

**Etapas da prática de investigação de eventos adversos: recorte do cenário nacional**

Steps in the practice of investigating adverse events: a snapshot of the national context

Lucas Garcia Mello¹ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-4833-606X>**Bárbara Pompeu Christovam²**ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-9135-8379>**Paula Amorim Moreira³**ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-1047-0658>**Érica Brandão Moraes⁴**ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-3052-158X>**Graciele Oroski Paes⁵**ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-8814-5770>^{1,2,3,4}Universidade Federal Fluminense/UFF. Rio de Janeiro (RJ), Brasil.⁵Universidade Federal Rio de Janeiro/UFRJ. Rio de Janeiro (RJ), Brasil.**Editor de Seção:**

Valesca Patriota de Souza

Editor Científico:

Tatiane Gomes Guedes

Editor Chefe:Maria Wanderleya de Lavor
Coriolano Marinus

Submissão: 10/03/2023

Aceito: 28/06/2024

Publicado: 22/08/2024

RESUMO**Objetivo:** descrever as etapas e dificuldades da investigação de eventos adversos das instituições de saúde, na prática dos Núcleos de Segurança do Paciente.**Método:** estudo transversal, prospectivo, com abordagem quantitativa, desenvolvido em 24 hospitais públicos e privados que possuem NSP, distribuídos em diferentes regiões do Brasil. A amostra foi composta por 95 participantes. A coleta de dados ocorreu por meio de um questionário estruturado composto de 14 perguntas objetivas. Os dados foram organizados em planilhas e analisados por meio de estatística descritiva. **Resultados:** a maioria dos profissionais é do sexo feminino (83,2%), na faixa etária de 39 a 42 anos (40,0%), enfermeiros (89,5%), com pós-graduação tipo MBA (61,1%), sendo a primeira especialização terapia intensiva (56,8%) e a segunda especialização gestão da qualidade dos serviços de saúde (79%). Identificaram-se as etapas e as principais dificuldades na prática de investigação de eventos adversos: coleta de dados, entrevistas, Tracer e acompanhamento do plano de ação. **Conclusão:** a investigação de eventos adversos é um desafio para todas as instituições de saúde, sobretudo devido à necessidade do alinhamento das ferramentas de acordo com a complexidade do evento analisado.**Descritores:** Segurança do paciente; Gestão de riscos; Dano ao paciente; Qualidade em saúde; Gestão da segurança.**ABSTRACT****Objective:** To describe the steps and challenges in the investigation of adverse events in healthcare institutions, as practiced by Patient Safety Centers. **Method:** This is a cross-sectional, prospective study with a quantitative approach, conducted in 24 public and private hospitals with Patient Safety Centers (PSCs) located in different regions of Brazil. The sample consisted of 95 participants. Data collection was carried out using a structured questionnaire composed of 14 objective questions. The data were organized in spreadsheets and analyzed using descriptive statistics.**Results:** Most of the professionals were female (83.2%), aged between 39 and 42 years (40.0%), nurses (89.5%), with an MBA postgraduate degree (61.1%), with intensive care being the first specialization (56.8%) and quality management of health services as the second specialization (79%). The steps and main challenges in the practice of investigating adverse events were identified: data collection, interviews, tracer, and monitoring the action plan. **Conclusion:** Investigating adverse events is a challenge for all healthcare institutions, mainly due to the need to align tools according to the complexity of the event being analyzed.**Descriptors:** Patient safety; Risk management; Patient harm; Healthcare quality; Safety management.**COMO CITAR ESTE ARTIGO:**

Mello LG, Moreira PA, Christovam BP, Moraes EB, Paes GC. Etapas da prática de investigação de eventos adversos: recorte do cenário nacional. Rev. enferm. UFPE on line. 2024;18:e257766 DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2024.257766>

INTRODUÇÃO

A gestão de riscos consiste na aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional. Ademais, com a publicação da RDC 36/2013, foi possível compreender que a gestão de riscos possui uma abordagem proativa e reativa nos serviços de saúde.¹⁻³

A abordagem proativa dos riscos consiste na identificação, planejamento e implementação de ações e atividades que funcionam como barreiras para evitar que este risco resulte em um incidente. Já a abordagem reativa consiste no gerenciamento dos incidentes, visto que os riscos já são identificados como um incidente, ou seja, evento ou circunstância que poderia ter resultado ou resultou em dano desnecessário ao paciente.³⁻⁴

