

CAPÍTULO 14

A PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO SOBRE EVENTOS ADVERSOS



<https://doi.org/10.22533/at.ed.5111325030614>

Data de aceite: 21/07/2025

Brenda Washington da Cruz Santos

Universidade Federal do Espírito Santo,
Vitória – ES, Brasil
ORCID 0000-0002-3214-1049

Eliza Kreitlow Lempke

ORCID 0000-0003-0312-6488

Carla Adriana Marques

ORCID 000-0002-3977-8034

Flávia Batista Portugal

Universidade Federal do Espírito Santo,
Vitória – ES, Brasil.
ORCID 0000-0002-4425-2627

RESUMO: **INTRODUÇÃO:** A Unidade de Pronto Atendimento (UPA) constitui um estabelecimento de saúde que tem por objetivo atuar no restabelecimento dos parâmetros vitais dos indivíduos que necessitam de atendimento rápido, contudo, essa unidade apresenta diversos desafios, uma vez que inúmeros fatores colaboram para a ocorrência de eventos adversos, caracterizado como um incidente que resulte em dano ao paciente. **OBJETIVO:** Analisar a perspectiva dos profissionais de diversas áreas, quanto aos eventos adversos ocorridos em uma UPA. **MÉTODO:** Trata-

se de um estudo transversal descritivo, com abordagem quantitativa, desenvolvida em uma UPA do município de Fundão e contou com 43 profissionais. **RESULTADOS:** Dentre os achados, 36 pessoas afirmam que os eventos adversos não são notificados, 34 negam que já tenham cometido algum erro que tenha causado danos ao paciente, 29 negam terem cometido algum erro que foi percebido e que não representou danos ao paciente e 25 afirmam conhecer alguém do trabalho que já cometeu algum evento adverso. Quanto a pergunta “você sabe o que é um evento adverso?”, obteve-se um diferencial estatisticamente significativo na variável profissão, onde 76% dos participantes sabem o que é um evento adverso; entretanto, somente 1 pessoa da equipe de enfermagem negou saber o que é o evento adverso, enquanto 15 profissionais de outras profissões também não sabem.

CONCLUSÃO: o estudo evidenciou a importância de se esclarecer o papel de cada indivíduo na segurança do paciente, de modo que todos sintam-se responsáveis, seja por ação individual e/ou coletiva.

PALAVRAS-CHAVE: Segurança do Paciente; Serviço Hospitalar de Emergência; Qualidade da Assistência à Saúde.

THE PERSPECTIVE OF PROFESSIONALS OF AN EMERGENCY CARE UNIT ON ADVERSE EVENTS

ABSTRACT: INTRODUCTION: The emergency care unit is an establishment that aims to restore the vital parameters of individuals who need quick prompt care however, this unit presents several challenges, since numerous factors contribute to the occurrence of adverse events, characterized as an incident that results in harm to the patient. **OBJECTIVE:** To analyze the professional perspectives from different areas about adverse events happened in an emergency care unit. **METHOD:** This is a descriptive transversal study with a quantitative approach, developed in an emergency care unit in the Fundão city made with 43 professionals. **RESULTS:** About finding, 36 people claim that adverse events aren't reported, 34 disclaim having made an error that was caused harm by the patient, 29 disclaim having committed made an error that was perceived and represented harm to the patient, and 25 people claim to know the work of someone who has already made an error an adverse events. About the question "Do you know what is an adverse event?", a statistically significant difference was obtained in the variable profession, 76% of the participants know what is an adverse event. However only one person from the nursing team disclaimed to know about what is adverse event, while 15 professionals from other categories don't know about it. **CONCLUSION:** The study showed the importance of clarifying the function of each person in the patient safety, so everyone feels responsible for individual or collective action.

KEYWORDS: Patient Safety, Emergency Hospital Service, Quality Of Health Care.

