

Prevalência de incidentes sem dano e eventos adversos em uma clínica cirúrgica

Prevalence of no harm incidents and adverse events in a surgical clinic

Thatianny Tanferri de Brito Paranaguá¹

Ana Lúcia Queiroz Bezerra¹

Ana Elisa Bauer de Camargo e Silva¹

Francino Machado de Azevedo Filho²

Descritores

latrogenia; Segurança do paciente; Avaliação em enfermagem; Serviço hospitalar de enfermagem; Enfermagem perioperatória

Keywords

iatrogenic disease; Patient safety; Nursing assessment; Nursing service, hospital; Perioperative nursing

Submetido

3 de Abril de 2013

Aceito

6 de Junho de 2013

Resumo

Objetivo: Estimar a prevalência de incidentes sem dano e eventos adversos em uma clínica cirúrgica.

Métodos: Estudo transversal conduzido com amostra de 750 internações ocorridas na clínica cirúrgica de um hospital da região centro-oeste. Realizou-se análise descritiva e calculou-se a prevalência dos incidentes.

Resultados: Evidenciou-se que 615 internações foram expostas ao incidente sem dano e 140 ao evento adverso. Dos 5.672 registros de incidentes, 218 foram caracterizados como evento adverso por causarem dano ao paciente. Os demais não evidenciaram dano, entretanto apontaram necessidade de adequação dos processos de trabalho.

Conclusão: Estimou-se prevalência de 82% de incidentes sem dano e 18,7% de eventos adversos.

Abstract

Objective: To estimate the prevalence of no harm incidents and adverse events in a surgical clinic.

Methods: Cross-sectional study conducted with a sample of 750 hospitalizations in the surgical clinic of a hospital in the mid-west region. A descriptive analysis was performed and the prevalence of incidents was calculated.

Results: It was demonstrated that 615 hospitalizations were exposed to no harm incidents and 140 to adverse events. Of the 5,672 reported incidents, 218 were characterized as adverse events that caused harm to the patient. No harm was proven for the others; however, they highlighted the need for an adjustment to work processes.

Conclusion: The prevalence of no harm incidents was estimated at 82%, and 18.7% for adverse events.

Autor correspondente

Thatianny Tanferri de Brito Paranaguá
Rua 227 Quadra 68, S/N - Setor Leste
Universitário, Goiânia, Goiás, Brasil.
CEP: 74605-080
ttb.paranagua@gmail.com

¹Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.

²Universidade Estadual de Goiás, Ceres, GO, Brasil.

Conflito de interesse: não há conflitos de interesse a declarar.

Introdução

Os incidentes advindos do cuidado têm sido alvos de discussão mundial, refletindo na melhoria da qualidade e segurança da assistência. A Organização Mundial de Saúde define incidente como evento ou circunstância evitável, decorrente do cuidado, não associado à doença de base. Conforme suas consequências, os incidentes são classificados como incidente sem dano que, apesar de atingir o paciente, não resulta em dano, mas constitui-se um risco para tal ou evento adverso que, obrigatoriamente, resulta em dano ao paciente.⁽¹⁾

Estima-se que, anualmente, das 234 milhões de cirurgias realizadas pelo mundo, ocorram dois milhões de óbitos e sete milhões de pessoas apresentam incidentes, sendo 50% evitáveis. Dentre as cirurgias de alta complexidade realizadas em países desenvolvidos, três a 16% registram complicações e a cada 300 pacientes admitidos, ocorre um óbito.⁽²⁾

O impacto desses eventos culminou na criação da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, que propôs o desafio “Cirurgias seguras salvam vidas”, estimulando a adoção de boas práticas para redução da morbimortalidade por cirurgias.^(2,3)

Entretanto, a prevenção dos problemas de qualidade e a segurança na assistência cirúrgica também devem voltar-se à assistência pré e pós-operatória, uma vez que se estima prevalência de 19% de incidentes, relacionados à organização do serviço e à assistência.⁽⁴⁾

No cenário de avaliação de serviços, este estudo tem como objetivo estimar a prevalência de incidentes sem danos e eventos adversos em uma clínica cirúrgica.