Neste contexto, no Brasil, foi publicada a RDC nº 36, que instituiu as ações para a segurança do paciente em serviços de saúde, assim como a criação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP).¹

O NSP é definido como uma instância do serviço de saúde criada com o objetivo de promover e apoiar a implantação das ações voltadas à segurança do paciente. É função primordial do NSP a integração das diferentes instâncias que trabalham com riscos nas instituições de saúde, considerando o paciente como sujeito e objeto final do processo de cuidado em saúde.³⁻⁴

Neste sentido, nos serviços de saúde, compete ao NSP a gestão e operacionalização da abordagem proativa e reativa da gestão de riscos como: identificação, análise, avaliação, monitoramento, tratamento e comunicação de riscos.³⁻⁵

O grande desafio das instituições de saúde é a operacionalização efetiva da abordagem reativa do gerenciamento de risco, sobretudo na condução do processo de investigação de um evento adverso (EA) que, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), consiste em uma falha que resulta em dano ao paciente decorrente do cuidado em saúde.³⁻⁵

Estudo internacional constatou que um a cada quatro pacientes internados em hospitais americanos sofreu algum evento adverso. Além disso, a cada ano, na Europa, entre 8% e 12% dos pacientes hospitalizados experimentam algum tipo de dano ou lesão relacionada aos cuidados que recebem.⁶

Em estudo observacional, cujo objetivo foi caracterizar os eventos adversos de uma Unidade de Terapia Intensiva, constatou-se a ocorrência de 152 eventos adversos, destacando o perfil dos pacientes do sexo masculino, adultos jovens, com média de 45

anos. Os principais eventos adversos identificados foram: erros de medicação (29,6%), lesão por pressão (21%), extubação não planejada (17%), infecções associadas aos cuidados de saúde (15,13%) e perda de sonda (9,90%), ressaltando a necessidade de educação permanente dos profissionais, a fim de sensibilizá-los para notificar os eventos, e da capacitação para reduzir os índices dos eventos adversos.⁷

Recentemente, a OMS publicou o Plano de Ação Global para Segurança do Paciente 2021–2030, cujo objetivo é tratar da eliminação de danos evitáveis nos cuidados de saúde, pois a estimativa é que 1 a cada 10 pacientes está sujeito a um evento adverso durante a internação hospitalar e estudos mais recentes sugerem que 134 milhões de eventos em decorrência de fragilidade dos cuidados e/ou inseguros, o que pode resultar em 2,6 milhões de mortes anuais.⁸

Dessa forma, a investigação dos eventos adversos nos serviços de saúde, considerada uma exigência para o NSP, é uma ação fundamental para identificar e mapear as falhas ocorridas na assistência e explorar as possíveis causas que levaram ao incidente, traçando planos de ação que permitam a redução do grau do dano e a prevenção de uma possível recorrência.¹⁻³

Atualmente, existem ferramentas e/ou instrumentos que ajudam a realizar a investigação e, assim, a chegar a uma análise robusta e resultados consistentes. As ferramentas mais utilizadas para investigação de EA são: *Canadian Incident Analysis Framework*; *Yorkshire Contributory Factors Framework* e o Protocolo de Londres. No entanto, todos os instrumentos possuem uma característica em comum, a busca pela causa raiz do EA resultando na construção de um plano de ação efetivo.⁹⁻¹³

É importante destacar que, para obter uma investigação completa e robusta, existem pontos necessários que o instrumento necessita conter, como: utilizar a base conceitual da OMS, possuir um time de especialistas dedicado na investigação, esgotar a análise de causa raiz através das ferramentas da qualidade, esgotar a identificação de fatores contribuintes, a criação de um plano de ação alinhado com a causa raiz e o modo de falha.¹¹⁻

14

Além disso, o enquadramento da força de intervenção da ação descrita, ou seja, a capacidade que aquela ação possui para eliminar o modo de falha ou mitigar os riscos existentes e, por fim, a resposta que a instituição vai gerar frente ao EA alinhado com a cultura justa.¹⁵

Outro diferencial no processo de investigação é a participação e validação do departamento jurídico da instituição para permitir uma resposta imediata no que tange ao envolvimento da família, e na compreensão sobre os aspectos relacionados ao processo

de trabalho e o profissional e a articulação da organização para a minimização do impacto jurídico.¹⁵⁻¹⁶

Embora haja recomendações nacionais e internacionais sobre o processo de investigação, emerge a necessidade de padronização desta prática. Este aspecto foi corroborado ao evidenciar nas produções científicas uma lacuna no conhecimento acerca de estudos que tratem da operacionalização da abordagem reativa dos riscos e a implementação dos instrumentos para a investigação.¹¹⁻¹⁵

Estudos indicam, nesse sentido, que, nos países em desenvolvimento, ainda há a necessidade de realizar pesquisas que possam revelar os aspectos acerca dos fatores contribuintes, pois, nas instituições de saúde, ainda é bastante elevado o risco de morte por erro durante a internação ou o risco de ocorrer um EA.