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente ganhou notoriedade mundial em 1999, com a publicação do relatório *"To Err is Human: Building a Safer Health System"* pelo Instituto de Medicina (IOM) dos Estados Unidos, o qual apresentou um grande número de eventos adversos nos serviços de saúde, os quais se classificam como incidentes que geraram danos^{1,2}. Assim, os dados publicados pelo IOM repercutiram mundialmente e contribuíram para o início de inúmeras iniciativas a fim de fortalecer a cultura de segurança nas organizações de saúde. Em 2004, criou-se a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, com o objetivo de apoiar práticas e políticas de segurança do paciente em âmbito mundial. Por conseguinte, em 2009, a Organização Mundial da Saúde² lançou um relatório técnico conceitual de Classificação Internacional para Segurança do Paciente, visando o aprendizado e à melhoria da segurança do paciente²⁻⁵.

No Brasil, o Ministério da Saúde lançou em 2013 a Resolução da Diretoria Colegiada N° 36, objetivando instituir ações para a promoção da segurança do paciente. Tanto a resolução (2013) quanto a OMS³, conceitua a Segurança do Paciente (SP) como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde^{3,4,6,7}. A SP constitui um dos grandes desafios dos cuidados de saúde nos tempos atuais, uma vez que os eventos adversos geram impactos na vida do paciente, do familiar e no processo do cuidado em saúde, o que torna foco de discussão tanto em âmbitos nacionais quanto internacionais^{4,7}.

Dentre as áreas de serviço prestados que necessitam de atenção à SP, temos os setores de Urgência e Emergência, dentre eles, a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), cada vez mais procurados pela população. As UPAs constituem estabelecimentos de saúde de complexidade intermediária entre a atenção básica e a rede hospitalar, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contra referência^{5,8,9}. Além disso, estabelecem um processo de acolhimento com Classificação de Risco, que avalia a necessidade de tratamento imediato do paciente e considera o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, de modo a priorizar atendimento em conformidade com o grau de sofrimento ou a gravidade do caso⁸.

Assim, tem como objetivo principal atuar no restabelecimento dos parâmetros vitais dos indivíduos que necessitam de atendimento rápido, diante da possibilidade risco iminente de morte⁹. No entanto, essa unidade apresenta diversos desafios uma vez que há falta de padronização dos processos de trabalho, carecendo de fluxos e rotinas pré-estabelecidos, favorecendo a realização de uma mesma atividade de formas distintas, ademais ainda não ocorre uma adesão aos protocolos básicos elaborados pelo Ministério da Saúde^{5,10}. Somado ainda a uma grande quantidade de procedimentos que resultam na sobrecarga de trabalho, ambiente estressante, com alta carga de trabalho cognitivo, ruídos e interrupção frequentes, o que colabora para riscos a SP^{5,9,10}.

Diante disso, erros durante o processo de prescrição, preparo, aplicação e monitoramento da medicação são os erros mais comuns nas instituições, provocados por falhas no procedimento¹¹. Adjunto, vale destacar que erros de medicação nos EUA provocam danos há 1,3 milhão de pessoas anualmente, contudo, ainda não se sabe a recorrência desses eventos adversos no Brasil. Dessa forma, ainda há lacunas na segurança do paciente nos atendimentos de urgências¹¹. Assim, este estudo tem por objetivo analisar a perspectiva dos profissionais de diversas áreas, quanto aos eventos adversos ocorridos em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

METODOS

Trata-se de um estudo transversal. O estudo foi desenvolvido em uma UPA do município de Fundão (localizado no estado do Espírito Santo) e conta com profissionais de todas as categoriais (nível fundamental, médio, técnico e superior) selecionados por amostragem de conveniência. O critério de inclusão dos participantes foi: profissionais com carga mínima de 20 horas semanais; e de exclusão: profissionais que estivessem atuando a menos de seis meses ou que estivessem afastados de suas atividades.

Os dados foram coletados por um pesquisador treinado e ocorreu por meio de um instrumento: um questionário elaborado pelos autores (contendo questões socioeconômicas, laborais e perguntas sobre a segurança do paciente e eventos adversos). Para este estudo, focou-se nas seguintes questões: “você sabe o que é evento adverso? (sim/não)”, “os

eventos adversos são notificados? (sim/não) ”, “você já cometeu algum erro que tenha causado algum dano ou lesão ao paciente? (sim/não)”, “você já cometeu algum erro, que tenha sido percebido, sem representar dano ao paciente (sim/não)” e “você conhece alguém do seu trabalho que já tenha cometido algum evento adverso? (sim/não)”. Utilizou-se também informações adicionais, como área de atuação, nível de ensino, tempo de formação e carga horária de trabalho.

