

 Artigo original

SITUAÇÃO DOS HOSPITAIS DE REFERÊNCIA PARA IMPLANTAÇÃO/ FUNCIONAMENTO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE*

Juliana do Nascimento Serra¹, Ana Rita Barbieri², Maria de Fátima Meinberg Cheade²

RESUMO: Este estudo objetivou conhecer a situação dos hospitais de referência quanto ao uso de normas e protocolos sobre segurança do paciente diante da implantação da respectiva política nacional. Foi realizado um estudo descritivo de abordagem quantitativa nos seis hospitais de referência de Mato Grosso do Sul em 2014, com o uso de um roteiro desenvolvido a partir do arcabouço normativo da Política Nacional de Segurança do Paciente, resoluções da Vigilância Sanitária e recomendações da Organização Mundial de Saúde. Os achados evidenciam que mesmo com o Núcleo de Segurança do Paciente implantado, protocolos como de profilaxia cirúrgica, de checagem de verificação de cirurgias, notificações de eventos adversos são cumpridos. Há falta de estrutura em algumas instituições hospitalares que prejudicam o pleno desenvolvimento de protocolos como falta de profissionais, de equipamentos e materiais. Os resultados apontam que a existência de resoluções e normas não são suficientes para garantir a segurança do paciente.

DESCRIPTORES: Segurança do Paciente; Qualidade da Assistência à Saúde; Avaliação de Serviços de Saúde; Políticas Públicas de Saúde; Gestão da Segurança.

THE SITUATION OF REFERENCE HOSPITALS FOR THE ESTABLISHMENT AND OPERATION OF PATIENT SAFETY CENTERS*

ABSTRACT: This study was conducted to learn how reference hospitals employ guidelines and protocols on patient safety in relation to the instatement of the corresponding national policy. A descriptive study with a quantitative approach was conducted in the six reference hospitals of the state of Mato Grosso do Sul in 2014, with a script developed using the normative framework of National Policy for Patient Safety resolutions of the Health Surveillance and recommendations of World Health Organization. Findings show that even within Patient Safety Centers, protocols such as surgical prophylaxis, surgical safety checklists and adverse event reporting are observed. Some hospitals lack structure, which prevent full adherence to protocols. This fact is compounded by the shortages of workers, equipment and resources. Results show that the existence of resolutions and guidelines are not enough to guarantee patient safety.

DESCRIPTORS: Patient Safety; Quality of Health Care; Health Services Evaluation; Public Health Policy; Safety Management.

SITUACIÓN DE LOS HOSPITALES DE REFERENCIA PARA IMPLANTACIÓN/FUNCIONAMIENTO DEL NÚCLEO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

RESUMEN: Estudio con el objetivo de conocer la situación de hospitales de referencia respecto de uso de normas y protocolos sobre seguridad del paciente ante implantación de la respectiva política nacional. Realizado estudio descriptivo de abordaje cuantitativo en seis hospitales de referencia de Mato Grosso do Sul en 2014, utilizando rutina desarrollada basada en estructuración normativa de la Política Nacional de Seguridad del Pacientes, resoluciones de Vigilancia Sanitaria y recomendaciones de Organización Mundial de la Salud. Los hallazgos evidenciaron que inclusive con el Núcleo de Seguridad del Paciente implantado, protocolos como el de profilaxis quirúrgica, de chequeo de verificación de cirugías, notificaciones de eventos adversos, son incumplidos. Existe carencia estructural en algunas instituciones hospitalarias que perjudican el desarrollo pleno de protocolos, como falta de profesionales, de equipo y materiales. Los resultados expresan que la existencia de normas y resoluciones es insuficiente para garantizar la seguridad del paciente.

DESCRIPTORES: Seguridad del Paciente; Calidad de la Atención de Salud; Evaluación de Servicios de Salud; Políticas Públicas de Salud; Gestión de la Seguridad.

*Artigo extraído da dissertação de mestrado intitulada: "Avaliação dos serviços hospitalares para implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Mato Grosso do Sul". Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, 2015.

¹Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. Universidade Federal do Mato Grosso do Sul. Campo Grande, MS, Brasil.

²Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Docente da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande, MS, Brasil.

Autor Correspondente:

Juliana do Nascimento Serra
Universidade Federal do Mato Grosso do Sul
Av. Costa e Silva, s/n - 79070-900 - Campo Grande, MS, Brasil
E-mail: juliana_nascimento_serra@hotmail.com

Recebido: 17/03/2016**Finalizado:** 12/07/2016

● INTRODUÇÃO

Evento adverso é um dano não intencional ocorrido durante a assistência em qualquer circunstância que causa prejuízos ao paciente. Tais prejuízos podem ser leves ou mesmo graves quando provocam a morte, ameaçam a vida, provocam danos permanentes ou prolongam a internação hospitalar. Também desencadeiam maior número de reinternações e mortes. A ocorrência do evento adverso varia 2,9 a 39% das admissões hospitalares e estudos apontam maior frequência em hospitais de ensino quando comparados aos hospitais gerais⁽¹⁾.

Diante da magnitude dos danos provocados às pessoas e dos custos gerados aos serviços de saúde, a segurança do paciente é uma importante discussão no campo das políticas de saúde no mundo e tem sido objeto de diversos programas incentivados pela Organização Mundial de Saúde e mais recentemente pelo Ministério da Saúde no Brasil^(2,3).

No Brasil, em 2013, foi editada a Portaria 529 que instituiu a Política Nacional de Segurança do Paciente e definiu ações e metas. No mesmo ano, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 36 estabeleceu a obrigatoriedade de implantação de um Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) nos hospitais para reduzir a ocorrência de danos e eventos adversos na assistência aos pacientes, melhorar a qualidade dos serviços prestados, promover e aprimorar a qualidade dos registros^(3,4).

Fazem parte do Programa Nacional de Segurança do Paciente seis protocolos que visam a reduzir a incidência de eventos adversos nas instituições de saúde: identificação do paciente; prevenção de úlcera por pressão; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; cirurgia segura; prática de higiene das mãos em serviços de saúde; e prevenção de quedas^(5,6). No entanto é frequente haver problemas para sua implantação ou implementação nas instituições hospitalares, e, para que estratégias de segurança do paciente sejam efetivas, o conhecimento pelos profissionais e a adoção dos protocolos e diretrizes clínicas são condições básicas quanto à disponibilidade de materiais e equipamentos para o seu cumprimento⁽¹⁾.

O alto custo dos eventos adversos, a diversidade e complexidade de procedimentos realizados, o acompanhamento por parte dos pacientes e familiares e as exigências legais fazem com que os gestores adotem, cada vez mais, práticas sistematizadas de avaliação nos serviços, com o uso de ferramentas capazes de identificar e localizar fatores que interferem nos resultados esperados^(7,8).

Avaliar é sobretudo aprender com a realidade, é entender as causas que levaram aos acertos ou aos erros permitindo compreender o que deveria ser feito para contornar as dificuldades e alcançar os objetivos previstos. A partir da avaliação, é possível corrigir erros e aprimorar o desempenho institucional e reduzir a ocorrência de eventos adversos⁽⁹⁾.

Neste cenário, diante da necessidade de instituir os protocolos da Política Nacional de Segurança do Paciente e a escassez de estudos nacionais sobre o tema, este estudo teve por objetivo conhecer a situação dos hospitais de referência em Mato Grosso do Sul quanto à implantação/implementação da Política de Segurança do Paciente. Parte-se do princípio que a existência de normas e recomendações definidas nas políticas de saúde por si só não garantem os resultados esperados, sendo preciso utilizar ferramentas de monitoramento e avaliação sistemáticas para instituir práticas de segurança no cuidado cotidiano.

● MÉTODO

Foi desenvolvido um estudo transversal nos seis hospitais de referência de Mato Grosso do Sul das quatro regiões de saúde existentes no estado assim distribuídos: três hospitais na região de Campo Grande, na qual se localiza a capital do estado, um hospital na região de Corumbá, um na região de Dourados e um na região de Três Lagoas.