Métodos

Estudo transversal, retrospectivo, conduzido com prontuários de pacientes internados na Clínica Cirúrgica de um hospital pertencente à Rede de Hospitais Sentinela da Agência Nacional de Vigilância Sanitária cuja finalidade é diagnosticar eventos adversos e queixas técnicas relacionadas a produtos de saúde.

A escolha da instituição foi motivada por integrar a rede sentinela, possuir Gerenciamento de Risco desde o ano de 2002 e existir a notificação dos incidentes.

O período selecionado para o estudo foi o ano de 2010 no qual ocorreram 2.610 internações. A amostra foi de 750 prontuários médicos, considerando a prevalência de 10% de eventos adversos, precisão de 2,5%, efeito de desenho de 1,5, intervalo de confiança de 95% e acréscimo de 9% em função de possíveis perdas relacionadas à captação dos dados.

Os dados foram coletados entre janeiro e maio de 2011. Utilizou-se formulário estruturado, pré-validado, contendo questões referentes às características dos pacientes e dos incidentes.

Os incidentes foram avaliados por três pesquisadores, especialistas na temática segurança do paciente. Os que não indicaram dano ao paciente foram classificados como incidente sem dano e os que indicaram dano, como evento adverso, conforme definição da Organização Mundial de Saúde.⁽¹⁾

Os dados foram analisados descritivamente pelo software *Statistical Package for Social Science, versão 17.0 para Windows*, apresentando frequências relativa e absoluta. A prevalência foi calculada considerando o número de internações expostas como numerador e o total de internações investigadas como denominador, calculando intervalo de 95% de confiança.

O desenvolvimento do estudo atendeu às normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

Resultados

Foram analisadas 750 internações, sendo 449 (59,9%) do sexo feminino e 301 (40,1%), masculino, com média de 46,9 anos de idade e tempo de internação até oito dias para 83,3% das internações. Constataram-se 5.672 registros de incidentes, classificados segundo a consequência para o paciente.

A prevalência de incidentes sem dano foi de 82% (IC 95%; 79,13 – 84,63%), indicando que 615 internações foram expostas, pelo menos, a um incidente.

Os incidentes sem danos registrados durante as internações somaram 5.454 ocorrências, apresentadas na tabela 1.

Tabela 1. Incidentes sem dano

Incidentes sem dano	Registros n(%)
Procedimento/processo clínico	
Sinais vitais incompletos	4.012(73,56)
Omissão de cuidado	121(2,22)
Falhas de procedimentos técnicos	2(0,04)
Diagnóstico errado	2(0,04)
Medicação	
Omissão de dose	1.285(23,56)
Hora errada	13(0,24)
Dose não prescrita	8(0,15)
Prescrição incorreta	6(0,11)
Medicamento errado	2(0,04)
Via errada	1(0,02)
Administração em paciente errado	1(0,02)
Equipamentos médicos	
Manutenção inadequada	1(0,02)
Total	5.454(100)

As condutas adotadas frente ao incidente sem dano foram referentes ao erro de diagnóstico, quando o paciente foi informado sobre o equívoco profissional e, a seguir, o diagnóstico real e, frente à prescrição incorreta de medicamento, o qual foi substituído.

Estimou-se prevalência de 18,7% (C 95%; 16 – 21,58%) de eventos adversos, evidenciando 140 internações expostas, pelo menos, a um evento.

Foram registrados 218 eventos adversos, conforme tabela 2.

Os eventos adversos mais recorrentes foram relacionados ao processo clínico, com destaque para a dor aguda em pós-operatório, exigindo substituição ou adição de terapia medicamentosa.

A retirada não programada dos dispositivos tubulares resultou em procedimento adicional como reimplantação de cateter, sonda e/ou dreno, nova punção e aumento do tempo dispensado para a assistência ao paciente.