Assim, o desenvolvimento deste estudo contribuiu para a melhoria da abordagem reativa e o incremento no conhecimento da prática acerca das etapas necessárias para uma investigação adequada alinhada às produções científicas.

OBJETIVO

O objetivo desta pesquisa foi descrever as etapas e as respectivas dificuldades dos NSP na prática da investigação de eventos adversos nas instituições de saúde.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, prospectivo, com abordagem quantitativa, desenvolvido em 24 hospitais públicos e privados que possuem NSP, distribuídos em diferentes regiões do Brasil. A amostra foi composta por 95 participantes que atuavam em 24 NSP dos hospitais selecionados para o estudo e que atenderam aos seguintes critérios de elegibilidade: dedicação exclusiva ao NSP, possuir nível superior na área da saúde e atuação na análise e investigação de incidentes. Excluíram-se oito profissionais, afastados de suas funções no período de setembro a novembro de 2019, durante a coleta de dados.

O recrutamento dos participantes, realizado no mês de agosto de 2021, operacionalizou-se em três etapas. Na primeira etapa, realizou-se videoconferência, por meio do software Google Hangouts da versão 80.0.3987.163, com os profissionais de cada hospital, separadamente, com o objetivo de apresentar a pesquisa, seus objetivos e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Na segunda etapa, encaminhou-se por e-mail o TCLE para apreciação dos participantes e assinatura, caso aceitassem participar do estudo. Por fim, na última etapa, disponibilizou-se o link para acesso ao instrumento utilizado para coleta de dados, elaborado no software Survey Monkey online.

A coleta de dados ocorreu de setembro a novembro de 2021, por meio de questionário estruturado composto por 14 perguntas. O questionário, baseado nas recomendações oriundas do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e na abordagem das ferramentas recomendadas pelas metodologias de acreditação nacional e internacional, continha duas partes: perguntas relacionadas ao perfil do profissional e informações sobre a instituição em que atuava; e perguntas sobre as etapas e recomendações práticas que devem ser incluídas no processo de investigação dos eventos adversos na saúde.

Os dados foram organizados em planilhas no Programa Excel® 2011 e analisados por meio de estatística descritiva. O tratamento estatístico foi realizado através do software IBM SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 22.0, e do software R.

A pesquisa cumpriu todos os aspectos éticos legais da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovada pelo Comitê de Ética da instituição proponente, sob parecer consubstanciado nº: 3.567.788.

RESULTADOS

Participaram do estudo 95 profissionais atuantes no processo de investigação de incidentes de 24 NSP dos hospitais selecionados para o estudo. A maioria dos profissionais é do sexo feminino (83,2%), na faixa etária de 39 a 42 anos (40,0%), enfermeiros (89,5%), com pós-graduação tipo MBA (61,1%), sendo a primeira especialização terapia intensiva (56,8%) e a segunda especialização gestão da qualidade dos serviços de saúde (79%) (Tabela 1).

Tabela 1. Características dos profissionais que atuam na investigação dos incidentes do núcleo de segurança do paciente. Rio de Janeiro (RJ), Brasil, 2022.

Variável	Global (n=95)	
	F	%
Sexo		
Feminino	79	83,2
Masculino	16	16,8
Idade (anos)		
30 — 33	11	11,6
33 — 36	15	15,8
36 — 39	4	4,2
39 — 42	38	40,0
42 — 45	13	13,7