A análise dos dados foi feita através do software Pacote Estatístico para Ciências Sociais (IMB SPSS Statistics), versão 22.0, apresentados em forma de tabelas. A análise bivariada foi feita pelo teste do Qui-quadrado de Pearson e pelo Teste Exato e Fisher. Considerou-se um resultado estatisticamente significante, para ambos os testes, quando o valor de $P \leq 0,05$.

Essa investigação iniciou-se após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo conforme CAAE 36849320.9.0000.5060 em 25 de agosto de 2020, respeitando-se os padrões éticos preconizados conforme a Resolução 466/2012. Todos os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa e sobre o direito de interromperem ou recusarem a participação a qualquer momento, além de terem assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

A pesquisa contou com 43 participantes, onde conforme tabela 1, observa-se que a maior parte dos profissionais é do sexo masculino (63,0%) e apresentam entre 20 e 45 anos de idade (80,4%). No que tange as profissões, a classe dos técnicos de enfermagem é maior, possuindo 14 profissionais (30,4%), seguido da classe médica (26,1%). Assim, a classe da enfermagem representa 45,6% dos participantes, se comparado a outros profissionais (54,4%).

Variável		N	%
Gênero	Feminino	17	37,0
	Masculino	29	63,0
		100%	
Faixa Etária	20 – 45 anos	37	80,4
	46 – 59 anos	8	17,4
	60 anos ou mais	1	2,2
		100%	

	Médico	12	26,1
	Enfermeiro	7	15,2
	Técnico de Enfermagem	14	30,4
	Radiologia	2	4,3
Profissão	Administrativo	4	8,7
	Farmacêutico	1	2,2
	Repcionista	5	10,9
	Laboratório	1	2,2
			100%
	Menos de 6 meses	7	15,2
	6 a 11 meses	1	2,2
	1 a 2 anos	5	10,9
Tempo de Trabalho	3 a 4 anos	11	23,9
	5 a 10 anos	14	30,4
	11 a 20 anos	7	15,2
	21 anos ou mais	1	2,2
			100%

Tabela 1 - Dados sociodemográficos dos profissionais da Unidade de Pronto Atendimento de Fundão – ES em 2022.

Fonte: o autor, 2022.

No que diz respeito a pergunta “você sabe o que é um evento adverso?”, 76,1% responderam que sabiam o que é um evento adverso (tabela 2). Ao se comparar com as variáveis do estudo, nota-se (tabela 2) um diferencial estatisticamente significativo no que diz respeito a profissão (p -valor de 0,005). Assim sendo, a maior parte dos profissionais (tanto a equipe de enfermagem quanto as outras profissões) sabem o que é um evento adverso, contudo, nota-se que a equipe de enfermagem apresentou mais chances de saber o que é um evento adverso quando comparado com as demais categorias profissionais.

Quanto a notificação, observa-se que a maior parte dos participantes (78,3%) afirmam que os eventos adversos não são notificados (tabela 2). Em conjunto, ao analisar a variável “Você já cometeu algum erro que tenha causado algum dano ou lesão ao paciente?”, nota-se, independente do sexo, da faixa etária, da profissão e do tempo de trabalho, a maior parte dos participantes (74%) responderam “não” (tabela 2). Destaca-se também que, embora alguns participantes admitam ter cometido algum erro que tenha sido percebido, a maior parte deles (63,1%) relata nunca ter cometido erros (tabela 2). Por fim, 54,4% dos participantes relatam conhecer alguém do trabalho que já tenham cometido algum evento adverso (tabela 2).