Falhas de procedimentos técnicos foram relacionadas à inabilidade profissional, resultando em interven-

Tabela 2. Eventos adversos

Eventos adversos	Registros n(%)
Procedimento/processo clínico	
Dor aguda em pós-operatório	54(24,77)
Retirada não programada de catéteres/sondas/drenos	23(10,60)
Falhas de procedimentos técnicos	13(5,96)
Obstrução de catéteres/sondas/tubo traqueal	13(5,96)
Deiscência cirúrgica	8(3,67)
Processo alérgico	2(0,92)
Infiltração venosa	2(0,92)
Fixação inadequada de catéteres	1(0,46)
Administração clínica	
Suspensão de cirurgia	16(7,34)
Internação indevida	6(2,75)
Exame marcado e não realizado	1(0,46)
Medicação	
Reação adversa	26(11,93)
Infecção hospitalar	35(16,10)
Acidente com o paciente	
Úlcera por pressão	6(2,75)
Queda	6(2,75)
Queimadura por produto químico	1(0,46)
Equipamento médico	
Manutenção inadequada	3(1,38)
Hemoderivado	
Reação adversa	1(0,46)
Falta de estoque	1(0,46)
Total	218(100)

ção cirúrgica; maior tempo de internação; abaulamento ou hematoma em local de punção; lesão mecânica por posição inadequada de traqueostomia e óbito.

Em relação à administração clínica se destacaram as suspensões cirúrgicas e internação indevida que resultaram em reagendamento dos procedimentos e prolongamento do tempo de internação.

Os eventos adversos relacionados à medicação foram associados às reações adversas e alérgicas, resultando em adição ou substituição da terapia medicamentosa.

As infecções hospitalares resultaram em agravamento da condição clínica e exigiram observação do paciente e/ou terapia medicamentosa adicional, sendo o óbito o dano mais grave.

Os eventos úlcera por pressão e queda provocaram dor e fratura de fêmur, exigindo intervenção cirúrgica e maior tempo para o cuidado.

A manutenção inadequada de equipamento médico e a reação adversa ou falta de hemoderivado resultaram em prolongamento da internação, observação e/ou terapia medicamentosa adicional. A falta de hemoderivado resultou em óbito.

A magnitude e gravidade das consequências dos eventos adversos foram distintas. Dos 218 eventos, 170 (77,98 %) resultaram em dano leve, 36 (16,51%) em dano moderado e cinco (2,29%) em dano grave. Com baixa prevalência, mas de maior impacto, sete (3,21%) eventos resultaram em óbito.

Discussão

O método do estudo apresenta limitações quanto à frequência e consequências dos incidentes, pois se trata de situações em que os profissionais ficam sujeitos ao medo de punição, omitindo o registro do evento. Portanto, conhecer a real prevalência dos incidentes se torna difícil, considerando que nem todos são registrados.

As evidências desse estudo contribuem para o aperfeiçoamento dos processos de trabalho em saúde e enfermagem, visto que se configuram como indicadores de resultado da assistência, direcionando as ações de gestores para a implantação de melhores práticas e capacitação dos profissionais, em busca da melhoria da qualidade da assistência e segurança do paciente.

O desenvolvimento de uma cultura de segurança, a prática dos registros, a discussão das circunstâncias em que os incidentes ocorreram, assim como das condutas profissionais e organizacionais frente aos incidentes são um caminho a ser seguido para a transformação da realidade nas instituições de saúde.

A maioria dos incidentes sem danos foi referente aos sinais vitais incompletos e à omissão de cuidado, caracterizando falhas no cuidado de enfermagem e no gerenciamento do serviço.

As anotações dos sinais vitais são imprescindíveis por evidenciarem o estado geral do paciente.

Sua ausência dificulta a avaliação real das atividades assistenciais, impedindo a visualização de desvios hemodinâmicos.⁽⁵⁾ A ação inadequada e a omissão, por parte do enfermeiro ou outros profissionais, podem expor o paciente a riscos por negligência, imprudência ou imperícia.⁽⁶⁾

Os erros de diagnóstico são reconhecidos como causa de processos judiciais mais frequentes e financeiramente dispendiosos, ocorrendo entre 10 e 15% dos atendimentos em saúde.^(7,8) A utilização de uma taxonomia, para padronização e análise sistemática desses casos, pode revelar falhas e sugerir melhorias em áreas específicas do conhecimento.⁽⁸⁾

A aplicação de *checklists* antes de sugerir um diagnóstico é incentivada por reduzir a dependência de memória e intuição que, muitas vezes, estão associadas a incertezas e ao tempo limitado.⁽⁷⁾ A investigação adequada da situação de saúde do paciente, o conhecimento científico e a discussão clínica por equipe multiprofissional possibilitam a redução de preparo cirúrgico desnecessário e, principalmente, diagnósticos equivocados.