Dos 84 hospitais cadastrados em Mato Grosso do Sul, foram selecionados para a pesquisa os seis hospitais de referência no estado e responsáveis pelos serviços hospitalares mais complexos. Dentre todos os hospitais existentes, os selecionados foram responsáveis em 2014 por 66.648 internações (41%) do total registrado no estado⁽¹⁰⁾. Tais hospitais foram escolhidos porque os procedimentos que

executam são de alta complexidade que requerem serviços organizados com protocolos de segurança do paciente instituídos. Os seguintes códigos foram adotados: Hospitais da região de Campo Grande (HCG-1; HCG-2, HCG-3); Hospital de Corumbá (HCO-4); Hospital de Dourados (HDO-5) e Hospital de Três Lagoas (HTL-6).

Todas as instituições hospitalares convidadas aceitaram participar do estudo. A coleta de dados foi realizada entre os meses de fevereiro e junho de 2014. O roteiro de verificação foi preenchido por meio de observação direta da pesquisadora em todos os setores assistenciais e verificação de registros/evidências documentadas com acompanhamento de profissional designado pelo gestor de cada instituição hospitalar, que após o término da coleta dos dados conferia e assinava o roteiro com as informações da respectiva instituição.

Para a coleta dos dados, foi desenvolvido, com a colaboração de profissionais da Vigilância Sanitária de Mato Grosso do Sul, um roteiro de verificação contemplando as exigências da Portaria 529/2013, da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 36, de comissões e normas preconizadas em RDCs afins. Também foi utilizado o Relatório da Organização Mundial de Saúde intitulado “Parceria Africana para a Segurança do Paciente: análise da Situação sobre a Segurança do Paciente” que promoveu uma avaliação da situação de segurança do paciente naquela região^(3,4,11). O roteiro constituiu-se de itens agrupados por categorias que podem ser visualizados na Figura 1. Os itens de verificação foram agrupados dentro das variáveis definidas a partir do roteiro.

O roteiro totaliza 50 itens considerando a presença de comissões e serviços que contribuem para a consolidação de práticas voltadas à segurança do paciente, como: Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), Óbito, Prontuário, Reprocessamento, Padronização de Produtos e materiais, Educação permanente, Curativo, Medicamentos. Outros itens de verificação presentes no roteiro foram: existência de protocolos e listas de verificação conforme a Política Nacional de Segurança do Paciente; outros protocolos voltados ao controle de infecção e organização dos serviços, existência de política de educação permanente; mecanismos de execução do controle de infecção hospitalar; mecanismos de execução do controle microbiano; existência de normas e procedimentos divulgados aos pacientes e familiares; participação da família na abordagem terapêutica; existência do Núcleo de Segurança; execução das ações instituídas pelo Núcleo de Segurança.

Os itens foram estruturados com três possíveis respostas: sim para existente, não para inexistente, e desconhecimento quando o profissional não conhecia o item ou não apresentava/não havia evidências da