45 — 48	8	8,4
48 — 51	0	0,0
51 — 54	6	6,3
Cargo na instituição		
Analista/ Coordenador/ Consultor/Supervisor de Qualidade	64	67,37
Gerente do NSP	15	15,79
Gerente assistencial	8	8,42
Analista Segurança do Paciente	5	5,26
Consultor/ Gerente de riscos	3	3,16
Formação		
Enfermeiro	85	89,5
Biomédica	3	3,2
Médico	3	3,2
Farmacêutico	2	2,1
Fisioterapeuta	1	1,1
Psicóloga	1	1,1
Maior Titulação		
Doutorado	6	6,3
Especialização	15	15,8
MBA	58	61,1
Mestrado	16	16,8
Número de Especializações		
1	32	33,7
2	63	66,3
Trajetória de formação – Primeira Especialização		
Controle de infecção	10	10,5
Oncologia	17	17,9
Terapia Intensiva	54	56,8
Centro Cirúrgico	3	3,2
Outras	11	11,5
Trajetória de formação – Segunda Especialização		
Gestão de Qualidade em Serviços de Saúde	79	79,0
Gestão em Saúde	7	7,4
Gestão da Qualidade Total	2	2,1
Segurança do Paciente	2	2,1
Executivo em Saúde	3	3,2
Outras	6	6,3
Tempo de formado (anos)		
8 — 11	11	11,6
11 — 14	40	42,1
14 — 17	27	28,4
17 — 20	5	5,3
20 — 23	6	6,3
23 — 26	5	5,3
26 — 29	1	1,1

Neste estudo, identificou-se como ocorrem as etapas de investigação dos eventos adversos na prática clínica, baseada nas recomendações do Programa Nacional para Segurança do Paciente (PNSP). Na Figura 1 elenca-se este processo nas instituições participantes da pesquisa.

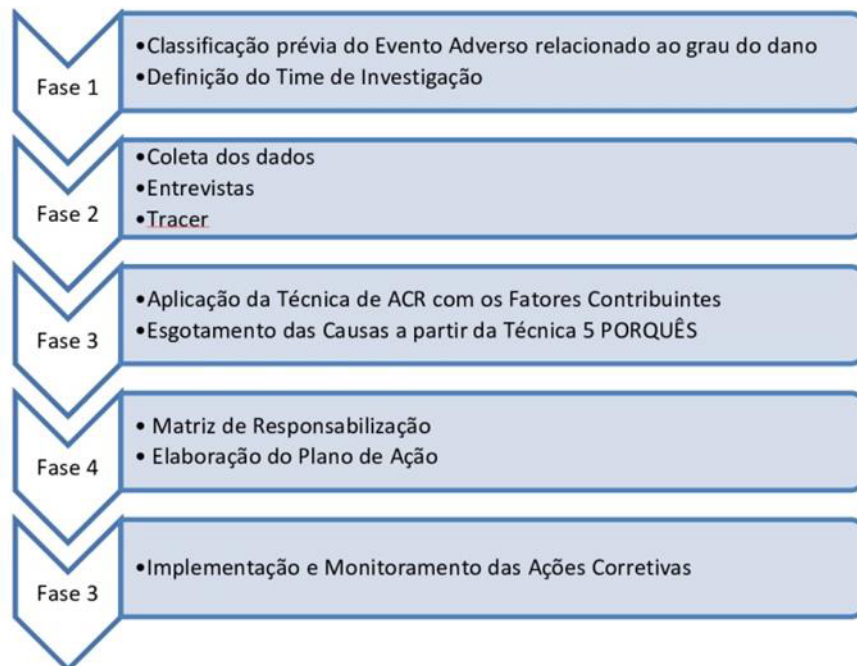


Figura 1. Etapas de investigação de eventos adversos. Rio de Janeiro (RJ), Brasil, 2022.

A Tabela 2 apresenta a distribuição de frequências das respostas relativas às questões que tratam sobre as etapas consideradas importantes para investigação dos eventos adversos.

Tabela 2. Respostas sobre as etapas consideradas importantes para investigação dos eventos adversos. Rio de Janeiro (RJ), Brasil, 2022.

Questão	N	%
1) A decisão para investigar um evento adverso deverá ser definida a partir de uma política de gerenciamento de risco e dependentemente ao grau do dano		
Discordo Totalmente	15	15,8%
Concordo Parcialmente	10	10,5%
Concordo Totalmente	70	73,7%
2) É importante a definição de um time multidisciplinar investigação dos eventos adversos		