DISCUSSÃO

O desenvolvimento da Segurança do Paciente é crucial para melhorar a qualidade da saúde, assim, independentemente da geografia ou da situação econômica as sociedades modernas exigem cuidados com qualidade e segurança. Diante disso, ao se propor uma cultura de segurança deve se possibilitar ações efetivas que reduzam eventos adversos e preservem a confiança no cuidado em saúde com o paciente¹².

O presente estudo apresentou uma maior quantidade de profissionais da equipe de enfermagem com conhecimento sobre o que é um evento adverso, sendo seguido pela classe médica e outros profissionais. Dentre esses outros profissionais houve também menor índice de conhecimento sobre o que é um evento adverso e, por conseguinte, os dados de informações sobre possíveis ocorridos podem ser comprometidos pela falta de conhecimento.

O desconhecimento por parte da equipe sobre o que é evento adverso está de acordo com uma pesquisa¹³, onde a falta de conhecimento sobre evento adverso e consequentemente como realizar notificações também foi identificada, assim como na presente pesquisa, em que a maior parte dos entrevistados relataram que não notificam os eventos adversos. A situação relatada é similar à encontrada em uma revisão integrativa¹⁴ realizada em 8 artigos científicos, onde a maioria dos estudos analisados evidenciou a subnotificação de incidentes, mostrando a necessidade de elucidar aos profissionais essas questões. Supõe-se que as baixas notificações dos evento adverso ocorram devido ao medo de ações disciplinares, como a perda do emprego, pois muitas instituições tem políticas rígidas que criam um ambiente hostil de trabalho, deixando-os temerosos, fazendo com que a equipe hesite em relatar um erro, minimizando o problema ou até mesmo deixando de documentá-lo^{14, 15}.

Além disso, os aspectos identificados dificultam o processo de notificação, pois observa-se diferentes maneiras de agir em situações semelhantes, frente aos evento adverso, mesmo constando o passo a passo da notificação em Procedimento Operacional Padrão¹⁶. Observa-se a hierarquização do processo de notificação em quatro estudos^{17,18,19,20}, onde enfermeiros foram responsabilizados pela notificação. Além disso, outro estudo²¹ identificou que enfermeiros não usavam o formulário para notificação de evento adverso à coordenação, utilizando do relato verbal para essa mesma atividade. Os fatores supracitados podem ser compreendidos como pontos dificultadores para que a equipe de enfermagem e os demais profissionais participem ativamente do processo de notificação¹⁶.

A capacitação por meio da educação permanente e o estímulo à adesão a protocolos e diretrizes contribui para a organização e padronização do processo de trabalho, sendo estes pontos prioritários para os gestores hospitalares e membros do Núcleo de Segurança do Paciente^{16, 22}. Nesse sentido, os setores de treinamento e ensino devem atuar em consonância com os Núcleos de Segurança do Paciente em prol do conhecimento da importância de notificar como forma de melhoria da assistência¹⁶. Dessa forma, as organizações de saúde aprimoram o conhecimento sobre a Qualidade e Segurança do Paciente e evitam que erros e falta de notificação ocorra.

Variável		Você sabe o que é um evento adverso?				p-valor	Os eventos adversos são notificados?				p-valor	Você já cometeu algum erro que tenha causado algum dano ou lesão ao paciente?				p-valor	Você já cometeu algum erro, que tenha sido percebido, sem representar dano ao paciente?				p-valor							
		Sim		Não			Sim		Não			Sim		Não			S		N		S		N					
		N	%	N	%		N	%	N	%		N	%	N	%		N	%	N	%	N	%	N	%				
Gênero	Feminino	13	37	4	36	1,000	8	80	21	58	0,282	5	42	24	71	0,093	8	47	21	72	0,085	15	60	14	67	0,641		
	Masculino	22	63	7	64		2	20	15	42		7	58	10	29		9	53	8	28		10	40	7	33			
Faixa Etária	20-45 anos	29	83	8	73	0,530	7	70	30	83	0,491	10	83	27	79	1	15	88	22	76	0,805	24	96	13	62	0,009		
	46-59 anos	5	14	3	27		3	30	5	14		2	17	6	18		2	12	6	21		1	4	7	33			
	60 anos ou mais	1	2,9	0	0		0	0	1	2,8		0	0	1	2,9		0	0	1	3,4		0	0	1	4,8			
Profissão	Equipe de Enf	20	57	1	9,1	0,005	7	70	14	39	0,082	3	25	18	53	0,095	5	29	16	55	0,09	13	52	8	38	0,346		
	Outros Profissionais	15	43	10	91		3	30	22	61		9	75	16	47		12	71	13	45		12	100	13	62			