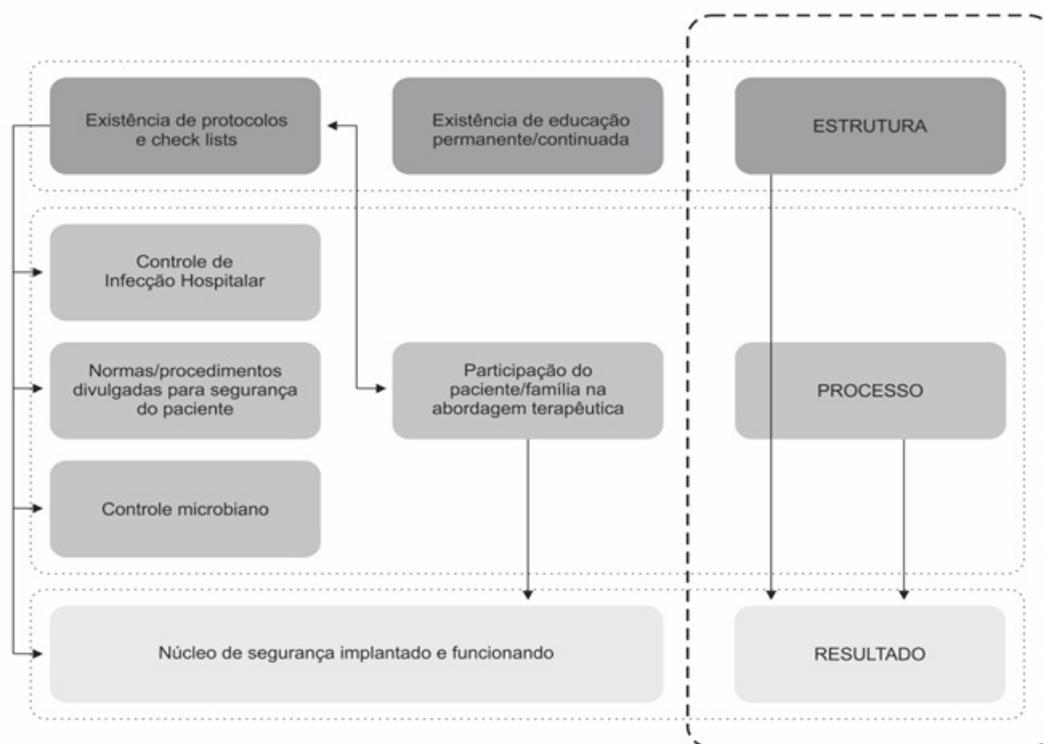


Figura 1 - Variáveis do roteiro de verificação do estudo desenvolvido pelos autores. Campo Grande, MS, Brasil, 2015

sua existência.

Os resultados foram analisados por meio da distribuição de frequências tendo as diretrizes e normas como parâmetros e os limites e potencialidades de cada instituição foram identificados.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Parecer 625.980.

● RESULTADOS

Seis instituições hospitalares participaram da pesquisa sendo três públicas e três filantrópicas conveniadas ao SUS, localizadas nos municípios que são sedes das regiões de saúde: Campo Grande, Corumbá, Dourados e Três Lagoas (Quadro 1).

A distribuição da frequência dos itens presentes no roteiro podem ser visualizadas no Quadro 2, na primeira coluna há a descrição e o número de observações referentes aos itens de verificação. As instituições hospitalares referiram ter um plano estratégico de gestão e organograma com Núcleo de Segurança instituído e os apresentaram, exceto na região de Dourados que, embora não o tenha implantado, adota alguns protocolos de segurança como prática de higiene das mãos e prevenção da úlcera por pressão.

Os demais hospitais possuem o Núcleo de Segurança do Paciente implantado, sem a instituição da totalidade dos protocolos correspondentes.

Quadro 1 - Características das instituições hospitalares participantes. Campo Grande, MS, Brasil, 2014

Instituições hospitalares	Tipo	Nº leitos	Nº leitos UTI adulto
HCG-1	Privado/Filantrópico	464	57
HCG-2	Público	248	19
HCG-3	Público	190	16
HDO-4	Público	187	15
HCO-5	Privado/Filantrópico	126	7
HTL-6	Privado/Filantrópico	115	10

Fonte: CNES/DATASUS

Quadro 2 - Itens que compõem o roteiro de verificação e frequência de respostas nas instituições hospitalares investigadas. Campo Grande, MS, Brasil, 2014

Agrupamento de itens	HCG-1		HCG-2		HCG-3		HCO-4		HDO-5		HTL-6	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Protocolos e listas de verificação para a segurança do paciente (n 10)	8	80	10	100	5	50	6	60	6	60	8	80
Rotina para controle de infecção hospitalar (n 6)	6	100	6	100	6	100	4	66	6	100	6	100
Rotina para controle microbiano (n 4)	4	100	4	100	4	100	4	100	3	75	2	50
Comissões instituídas (n 8)	7	87	7	87	6	75	7	87	7	87	7	87
Educação permanente (n 4)	4	100	4	100	2	50	3	75	2	50	4	100
Insumos e materiais (n 3)	3	100	3	100	3	100	2	66	3	100	3	100
Rotinas para pacientes e familiares (n 7)	4	57	5	71	4	57	3	42	4	57	4	57
Participação da família na terapêutica (n 3)	2	66	2	66	2	66	3	100	1	33	1	33
NSP implantado (n 1)	1	100	1	100	1	100	0	0	1	100	1	100
NSP funcionando (n 4)	2	50	4	100	3	75	2	50	2	50	4	100

Na região de Três Lagoas, no HTL-6, os protocolos para profilaxia cirúrgica e notificações de complicações cirúrgicas não estão implantados.