Concordo Parcialmente	15	15,8%
Concordo Totalmente	80	84,2%
3) Deverá ser incluído um especialista na área para investigação de eventos adversos		
Discordo Totalmente	5	5,3%
Concordo Parcialmente	5	5,3%
Concordo Totalmente	85	89,5%
4) Na etapa de coleta de dados, em alguns casos, é importante utilizar outros recursos como, por exemplo: gravação de imagem (vídeo), gravação de voz, registros do departamento de pessoal (folha de ponto) e escalas de trabalho		
Concordo Parcialmente	10	10,5%
Concordo Totalmente	85	89,5%
5) A etapa de entrevista deverá ser posterior à etapa de coleta de dados		
Concordo Parcialmente	10	10,5%
Concordo Totalmente	85	89,5%
6) Após a coleta de dados e entrevistas, realizar a uma visita na unidade, para refazer o processo/linha de cuidado/protocolo para identificar outros aspectos que serão incluídos na compreensão do modo de falha		
Nem discordo, nem concordo	5	5,3%
Concordo Parcialmente	15	15,8%
Concordo Totalmente	75	78,9%
7) A equipe de investigação deverá levantar todos os fatores contribuintes utilizando a técnica de Análise de Causa Raiz (ACR) com base de todos os achados (Coleta de dados, entrevistas e tracer)		
Concordo Parcialmente	15	15,8%
Concordo Totalmente	80	84,2%
8) É interessante aplicar a técnica de "5 porquês?" na categoria – fator contribuinte - que obteve o maior número de seleção para esgotar a análise de causa raiz		
Nem discordo, nem concordo	5	5,3%
Concordo Parcialmente	15	15,8%
Concordo Totalmente	75	78,9%
9) Caso seja evidenciado - fator do profissional - como contribuinte no evento adverso é importante aplicar a matriz de responsabilização		
Nem discordo, nem concordo	5	5,3%
Concordo Parcialmente	15	15,8%
Concordo Totalmente	75	78,9%
10) A partir dos fatores contribuintes serão criadas as ações de melhoria no modelo 5W3H		
Concordo Totalmente	95	100%
11) O plano de ação deverá ser categorizado de acordo com o grau de força da intervenção		

Concordo Parcialmente	10	10,5%
Concordo Totalmente	85	89,5%
12) É importante selecionar um líder do plano de ação para acompanhar a implementação e ser a referência do núcleo de segurança do paciente para a atualização		
Concordo Totalmente	95	100%
13) O documento completo de investigação deverá ser apreciado pelo departamento jurídico da instituição		
Discordo Totalmente	5	5,3%
Concordo Parcialmente	30	31,6%
Concordo Totalmente	60	63,2%
14) Todas as ações de melhorias concluídas deverão ser compiladas e apresentadas nas reuniões de liderança		
Concordo Parcialmente	20	21,1%
Concordo Totalmente	75	78,9%

Quando indagados sobre quais as etapas do processo de investigação de eventos adversos, a dificuldade mais relatada pelos profissionais foi a etapa de acompanhamento do Plano de Ação, com 59 (62%) menções. Ademais, sobre a prática do *Disclosure*, 90 (94,7%) profissionais já realizaram e 82 (86,3%) já realizaram um feedback para os notificantes. Por fim, 95 (100,0%) profissionais consideram importante ter um fórum de discussão com a alta liderança e os líderes de unidade para discutir os incidentes e os planos de melhorias.

DISCUSSÃO

Quanto à predominância, 85 (89,5%) enfermeiros atuavam na liderança da investigação dos eventos adversos nas instituições participantes. Observa-se que, ao longo do tempo, o enfermeiro tem assumido papéis de destaque, não somente na gestão da enfermagem, mas, sobretudo, na gestão assistencial das organizações.¹⁷⁻¹⁸

Sendo assim, esse papel protagonista e transformador do enfermeiro nas instituições de saúde deve-se ao fato da formação deste profissional, visto que o curso de graduação em enfermagem é um dos poucos que oferece, em sua grade curricular, disciplinas teóricas, ensino clínico e estágio curricular na área da Gestão. Isso permite que os futuros profissionais desenvolvam uma visão ampliada dos processos organizacionais, articulando a gestão e a prática clínica, permitindo agregar valor às instituições de saúde, sobretudo, na performance da organização.¹⁸⁻¹⁹

Acerca da decisão para investigar um evento adverso ser definida a partir de uma política de gerenciamento e dependendo do grau do dano, isso reforça o modelo canadense

que se inicia com a etapa de “Preparo para Análise”, consistindo em uma investigação preliminar. A partir da percepção do grau do dano, com o objetivo de determinar o acompanhamento adequado de um incidente, incluindo a necessidade de análise, é necessária uma investigação inicial ou apuração de fatos. Após essa etapa, inicia-se o “Processo de Análise”; a estrutura canadense oferece três tipos de investigação: conciso, compreensivo e multi-incidentes.¹²⁻¹³