Tempo de Trabalho	Menos de 6 meses	4	11	3	27	0,315	2	20	5	14	1	1	8,3	6	18	0,886	1	5,9	6	21	0,319	2	8	5	24	0,634
	6 a 11 meses	0	0	1	9,1		0	0	1	2,8		0	0	1	2,9		1	5,9	0	0		1	4	0	0	
	1 a 2 anos	4	11	1	9,1		1	10	4	11		2	17	3	8,8		3	18	2	6,9		3	12	2	24	
	3 a 4 anos	8	23	3	27		2	20	9	25		3	25	8	24		5	29	6	21		6	24	5	24	
	5 a 10 anos	11	31	3	27		3	30	11	31		5	42	9	27		6	35	8	28		8	32	6	29	
	11 a 20 anos	7	20	0	0		2	20	5	14		1	8,3	6	18		1	5,9	6	21		5	20	2	9,5	
	21 anos ou mais	1	2,9	0	0		0	0	1	2,8		0	0	1	2,9		0	0	1	3,4		0	0	1	4,8	

Tabela 2 – Análise das variáveis dos profissionais da Unidade de Pronto Atendimento de Fundão – ES em 2022

Fonte: o autor, 2022.

Referente à admissão de erros, segundo os resultados obtidos a equipe de enfermagem tem atitudes diferentes no que se refere a admissão de erros de evento adverso em relação à categoria médica, em que a equipe de enfermagem obteve menor número de admissões de erros do que médicos. Este fato é significativo pois a equipe de enfermagem é a maior categoria de profissionais de saúde no mundo, e tem um impacto significativo na garantia da segurança do cliente, já que estão diretamente e permanentemente ligados a assistência do paciente, afetando os resultados clínicos, satisfação e cuidados prestados². Dessa forma é necessário que haja maior grau de comprometimento a qualidade da assistência e por conseguinte a segurança do paciente, sobretudo no que concerne às interrupções das atividades desenvolvidas por estes profissionais.

No entanto, o enfermeiro raramente é capaz de completar uma atividade sem ser interrompido, o que pode relacionar-se às atividades do profissional, desenvolvidas com atribuições que abrangem a gerência da unidade, da assistência e o cuidado direto ao paciente, sendo mais acionado para o fornecimento de informações ao paciente, família e de forma alarmante, esses profissionais acabam precisando encurtar, atrasar e podem até omitir elementos do cuidado necessários ao paciente². Esse fato contribui para à restrição ou negligência dos cuidados de enfermagem planejados, o que pode aumentar o risco de resultados negativos para o paciente e consequentemente, afetam negativamente a qualidade da assistência de enfermagem e proporcionam mais chances para erros.

Contudo, ao não se relatar os danos causados, estes profissionais contribuem para que haja maior probabilidade de danos graves aos pacientes. Assim é necessário que haja uma facilidade na comunicação de erros entre os profissionais, entre si, a instituição e o paciente. Uma vez que a comunicação do erro leva a uma nova cultura de bem-estar caracterizada por maior transparência do ato e um retorno de informações confiáveis que permitam conhecer as disfunções que causam o erro, corrigi-las e assim alcançar maior segurança ao paciente^{5,22}.

Além disso, outros autores^{23,24} confirmam que, para facilitar a comunicação dos erros, é necessário implementar programas específicos de comunicação e de pedidos de desculpas que tenham o apoio institucional. Desta forma a informação é transparente e padronizada, e será usada não apenas para reparar os danos à pessoa, mas também para fornecer apoio moral aos profissionais. Se isso não for feito dessa forma e os profissionais forem encorajados a comunicar e desculpar os erros sem aconselhamento adequado, pode-se contribuir para ampliar o conceito de segundas vítimas através do aumento da ansiedade, insatisfação emocional e depressão⁵.