Os incidentes relacionados à medicação, seja incidente sem dano seja evento adverso, mostram a necessidade de avaliar o processo de previsão, provisão, dispensação e administração de medicamentos.⁽⁹⁾ Entre os fatores de riscos apontam-se prescrição de múltiplas drogas e diferentes dosagens, conhecimento deficiente da equipe sobre o medicamento, falta de devolução dos medicamentos não utilizados à farmácia, interferências durante o preparo, transcrição das prescrições e falhas na escrita e redação.^(10,11)

Como os profissionais da equipe de enfermagem atuam, essencialmente, no final do processo da terapia medicamentosa, sua responsabilidade em evidenciar e impedir essas falhas aumenta, pois a ação de administrar pode interromper o sistema e evitar erros iniciados nas primeiras etapas.⁽¹⁰⁾ Dentre os eventos adversos, a dor pós-operatória foi mais frequente e seu controle efetivo visa minimizar o desconforto do paciente cirúrgico, prevenir efeitos deletérios e facilitar o processo de recuperação.⁽¹²⁾

O controle da dor é um dos itens de avaliação para a certificação de qualidade dos serviços hospi-

tares no Brasil e, também, nos programas da *Joint Commission International*.⁽¹³⁾ No âmbito do cuidado de enfermagem, o monitoramento da dor é fundamental por mensurar o sucesso ou não da terapêutica medicamentosa.⁽¹⁴⁾

O manejo inadequado de dispositivos tubulares reflete a qualidade da assistência de enfermagem, expondo os pacientes a eventos adversos evitáveis. A frequência dessas ocorrências tem sido relacionada ao quantitativo inadequado de pessoal, qualificação e treinamento ineficazes e baixa orientação a pacientes e familiares.^(4,15,16)

Quanto aos eventos adversos relacionados à administração clínica destacam-se inadequações no planejamento, controle e gerenciamento no serviço de saúde.

O cancelamento de cirurgia eletiva implica em aumento de custos hospitalares devido à ocupação do leito e/ou sala operatória, ao desperdício de material esterilizado, ao tempo gasto pelo pessoal envolvido no preparo de material e sala cirúrgica e à substituição do paciente no cronograma cirúrgico.⁽¹⁷⁾ Essa realidade interfere nos aspectos administrativos e logísticos e exige adequação da estrutura organizacional para melhorias na dinâmica do serviço.^(17,18)

As infecções hospitalares são frequentes durante a assistência operatória, ameaçam pacientes e profissionais e, nos hospitais universitários, estima-se taxa anual de 8,2%.⁽¹⁹⁾ Os enfermeiros são os profissionais mais indicados para a prevenção das infecções relacionadas à assistência à saúde e devem assegurar a utilização de paramentação correta, realização de técnicas assépticas, formação adequada e, principalmente, desenvolvimento de consciência crítica nos profissionais de saúde.⁽²⁰⁾

O monitoramento da úlcera por pressão, também, é responsabilidade da equipe de enfermagem e sua ocorrência está estimada em 19,5%, alcançando 35% em pacientes adultos hospitalizados. Esse número pode ser reduzido com adoção de boas práticas clínicas, incluindo massagem, mudança de decúbito, treinamento e utilização da Escala de *Braden*.⁽²¹⁾

A queda, evento adverso mais comum entre pacientes hospitalizados, com incidência de 12,4% em ambientes cirúrgicos, pode ser evitável por meio de melhoria na estrutura hospitalar, programas de

prevenção e acompanhamento do paciente pela enfermagem, antes de alguma atividade.⁽²²⁾

A taxonomia da Organização Mundial de Saúde é recente. Estudos não foram encontrados para a comparação da prevalência dos incidentes sem danos. A prevalência dos eventos adversos é estimada entre 15% e 21,9% no ambiente cirúrgico.^(3,23,24) Como consequência, 45,4% a 83,9% desses eventos resultam em dano temporário e/ou prolongamento da internação e 16,1%, em óbito.^(4,23)

A mortalidade decorrente de eventos adversos foi de 3,21%, três vezes maior que a estimativa de 1,0% de mortalidade em ambiente cirúrgico, evidenciada em estudos internacionais.^(25,26)