Já o Protocolo de Londres, que consiste em uma investigação sistematizada, permite que o time de investigação realize uma análise mais aprofundada acerca do incidente, a partir do modelo de acidente organizacional. Ademais, não permite uma linha de investigação pautada no grau do dano, pois, segundo o autor, a gravidade do desfecho não tem relação de proporcionalidade com a gravidade da falha. No entanto, a presença de fatores agravantes e fatores atenuantes pode moldar o desfecho, sendo que os fatores atenuantes podem proteger o paciente de um dano mais grave.⁹⁻¹²

Por conseguinte, é uma tarefa complexa, pois envolve inúmeras ações, mas é uma metodologia importante para “esgotar” a análise do incidente e propor as ações para corrigir as falhas. Além disso, é importante compreender os aspectos dos fatores contribuintes relacionados aos profissionais, com o objetivo de identificar consequências para a segunda vítima, que se refere ao profissional que sofre emocionalmente diante de um evento adverso inesperado para a segurança do paciente.^{9,20}

Atualmente, o Protocolo de Londres é uma ferramenta aplicada para analisar os incidentes com dano e gravidade grave e/ou óbito. Em alguns hospitais, o mesmo método é aplicado na análise das comissões de óbito depois da identificação de um óbito evitável, após o parecer da comissão, criando assim um fluxo de investigação robusto e consistente.⁹⁻¹¹

Todos os profissionais que participaram desse estudo concordam com a necessidade de selecionar um líder do plano de ação para acompanhar a implementação e ser a referência do núcleo de segurança do paciente para a atualização das ações. Estudos evidenciam que, no âmbito da enfermagem, a sobrecarga de trabalho e o número reduzido de pessoal contribuem para a ocorrência dos incidentes. Desta forma, o gestor da unidade possui uma série de atribuições gerenciais e assistenciais, não sendo possível acompanhar de forma adequada o plano de ação e atualizá-lo.¹⁹⁻²¹

Ademais, a gestão da segurança do paciente é um compromisso de todos, não somente dos membros do NSP. Por isso, a maior dificuldade relatada é o acompanhamento do plano de ação. Uma medida já indicada para melhoria deste processo seria a seleção

de um profissional para liderar a execução do plano de melhorias oriundas do processo de investigação.^{7,20}

Evidenciou-se o papel da alta liderança na validação dos achados da investigação, bem como no acompanhamento das ações de melhorias. Esse resultado infere que a segurança do paciente envolve recursos humanos e tomada de decisão em todos os níveis da instituição de saúde, pois uma organização de alta confiabilidade deve possuir uma consciência situacional coletiva com relação à segurança do paciente. O compromisso se dá em todos os níveis da organização, incluindo a alta administração.²¹

Nesse contexto, vale ressaltar também a participação do departamento jurídico da instituição em apreciar todo o documento resultante do processo de investigação, com o objetivo de identificar e entender o modo de falha e atenuar os riscos de imagem e jurídico para a instituição.

Estudo europeu, que objetivou analisar a contribuição do litígio médico-legal no gerenciamento de risco clínico e propor um modelo de intervenção jurídica, permitiu o entendimento sobre a importância de incluir esta etapa no processo de investigação, visto que a avaliação dos casos de responsabilidade profissional, modo de falha, padronização de uma lista de eventos associados aos processos judiciais podem ajudar a identificar potenciais riscos da prática assistencial e enriquecer a informação relativa aos fatores contribuintes e ao plano de ação.¹⁷⁻²²

Emerge, neste contexto, a necessidade de investimento em capacitação dos profissionais do NSP para garantir uma investigação robusta, e não somente sob uma perspectiva de informar os órgãos vigentes e certificadores. Alguns estudos descrevem os desafios inerentes às ações de educação permanente em saúde, tais como resistência à mudança de cultura, adesão às atividades e alta rotatividade de profissionais, sobretudo, da equipe assistencial.²³⁻²⁴

Este estudo contribui com profissionais que investigam eventos adversos nos serviços de saúde, pois permite o aprofundamento no conhecimento acerca das etapas realizadas atualmente e compreensão sobre as dificuldades apontadas pelos participantes, possibilitando a identificação de novas pesquisas que irão fornecer conhecimento científico para os profissionais que atuam na prática da gestão dos incidentes.

Destaca-se, como limitação do estudo, o fato de ter sido evidenciado um predomínio de instituições privadas entre os participantes da pesquisa. Com isso, não foi possível realizar uma análise comparativa das respostas entre os profissionais de instituições públicas e privadas, pois o subgrupo de instituições públicas apresentou um tamanho amostral pequeno.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo possibilitaram descrever as etapas e as dificuldades na prática de investigação de eventos adversos pelas instituições de saúde, além de contribuir para uma ampla compreensão acerca do entendimento do enfermeiro sobre estas etapas.