O protocolo presente e comum a todos os hospitais das regiões de saúde foi o de notificações de doenças infecciosas transmissíveis e não transmissíveis vinculadas ao programa nacional de vigilância epidemiológica que não compõem a Política Nacional de Segurança do Paciente.

Observou-se no HCG-2, HCO-4, HTL-6, que não há Comissão de Reprocessamento. Não há Comissão de Curativos nos três hospitais da região de Campo Grande e a Comissão de Educação Permanente não foi instituída no HDO-5 na região de Dourados.

No que diz respeito ao controle de infecção hospitalar e ao controle microbiano, os resultados apontam que na região de Campo Grande há conformidade dos processos nos três hospitais investigados. Os hospitais possuem coordenador e equipe multidisciplinar para o controle microbiano, todos com responsabilidades definidas e profissional médico ou enfermeiro com dedicação em tempo integral. Em Corumbá (HCO-6), a falta de controle microbiano deve-se à inexistência do serviço de microbiologia na região.

Para o gerenciamento das informações há computadores disponíveis no HDO-5, HTL-6, HCG1 e HCG-3. Em Corumbá, no HCO-4 e em um hospital da região de Campo Grande, HCG-3, não há computadores específicos para gestão das informações, primordial para implantação de prontuários eletrônicos.

Das sete questões dirigidas às normas e procedimentos divulgados aos pacientes e familiares e das três sobre a participação da família na abordagem terapêutica, observou-se que os três hospitais da região de Campo Grande tem um desempenho melhor. Em Dourados (HDO-5) há conformidade da participação familiar voltada à segurança do paciente com serviços implantados, sendo estes existência de uma declaração e carta de direitos do paciente, existência de mecanismos dentro do hospital para informar os pacientes sobre os seus direitos (folhetos, cartazes) e existência de formulários e protocolos para obter o consentimento do paciente antes dos procedimentos.

Mesmo não instituídos todos os processos, no HTL-6 há um sistema de formulário para obter o consentimento do paciente antes dos procedimentos e no HCO-4 há folhetos disponíveis aos pacientes e familiares e cartazes com orientações.

Nas instituições hospitalares foram observados planos estratégicos de gestão. Os HCG-1, HCG-2, HTL-6 possuem programas de melhoria e estão participando de processos de acreditação ou avaliação externa com foco na qualidade da assistência.

Uma instituição hospitalar não tem o Núcleo de Segurança do Paciente implantando e no HCO-4 não há profissionais habilitados em segurança do paciente, o que dificulta a implantação e o monitoramento do uso dos protocolos e listas de verificação, mesmo tendo o NSP implantado. Verificou-se que o Núcleo de Segurança do Paciente está implantado no HTL-6, na região de Três Lagoas.

● DISCUSSÃO

As rotinas e protocolos em instituições hospitalares antigas, tais como as estudadas nesta pesquisa, são arraigados e podem prejudicar a implementação de uma iniciativa nova se esta provocar e possuir desenhos muito diferentes dos existentes⁽¹²⁾.

Do ponto de vista organizacional, o desenvolvimento e implementação de protocolos são medidas efetivas na redução dos gastos excessivos porque favorecem também rotinas em setores de infraestrutura e de apoio à assistência como compras, almoxarifado, distribuição entre outros melhorando a eficiência institucional como um todo⁽⁷⁻¹³⁾. Em algumas instituições hospitalares do estudo, há problemas estruturais como escassez de profissionais para compor as comissões, falta de equipamentos como computador e até inexistência de laboratório de microbiologia para realização de testes necessários para a qualidade e segurança da assistência ao paciente, reforçando a lógica de que muitos dos incentivos para a segurança do paciente dependem da tomada de decisão institucional.