A ocorrência desses incidentes sinaliza que estruturas e processos possam estar causando e/ou aumentando o risco de danos aos pacientes e que a assistência necessita de melhoria.⁽²⁷⁾ Nessa perspectiva, a Organização Mundial de Saúde incentiva a recuperação dos incidentes visando promover um sistema de resiliência ativa nas instituições de saúde, com a finalidade de, continuamente, prevenir, detectar, atenuar ou amenizar riscos e promover melhorias.⁽¹⁾

O envolvimento do paciente para garantir sua própria segurança é recomendado, constituindo-se a última barreira para a interceptação de um incidente, bem como um importante avaliador da segurança e qualidade da assistência recebida.⁽²⁸⁾

A ocorrência dos incidentes pode ser minimizada com mudanças nas atitudes gerenciais e profissionais, fortalecimento da liderança e do conhecimento, melhoria no acesso, na qualidade e no uso de produtos médico-hospitalares e manutenção competente e produtiva de profissionais.

Ressalta-se que um incidente sem dano é um potencial evento adverso, já que a diferença entre ambos é a consequência para o paciente. Portanto, seu registro deve ser estimulado junto aos profissionais por possibilitar a implantação de medidas preventivas e, conseqüentemente, a redução de eventos adversos evitáveis.

O Ministério da Saúde brasileiro instituiu o Programa Nacional de Segurança, que poderá contribuir para produção, sistematização e difusão de conhecimentos sobre os incidentes, além de fomen-

tar a cultura de segurança do paciente nas instituições de formação e prática em saúde.⁽²⁹⁾

Considera-se importante divulgar conceitos precisos e claros sobre os tipos de incidentes e compreender que são causados, principalmente, por inadequações nos processos de trabalho. Além de constituírem-se um diagnóstico situacional, o monitoramento dos incidentes deve ser comunicado amplamente para direcionar as tomadas de decisões no contexto da prática em saúde para a melhoria da assistência aos pacientes.

Conclusão

Foram identificados 5.454 registros de incidentes sem dano, estimando prevalência de 82,0%. O evento adverso foi identificado em 218 registros, estimando prevalência de 18,7%.

Colaborações

Paranaguá TTB; Bezerra ALQ; Silva AEBC e Filho FMA declaram que contribuíram com a concepção e projeto; análise e interpretação dos dados; redação do artigo; revisão crítica do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

