco	
Acidente de trabalho com material biológico	OC	2	1	2	Uso incorreto/falta de uso de EPI  EPI inadequado para atividade proposta	Seguir medidas de segurança e saúde no trabalho conforme NR32; Informar enfermeiro quanto disponibilização adequada de EPI de acordo com a atividade desempenhada.	Seguir fluxo de atendimento de acidente trabalho com material biológico.	Abertura de CAT	

Legenda: Tipo: A: Assistencial M: Ambiente O: Operacional OC: Ocupacional RC: Responsabilidade Civil S: Sanitário Impacto: 1: Pequeno 2: Moderado 3: Grave 4: Catastrófico Probabilidade: 1: Baixa 2: Moderado 3: Alta 4: Frequente Criticidade: 1: Inaceitável 2: Importante 3: Moderado 4: Aceitável 5: Trivial

Após a classificação, foi detalhado cada fator de risco associado para que fosse possível ampliar o campo de ações de prevenção e predição. Caso o plano de prevenção não evite o evento adverso, há um plano de ação para contenção, possibilitando que todo o quadro de funcionários saiba tratar a ocorrência, independentemente do nível de envolvimento do colaborador com o acontecimento.

As ações descritas tiveram como resultado o início do monitoramento dos eventos adversos na instituição, que, por sua vez, permitem a melhoria contínua de processos que promovem um ambiente seguro ao paciente. Ressalta-se que a implementação de indicadores fidedignos deve ser efetivada, já que só há controle quando há medição, devendo esta ser feita por um profissional de gestão de riscos capacitado.

## **DISCUSSÃO**

Os alicerces da acreditação estão sedimentados nas dimensões estruturais, processos e resultados. No que tange à dimensão estrutural, esta é baseada na garantia da disponibilidade de recursos técnicos e infraestrutura necessários à prática clínica. No quesito processo, a clínica teve a necessidade de mapear todos os processos, bem como padronizar e documentar, investindo na gestão de processos. No que se refere aos resultados, foi direcionado o foco para a qualidade da gestão com a capacidade de criar políticas com a finalidade de melhoria dos resultados, tendo o início da criação de indicadores para medição de desempenho.

Com o estudo, evidenciou-se que a acreditação contribui para a diminuição dos riscos e o aumento da segurança dos pacientes, uma vez que estimula a melhoria de gestão de processos e reorganização interna.

As dificuldades identificadas foram descritas, sendo relevante a mudança na cultura da organização. Esta transformação, invariavelmente, gera uma resistência por parte do quadro de funcionários e médicos, devido à necessidade de implementar uma alteração de crenças e hábitos no ambiente, devendo ser incorporados valores baseados na segurança ao paciente.

Na parte financeira, não houve como mensurar a diminuição dos custos associados às deficiências antes vistas. Entretanto, foi comprovado, em pesquisa realizada pela instituição, o grau de satisfação dos clientes e dos médicos que se utilizam do ambiente para desenvolver suas atividades laborais clínicas e cirúrgicas, além da percepção de todos os colaboradores na preocupação com o bem-estar geral do paciente.

## **CONCLUSÃO**

O presente artigo buscou demonstrar a importância da implementação e/ou melhoria dos Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde, por meio de

estudos e pesquisas realizados em uma clínica ginecológica no Espírito Santo. Atrelado a isso, é evidenciada a necessidade de se buscar a acreditação em busca da excelência. Em virtude das tendências de modernização, o aumento da concorrência e maior exigência dos clientes, é essencial uma melhora contínua na prestação de serviços na área hospitalar.

Os resultados revelam que a implantação do Núcleo de Segurança do Paciente gera melhorias organizacionais e favorece a diminuição de intercorrências nos procedimentos, reduzindo significativamente os eventos adversos. Eventos esses que se traduzem, para o estabelecimento, em gastos financeiros; mancham a imagem pública da instituição, e, para os pacientes, se apresenta em sequelas físicas, psicológicas e até mesmo mortes.

O artigo em questão possui, ainda, como finalidade, demonstrar a necessidade de se garantir mais adesões ao Programa Brasileiro de Acreditação. Entretanto, sabe-se que qualquer iniciativa de qualidade é um processo de mudança cultural que deve ser gerenciado com cautela pelos responsáveis dos estabelecimentos. Compromissos devem ser firmados, com o objetivo de garantir o envolvimento de todos os colaboradores.

## AGRADECIMENTOS

À Faculdade Brasileira de Ensino Pesquisa e Extensão Multivix, por nos incentivar e promover atividades de pesquisa. À Dra. Rubia Mara Martins e ao Prof. Dr. Vinícius Santana Nunes pelo empenho dedicado na orientação de todo este trabalho. À Clínica Mulher por ter cedido e confiado a nós dados para fundamentar e inserir no presente estudo.

## REFERÊNCIAS

MENDES, Glauco Henrique de Sousa; MIRANDOLA, Thayse Boucinha de Sousa. **Acreditação hospitalar como estratégia de melhoria: impactos em seis hospitais acreditados.** *Gest. Prod.*, São Carlos, v. 22, n. 3, p. 636-648, set. 2015. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-530X2015000300636&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-530X2015000300636&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 15 nov. 2018. Epub 29-Set-2015. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-530X1226-14>.

PACIENTE. Segurança do. **Relatório dos Estados – Eventos adversos.** Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/category/relatorios-dos-estados>. Acesso em: 9 out. 2017.

PACIENTE. Segurança do. **Formulários Auto avaliação das Práticas de Segurança do Paciente.** Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/autoavaliacao-de>. Acesso em: 11 out. 2017.

PEREIRA, S.; HARADA, M.; PEDREIRA, M.; PETERLINI, M. **O Erro Humano e a Segurança do Paciente**. 1 ed. São Paulo: São Paulo, 2006.

SAÚDE. Biblioteca Virtual em. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013\\_25\\_07\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013_25_07_2013.html). Acesso em: 4 out. 2017.

SAÚDE. Secretaria de atenção à saúde. **Cadastro Nacional de estabelecimentos de saúde**. Disponível em:

[http://cnes2.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Unidade.asp?VEstado=00](http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=00). Acesso em: 9 out. 2017.

USUÁRIO. Manual do. **Formulário para Notificação de Eventos Adversos a Medicamento – Profissional da Saúde**. Disponível em:

[http://www.anvisa.gov.br/hotsite/notivisa/manual/ea\\_medicamento\\_profissional.pdf](http://www.anvisa.gov.br/hotsite/notivisa/manual/ea_medicamento_profissional.pdf). Acesso em: 15 out. 2017.