Também comissões que deveriam atuar visando melhores práticas e redução de eventos adversos, não estão instituídas em todos os hospitais estudados e em outros não foram observadas ações continuadas, em outras há rotina instituída quando há demanda, sem plano de trabalho ou metas, em outras, não há rotina e a equipe se constitui de um profissional que acumula outras atividades não priorizando as atividades da comissão.

Comissões deveriam estar em pleno funcionamento antes da implantação do NSP, tais como a Comissão de Infecção Hospitalar, de Controle Microbiano, de Investigação de Óbitos. Pesquisas sugerem que, sob o ponto de vista assistencial, as intervenções previstas para tais comissões colaboram para a mudança da cultura de segurança nas instituições hospitalares, uma vez que aceleram implantação de protocolos e zelam pela manutenção de diretrizes clínicas e rotinas, fundamentais para imprimir qualidade na assistência e nos processos de trabalho em geral^(13,14).

Os resultados do monitoramento e avaliação de comissões favorecem planos de trabalho do serviço de Educação Permanente na abordagem de problemas e vivências do trabalho. Comissões internacionais de acreditação como o *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations* recomendam o uso de protocolos com avaliações sistemáticas visando tolerância zero aos eventos adversos, como pré-requisito para a segurança do paciente⁽¹⁾.

Há indicação de que a educação permanente é a principal ferramenta para as mudanças nos processos de trabalho⁽¹⁵⁾. Os resultados do nosso estudo apontam que mesmo com a existência de práticas de educação permanente, estas não envolvem a totalidade dos profissionais e possuem atividades assemelhadas à educação continuada, com pouco referência à realidade cotidiana da instituição hospitalar.

Uma possível dificuldade para mudar as práticas é a compreensão de que as mudanças estão associadas ao modo como são vistos os problemas e o grau de importância que os sujeitos implicados dão a ele⁽¹⁶⁾. Reconhecer o quão prejudicial é um modo de fazer sem base em evidências, apenas porque sempre foi assim, pode ser o início da percepção de que mudanças são necessárias, e um dispositivo em potencial é a educação permanente. Nesse sentido, intervenções educacionais contínuas, concentradas nos protocolos com ações respaldadas em evidências, ajudam a mudar padrões⁽¹⁷⁾.

Quanto aos insumos e materiais necessários às atividades, os profissionais que acompanharam e participaram da coleta de dados referem avanços importantes a despeito de algumas limitações e dificuldades estruturais como falta de equipamentos, laboratório e profissionais, decorrentes da escassez de recursos financeiros. Problemas estruturais como a falta de insumos e materiais é uma das preocupações observadas refletida em pressupostos ajustes econômicos. Entende-se que a grande dificuldade de implantar segurança com recursos materiais inadequados ou escassos ou suporte tecnológico deficiente ou inadequado, para atender os pacientes⁽¹⁸⁾.

A segurança do paciente deve ser vista como um ecossistema, no qual os serviços de apoio, infraestrutura e adoção de tecnologias devem efetivamente apoiar os processos de trabalho, contribuindo e dando respostas às necessidades da assistência e sua qualidade, tanto quanto aos pacientes e familiares. Os hospitais que visam tolerância zero aos eventos adversos tendem a adotar políticas de integração de toda a organização e trabalhar efetivamente na mudança da sua cultura⁽¹⁹⁾.

A participação dos pacientes e dos familiares deve compor as práticas voltadas à segurança do paciente. A cultura que o paciente deve ser apenas "paciente" da assistência ainda está presente nas instituições apresentadas neste estudo, onde as orientações para participação do paciente e familiares são pouco usuais. A comunicação para todos envolvidos na assistência deve ser objetiva e transparente, que vão desde a notificação de suspeitas de irregularidades até um informe que deve ser fornecido ao paciente e familiares sobre observações relevantes a serem consideradas durante sua internação⁽⁶⁾.