- World Health Organization. World Alliance For Patient Safety. Taxonomy. The conceptual framework for the international classification for patient safety: final technical report [Internet]. Genève:2009 [cited 2009 Dec 19]. Available from: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf
- Organização Pan-Americana de Saúde. Aliança mundial para a segurança do paciente: cirurgias seguras salvam vidas. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana de Saúde; 2009.
- World Health Organization. World Alliance for patient safety: forward program 2006-2007 [Internet]. Genève: 2007 [cited 2010 Jan 20]. Available from: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/WHO_EIP_HDS_PSP_2006.1.pdf
- Carneiro FS, Bezerra AL, Silva AE, Souza LP, Paranaguá TT, Branquinho NC. Adverse events in the surgical clinic of a university hospital: a tool for assessing quality. *Rev Enferm UERJ*. 2011;19(2):204-11.
- Luz A, Martins AP, Dyniewicz AM. [Characteristics of notes about nursery found in audit]. *Rev Eletrônica Enferm*. [Internet]. 2007;9(2):344-61. Portuguese. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a05.htm>
- Freitas GF, Oguisso T. Nursing professionals profile and ethical occurrences. *Acta Paul Enferm*. 2007;20(4):489-94.
- Ely JW, Graber ML, Croskerry P. Checklists to reduce diagnostic errors. *Acad Med*. 2011;86(3):307-13.
- Schiff GD, Hasan O, Kim S, Abrams R, Cosby K, Lambert BL, et al. Diagnostic error in medicine: analysis of 583 physician-reported errors. *Arch Intern Med*. 2009;169(20):1881-7.
- Galato D, Alano GM, Trauthman SC, Vieira AC. [The dispensation of medicines: a reflection for prevention, identification and solution of drug related problems]. *Rev Bras Ciênc Farm*. 2008; 44(3):465-75. Portuguese.
- Miasso AI, Silva AE, Cassiani SH, Grou CR, de Oliveira RC, Fakh FT. [The medication preparation and administration process: problem identification in order to propose improvements and prevent medication errors]. *Rev Latinoam Enferm*. 2006;14(3):354-63. Portuguese.
- Freitas DF, Oda JY. [Assessment of risk factors related to failure during drug administration]. *Arq Ciênc Saúde UNIPAR*. 2008;12(3):231-7. Portuguese.
- Moraes VC, Bassi DU, Brandão DF, Secoli SR. [Study on the profile of the analgesic therapy used in postoperative pain of hemorrhoidectomy]. *Ciênc Cuid Saúde*. 2008;7(4):454-60. Portuguese.
- Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations. 2001 Hospital Accreditation Standards. Oakbrook Terrace: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations; 2001.
- Secoli SR, Moraes VC, Peniche AC, Vattimo MF, Duarte YA, Mendoza IY. [Post operative pain: analgesic combinations and adverse effects]. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(Spe 2):1244-9. Portuguese.
- Cucolo DF, Perroca MG. [Monitoring performance indicators regarding the length of care by the nursing team]. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(2):497-503. Portuguese.
- Beccaria ML, Pereira RA, Contrin LM, Lobo SM, Trajano DH. [Nursing care adverse events at an intensive care unit]. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2009;21(3):276-82. Portuguese.
- Landim FM, Paiva FD, Fiuzza ML, Oliveira EP, Pereira JG, Siqueira IA. [Analyses of the related factors for surgery suspension at a general surgery service of medium complexity]. *Rev Col Bras Cir*. 2009; 36(4):283-7. Portuguese.
- Sá SP, Carmo TG, Canale LS, Chaves Sá SP, Gomes do Carmo T, Secchin Canale L. [Evaluando el indicador de desempeño suspensión quirúrgica, como factor de calidad en la asistencia al paciente quirúrgico]. *Enferm Global*. 2011;10(23):190-9. Espanhol.
- Nogueira PS, Moura ER, Costa MM, Monteiro WM, Brondi L. [Nosocomial infection profile at an University Hospital]. *Rev Enferm UERJ*. 2009;17(1):96-101. Portuguese.
- Giarola LB, Baratieri T, Costa AM, Bedendo J, Marcon SS, Waidman MA. [Hospital-acquired infections from the perspective of nursing professionals: a bibliographical study]. *Cogitare Enferm*. 2012;17(1):151-7. Portuguese.
- Rogenski NM, Kurcgtant P. Measuring interrater reliability in application of the Braden Scale. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(1): 24-8.
- Diccini S, de Pinho PG, da Silva FO. Assessment of risk and incidence of falls in neurosurgical inpatients. *Rev Latinoam Enferm*. 2008;16(4):752-7.
- Souza LP, Bezerra AL, Silva AE, Carneiro FS, Paranaguá TT, Lemos LF. [Adverse events: instrument for assessing performance of a university hospital surgical center]. *Rev Enferm UERJ*. 2011;19(1):127-33. Portuguese.
- Kable AK, Gibberd RW, Spigelman AD. Adverse events in surgical patients in Australia. *Int J Qual Health Care*. 2002;14(4):269-76.

25. Huddleston JI, Maloney WJ, Wang Y, Verzier N, Hunt DR, Herndon JH. Adverse events after total knee arthroplasty: a national Medicare study. *J Arthroplasty*. 2009;24(6 Suppl):95-100.
26. Huddleston JI, Wang Y, Uquillas C, Herndon JH, Maloney WJ. Age and obesity are risk factors for adverse events after total hip arthroplasty. *Clin Orthop Relat Res*. 2012;470(2):490-6.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Organização Nacional de Acreditação. Manual Brasileiro de Acreditação. Glossário e termos técnicos [Internet]. Brasília (DF): ANVISA; 2006 [citado 2012 Ago 15]. 16 p. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicos/credita/credita/manual/glossario.pdf>.
28. Ward JK, McEachan RR, Lawton R, Armitage G, Watt I, Wright J; Yorkshire Quality and Safety Research Group. Patient involvement in patient safety: Protocol for developing an intervention using patient reports of organisational safety and patient incident reporting. *BMC Health Serv Res*. 2011;11:130.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 529, de 1º de abril de 2013 [Internet]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 2013 Abr 02; [citado 2013 Abr 11]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html.