Portanto, com base nos achados deste estudo, pode-se afirmar que investigar a percepção dos profissionais quanto a segurança do paciente é necessário para compreender e compartilhar experiências eficazes para promover o gerenciamento e a implementação do cuidado seguro²⁵. Adjunto, dado o pequeno número de estudos envolvendo a segurança do paciente e a equipe multiprofissional, especialmente no Brasil²⁶, torna-se fundamental esclarecer o papel de cada indivíduo na segurança do paciente, de modo que todos sintam-se responsáveis, seja por ação individual e/ou coletiva²².

Assim a implementação efetiva de programas de Qualidade em Segurança do Paciente é mais facilitada pelo desenvolvimento de uma cultura central de qualidade e segurança do paciente, que engloba as atitudes coletivas, valores e expectativas do pessoal do hospital para reduzir erros médicos e eventos adversos¹². Desse modo, cabe ressaltar que os riscos não podem ser erradicados, mas pode-se e deve-se reduzi-los, aprender com eles e melhorar a forma como eles são geridos e tratados, reforçando assim a relação de confiança com os pacientes nas instituições de saúde.

CONCLUSÃO

Com base nos achados, pode-se concluir que, embora toda equipe multiprofissional tenha papel na identificação dos eventos adversos, essa tarefa é percebida como, majoritariamente, atribuição do enfermeiro. Dessa forma, aponta-se a necessidade de um maior comprometimento por parte dos outros profissionais, tendo em vista que a segurança do paciente é responsabilidade de todas as categorias.

Adjunto, identificou-se a necessidade de se esclarecer o que são eventos adversos e como notifica-los, tendo em vista que a maior parte dos entrevistados relataram que não realizam as notificações. Levanta-se também a hipótese de medo de ações disciplinares por parte das instituições, frente a um erro do profissional, fator que levaria a equipe hesitar em relatar a ocorrência de um evento adverso.

Dessa forma, afirma-se que é fundamental o papel das instituições frente a segurança do paciente, tendo em vista que cabe a elas promover ações de educação permanente para os profissionais, de forma que todos reconheçam o seu papel na notificação dos eventos adversos. Em consonância, torna-se fundamental que a instituição assuma uma conduta não punitiva, de forma que os eventos adversos não notificados possam ser devidamente trabalhados, melhorando os índices de segurança do paciente e qualidade da assistência.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Universidade Federal do Espírito Santo, a qual o Grupo de Estudos sobre Qualidade em saúde e Segurança do Paciente (GQualis-UFES) está vinculado, por oportunizar a realização desta pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). PORTARIA N° 529, DE 1º DE ABRIL DE 2013. Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, DF, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html.
2. Monteiro C, Avelar AFM, Pedreira MLG. Interrupções de atividades de enfermeiros e a segurança do paciente: revisão integrativa da literatura. Rev. Latino-Am. Enfermagem; jan-fev 2015; 23(1):169-179

3. ORAGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (US). World Alliance for Patient Safety, Taxonomy: The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety: final technical report. Genebra; 2009.
4. Panattieri N, Dackiewicz N, Arpia L, et al. Consenso: seguridad del paciente y las metas internacionales. Arch. Argent. Pediatr. 2019; 117 (6): 277-309.
5. Romero MP, González RB, Calvo MSR, Fachado AA. Seguridad del Paciente, Calidad Asistencial y Ética Profesional. Rev. Bioét; jul/set 2018, v. 26 (3).
6. Ministério da Saúde (BR). Resolução - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Ações para a Segurança do Paciente em Serviços de Saúde e dá outras Providências. Brasília, DF, 2013. disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html.
7. Olino L, Goçalves AC; Strada JKR, et al. Comunicação efetiva para a segurança do paciente: nota de transferência e Modified Early Warning Score. Rev. Gaúcha. Enferm. 2019; 40(esp):e20180341.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.601, de 7 de julho de 2011. brasília, df, 2013. disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1601_07_07_2011_rep.html.
9. Paixão, DPSS, Batista J, Maziero ECS, et al. Adesão aos protocolos de segurança do paciente em unidades de pronto atendimento. Rev. Bras. Enferm. 2018; 71(supl1):622-9.
10. Siqueira CP, Figueiredo KC, Khalaf DK, Wall ML, Barbosa SFF, Silva TA. Segurança do paciente e planejamento estratégico. Rev. enferm. UERJ. 2021; 29:e55404.
11. Santos PRA, Rocha FLS; Sampaio CSJC. Ações para Segurança na Prescrição, uso e Administração de Medicamentos em Unidades de Pronto Atendimento. Rev Gaúcha Enferm. 2019; 40(esp):e20180347.
12. Ding K, Nguyen N, Carvalho M, Delon FND, Mekolo D, Nkusu D, Tchekpe MS et al. Baseline Patient Safety Culture in Cameroon: Setting a Foundation for Trauma Quality Improvement. J Surg Res. 2020; 255: 311-318. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7541413/>.
13. Araujo, JS et al. Conhecimento dos enfermeiros sobre evento adverso e os desafios para sua notificação. Congitare Enferm. Dez 2016; 21 (4): 01-08.
14. Alves MFT, Carvalho DS, Albuquerque GSC. Motivos para a não notificação de incidentes de segurança do paciente por profissionais de saúde: revisão integrativa. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2019, v. 24, n. 8 [Acessado 31 Agosto 2022] , pp. 2895-2908. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.23912017>. Epub 05 Ago 2019. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.23912017>.
15. Figueiredo ML, D'Innocenzo M. Eventos adversos relacionados às práticas assistenciais: uma revisão integrativa. Enfermería Global. 2017; 47. Disponível em: https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n47/pt_1695-6141-eg-16-47-00605.pdf.
16. Siman, AG, Cunha, SGS, & Brito, MJ M. A prática de notificação de eventos adversos em um hospital de ensino. Rev. Esc. Enferm. USP. 2017; 51, e03243. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016045503243>.

17. Costa, VT, Meirelles, BHS, Erdmann, AL. Best Practice of nurse managers in risk management. Rev Latino-Am Enfermagem. Out 2013; 21 (5): 1165-1171.
18. Paiva, MCMS et al. Motivos da equipe de enfermagem para a notificação de eventos adversos. Ver Latino-Am Enfermagem. Out 2014; 22 (5): 747-754.
19. Claro, CM et al. Eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva: percepção dos enfermeiros sobre a cultura não punitiva. Ver Esc Enferm USP. Mai 2010; 45 (1): 167-172.
20. Silva, RCLS, Cunha, JJS, Moreira, CLS. Adverse events in intensive care: what they know the nurses. R. pesq.: cuid. Fundam. Jun 2011; 3 (2): 1848-1855.
21. Leitão, IMTA et al. Analysis of the communication of adverse events under the perspective of assistant nurses. Rev Rene. 2013; 14 (6): 1073-1083.
22. Biasibetti C, Rodrigues FA, Hoffmann LM, et al. Patient safety in Pediatrics: perceptions of the multi-professional team. Rev Min Enferm. 21 de set. 2020; 24:e-1337.
23. Giraldo, R, Cartells, X. Errores asistenciales y las leyes de la disculpa, ¿las necesitamos?. Med Clin (Barc). 2015; 145 (8): 341-343.
24. Bell, SK et al. Disclosure, apology, and offer programs: stakeholders' views of barriers to and strategies for broad implementation. The Milbank Quarterly. 2012; 90 (4): 682-705.
25. Dias CN, Carreiro MA. Perfil das notificações de incidentes em saúde em um hospital universitário. Rev. enferm. UERJ, 2020; 28:e43213.
26. Alves DFB, Lorenzini E, Cavalheiro KA, et al. Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe multiprofissional: uma revisão integrativa. R. pesq. cuid. fundam. online [Internet]. 1º de junho de 2021;13:836-42