Constatou-se que as principais dificuldades na prática de investigação de eventos adversos são: coleta de dados, entrevistas, Tracer e acompanhamento do plano de ação. Ressalta-se a necessidade de uma política de gestão de riscos que norteie os profissionais e as etapas que deverão ser operacionalizadas, além do envolvimento ativo das lideranças para garantia, credibilidade e sustentabilidade das ações de melhorias.

É oportuno, portanto, a continuidade de investigar a temática, sobretudo, em estudos clínicos que possibilitem ampliar, efetivamente, o conhecimento teórico articulado com a prática, de forma a garantir a segurança do paciente por meio de um processo de investigação que possibilite a identificação sistemática dos fatores contribuintes, das falhas no cuidado, elaboração de um plano de ação efetivo e sustentável, engajamento das lideranças e cultura justa.

CONFLITOS DE INTERESSES

Não há conflitos de interesse.

FINANCIAMENTO

Financiamento próprio.

REFERÊNCIAS

1. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Gestão de riscos e investigação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde [Internet]. Brasília: ANVISA; 2017 [cited 2019 Sep 20]. 94 p. (Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde). Available from: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+7+-+Gest%C3%A3o+de+Riscos+e+Investiga%C3%A7%C3%A3o+de+Eventos+Adversos+Relacionados+%C3%A0+Assist%C3%A2ncia+%C3%A0+Sa%C3%BAde/6fa4fa91-c652-4b8b-b56e-fe466616bd57>
2. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, 26 jul. 2013; Seção 1. Available from: http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC_36_2013_COMP.pdf/36d809a4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e
3. Mello LRG de, Christovam BP, Moreira APA, Moraes EB de, Paes GO, Prates CG. Tools for the investigation of adverse events: scoping review. Rev Esc Enferm USP. [Internet]. 2022

[cited 2023 Apr 29];56:e20210519. Available from: <https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/199475>.

4. World Health Organization. The conceptual framework for the international classification for patient safety: technical report. version 1.1: final technical report January 2009. Geneva: WHO; 2009 [cited 2019 Sep 20]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70882/WHO_IER_PSP_2010.2_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
5. Bates DW, Levine DM, Salmasian H, Syrowatka A, Shahian DM, Lipsitz S, et al. The Safety of Inpatient Health Care. *N Engl J Med* [Internet]. 2023 [cited 2023 Feb 20];388(2):142-153. Available from: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa2206117>. DOI: 10.1056/NEJMsa2206117
6. Souza R, Alencar I, Alves A. Eventos adversos na unidade de terapia intensiva. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2018 [cited 2023 Feb 20];12(1):19-27. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/25205>. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i1a25205p19-27-2018>
7. Siman AG, Braga LM, Amaro MO, Brito MJ. Practice challenges in patient safety. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(6):1504–11. Available from: <https://www.scielo.br/j/reben/a/xVGnxHjMmX8m5ty3BHTy3f/> DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0441>
8. World Health Organization (WHO). Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care. Geneva: World Health Organization; 2021 [cited 2019 Sep 21]. Available from: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/11/9789240032705-eng.pdf>
9. Taylor-Adams S, Vincent C. Systems analysis of clinical incidents: the London protocol. *Clin Risk* [Internet]. 2004 [cited 2019 Sep 21];10(6):211-20. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1258/1356262042368255>. DOI: <https://doi.org/10.1258/1356262042368255>
10. Government of Western Australia. Department of health. Clinical incident management toolkit. Perth: Patient Safety Surveillance Unit, Patient Safety and Clinical Quality Division; 2015.
11. Government of Western Australia. Incident Analysis Collaborating Parties. Canadian Incident Analysis Framework [Internet]. Edmonton (AB): Canadian Patient Safety Institute; 2012 [cited 2020 Dec 28]. Available from: <https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/IncidentAnalysis/Documents/Canadian%20Incident%20Analysis%20Framework.PDF>
12. Health Service Executive – HSE. Yorkshire contributory factors framework: draft for consultation [Internet]. 2017 [cited 2020 Jul 26]. Available from: <https://www.hse.ie/eng/about/qavd/protected-disclosures/incident-management-framework/yorkshire-contributory-factors-framework.pdf>
13. National Patient Safety Foundation. RCA2: Improving root cause analyses and actions to prevent harm. [Internet]. Boston, MA: National Patient Safety Foundation; 2015. [cited 2020 Jul 26]. Available from: [Rev. enferm. UFPE on line. 2024;18:e25 DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2024.257766>](https://www.ashp.org/-/media/assets/policy-</div><div data-bbox=)