Acredita-se que pacientes e familiares preferem participar do tratamento quando as responsabilidades são claramente atribuídas a eles por profissionais considerados de confiança e que acompanham o paciente. Pesquisas sugerem que pacientes e familiares tendem a uma maior adesão ao tratamento e colaboração à terapêutica quando julgam as instituições hospitalares confiáveis e seguras^(20,21). Há evidências de desfechos mais favoráveis quando paciente e familiares compreendem o problema e participam dos cuidados voltados à segurança e ao tratamento⁽²¹⁾.

A existência dos NSP nas regiões foi constatada em cinco das seis instituições hospitalares investigadas em uma demonstração clara de atenção às leis. Ressalva-se que o funcionamento dos NSP é compulsório, cabendo aos órgãos de vigilância sanitária local ou estadual na ausência da primeira, a fiscalização do cumprimento dos regulamentos sanitários vigentes. A não estruturação do NSP constitui-se em uma infração sanitária⁽⁴⁾.

Os resultados desta pesquisa apontaram que, mesmo com o Núcleo de Segurança implantado, em algumas instituições hospitalares alguns protocolos não foram incorporados aos processos de trabalho, equipes não foram constituídas e a educação dos profissionais não desencadeou mudanças na assistência.

Porém, foram observados esforços por parte dos profissionais para aprimorar a assistência, os registros e a implantação dos protocolos. Em recente estudo, observou-se que dentre as limitações e barreiras para a segurança do paciente, a pressão assistencial que os profissionais sofrem, como o excesso de demanda assistencial e a carga de trabalho aumentada, dificultam a procura de evidências científicas para a implantação de medidas de segurança do paciente⁽¹²⁾.

● CONCLUSÃO

As pesquisas sobre segurança do paciente não são um meio para a melhoria da qualidade por si só, mas são parte de um processo mais amplo de aprendizagem organizacional e melhoria contínua da qualidade, que incorpora o feedback e análise de dados.

Os resultados evidenciaram fragilidades na situação das instituições hospitalares quanto à segurança do paciente. Considerando que hospitais investigados são referência para a sua região e realizam procedimentos complexos, devem estar mais atentos às normas de segurança dados os riscos de eventos adversos a que estão expostos os pacientes.

Como conclusão, cabe afirmar que o cumprimento das normas e legislação, como a exigência de implantação de um núcleo de segurança, não garante a finalidade maior da sua existência que é a efetiva segurança do paciente.

Ressalta-se que este estudo possui limitações que incluem, principalmente, o fato do roteiro não ser validado, porém o mesmo foi desenvolvido a partir da legislação dirigida à segurança do paciente, considerando, além da RDC 36 e Portaria 526, a colaboração de técnicos da vigilância sanitária da VISA de Mato Grosso do Sul. No entanto, a observação direta, a leitura das atas e a verificação das informações fornecidas pelos profissionais que acompanharam a aplicação do roteiro foi um fator positivo para a constatação das evidências.

O estudo contribuiu para a divulgação do tema, sobretudo diante da constatação de que investigações sobre o assunto são novas e escassas no País. Os resultados podem ser utilizados pelas instituições investigadas como cenários da situação real para estabelecer planos prospectivos de melhorias. A estrutura do roteiro pode ser reproduzida para análise da situação da segurança do paciente nas instituições hospitalares em geral.

Portanto, são necessários estudos futuros que relacionem a existência de comissões e protocolos instituídos com os resultados dos indicadores estabelecidos para monitorar e avaliar os resultados institucionais quanto à segurança do paciente e eventos adversos.