14. Baratto MA, Seidel EJ, Morais BX, Munhoz OL, Silva SC, Zotelle C, et al. Patient safety culture: perspective of health and support workers. *Acta Paul Enferm*. 2021;34:eAPE001595. Available from: <https://www.scielo.br/j/ape/a/SQfxWbtYGC5tMfXvhgFsrRS/?lang=en> DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO001595>
15. Prates CG, Magalhães AMM, Balen MA, Moura GMSS. Núcleo de segurança do paciente: o caminho das pedras em um hospital geral. *Rev gaúcha enferm [Internet]*. 2019 [cited 2020 Jul 26];40(esp):e20180150. Available from: <https://www.scielo.br/j/rge/f/a/D56fnMg49q9vyFGXRxKVPqz/?format=pdf&lang=pt> DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180150>
16. Bogarin DF, Zanetti ACB, Brito MFP, Machado JP, Gabriel CS, Bernardes A. Patient safety: knowledge of undergraduate nursing students. *Cogitare Enferm [Internet]*. 2014 [cited 2021 Oct 14];19(3). Available from: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/33308/23222> DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v19i3.33308>
17. Silva ACAB, Santa Rosa DO. Patient safety culture in hospital organization. *Cogitare Enferm [Internet]*. 2016 [cited 2021 Oct 14];21(5). Available from: https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45583/pdf_1 DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i5.45583>
18. Mello LRG, Christovam BP, Araujo MC, Moreira APA, Moraes EB, Paes GO, et al. Patient safety centers: profile of human resources in the Brazilian scenario. *Acta Paul Enferm [Internet]*. 2021 [cited 2021 Dec 14];34:eAPE001165. Available from: http://old.scielo.br/pdf/ape/v34/en_1982-0194-ape-34-eAPE001165.pdf DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021ao001165>
19. Bolcato M, Fassina G, Rodriguez D, Russo M, Aprile A. The contribution of legal medicine in clinical risk management. *BMC Health Serv Res [Internet]*. 2019 [cited 2020 Jul 26];19(85):1-6. Available from: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-018-3846-7#citeas> DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3846-7>
20. Alevi JO, Draganov PB, Gonçalves GC de S, Zimmermann G dos S, Giunta L, Mira JJ, et al. O enfermeiro recém-formado na condição de segunda vítima. *Acta paul enferm [Internet]*. 2024;37:eAPE02721. Available from: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2024AO0002721>
21. Lanzoni GMM, Meirelles BHS. Leadership of the nurse: an integrative literature review. *Rev latinoam enferm [Internet]*. 2011 [cited 2020 Apr 11];19(3):651-8. Available from: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/874h8WQ98FHQTfK4z6WCgxr/?format=pdf&lang=en> DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000300026>
22. Jiménez-Gómez MA, Cárdenas-Becerril L, Velásquez-Oyola MB, Carrillo-Pineda M, Barón-Díaz LY. Reflective and critical thinking in nursing curriculum. *Rev latinoam enferm [Internet]*. 2019 [cited 2020 Apr 11];27:e3173. Available from: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/pGznbWgnTXBrg6xZSPsyxxt/?format=pdf&lang=en> DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2861.3173>

23. Sanclemente-Vinue I, Elboj-Saso C, Iñiguez-Berrozpe T. The voice of nurses as a means to promote job engagement. *Rev latinoam enferm* [Internet]. 2019 [cited 2020 Apr 11];27:e3208. Available from: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/M9fB9qCcbPHjP63LFVtJymF/?format=pdf&lang=en>. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3193.3208>
24. Parente A do N, Ferreira GRON, Cunha CLF, Ramos AMPC, Sá AMM, Haddad M do CFL, et al. Educação permanente para qualidade e segurança do paciente em hospital acreditado. *Acta paul enferm* [Internet]. 2024;37:eAPE00041. Available from: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2024AO0000041>

Correspondência

Lucas Garcia Mello

E-mail: garcialucas@id.uff.br

Copyright© 2024 Revista de Enfermagem UFPE on line/REUOL.



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob a Atribuição CC BY 4.0 Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License, a qual permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.