● REFERÊNCIAS

1. Vendramini RCR, da Silva EA, Ferreira KASL, Possari JF, Baia WRM. Segurança do paciente em cirurgia oncológica: experiência do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo. Rev. esc. enferm. USP. 2010; 44(3): 827-32.
2. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (editores). To err is human: building a safer health system. [Internet] 2000 [acesso em 16 mar 2015]. Disponível: <http://www.csen.com/err.pdf>
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 529 de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do

Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, [Internet] 25 jun 2014; [acesso em 25 fev 2014]. Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html

4. Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada - RDC 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, [Internet] 25 jun 2014 [acesso em 25 fev 2014]. Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html

5. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.377 de 9 de julho de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. Diário Oficial da União, [Internet] 10 jul 2013 [acesso em 25 fev 2014]. Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377_09_07_2013.html

6. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.095 de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. Diário Oficial da União, [Internet] 29 set 2013 [acesso em 25 fev 2014]. Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html

7. Rossaneis MA, Gabriel CS, Haddad MCL, Melo MRAC, Bernardes A. Indicadores de qualidade da assistência: opinião de enfermeiros gerentes de hospitais de ensino. *Cogitare enferm.* 2015;20(4):798-804.

8. Giles SJ, Lawton RJ, Din I, McEachan RR. Developing a patient measure of safety. *BMJ Qual Saf.* [Internet] 2013 [acesso em 19 ago 2014]. Disponível: <https://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2012-000843>

9. Demo P. Avaliação qualitativa. 9ª ed. Campinas: Autores associados; 2008.

10. Departamento de informática do SUS [Internet]. Brasília [acesso em 03 jun 2015]. Disponível: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qgms.def>

11. Organização Mundial de Saúde (OMS). Parceria Africana para a segurança do paciente: Análise da situação sobre a segurança do paciente (formulário longo). 2012. [acesso em 12 abr 2014]. Disponível: http://www.who.int/patientsafety/implementation/apps/resources/APPS_Improv_PS_Situational_Analysis_LF_2012_07_PT.pdf

12. van Leijen-Zeelenberg JE, van Raak AJA, Duimel-Peeters IGP, Kroese EAL, Brink PRG, Ruwaard D, et al. Barriers to implementation of a redesign of information transfer and feedback in acute care: results from a multiple case study. *BMC Health Serv. Res.* [Internet] 2014; 14(149) [acesso em 20 out 2014]. Disponível: <https://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-14-149>

13. Carvalho PA, Gottens LB, Pires MRGM, de Oliveira MLC. Cultura de segurança no centro cirúrgico de um hospital público, na percepção dos profissionais de saúde. *Rev. Latino – Am. Enfermagem.* 2015; 23(6): 1041-8.

14. Cauduro FLF, Sarquis LM, Sarquis LMM, Cruz EDA. Cultura de segurança entre profissionais de centro cirúrgico. *Cogitare enferm.* 2015; 20(1): 129-38.

15. Winterbottom AE, Jha V, Melville C, Corrado O, Symons J, Torgenson D, et al. A randomised controlled trial of patient led training in medical education: protocol. *BMC Med Educ.* [Internet] 2010; 10:(90) [acesso em 21 nov 2014]. Disponível: <https://dx.doi.org/10.1186/1472-6920-10-90>

16. Teixeira RR. Humanização: transformar as práticas de saúde, radicalizando os princípios do SUS. *Interface (Botucatu).* 2009; 13(supl 1): 785-9.

17. Oliveira RM, Leitão IMTA, da Silva LMS, Figueiredo SV, Sampaio RL, Gondim MM. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. *Esc. Anna Nery.* 2014; 18(1): 122-9.

18. Ques AAM, Hueso Montoro C, Gálvez González G. Fortalezas e ameaças em torno da segurança do paciente segundo a opinião dos profissionais de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2010; 18(3). [acesso em 21 nov 2014]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000300007>

19. Miceli C. Supply chain, information systems play important role in patient safety. *Biomed Instrum Technol* 2014; 48(3): 191-3.

20. Flink M, Hesselink G, Pijnenborg L, Wollersheim H, Vernooij-Dassen M, Dudzik-Urbaniak E, et al. The key actor: a qualitative study of patient participation in the handover process in Europe. *BMJ Qual Saf.* [Internet] 2012; 21(Suppl 1) [acesso em 14 mai 2014]. Disponível: <https://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001171>

21. Weingart SN, Zhu J, Chiappetta L, Sherri O, Stuver SO, Schneider EC, Epstein AM, et al. Hospitalized patients' participation and its impact on quality of care and patient safety. *Int. J Qual Health Care.* 2011; 23(3): 269-77.