

Segurança do paciente no ambiente hospitalar: uma revisão integrativa

Patient safety in the hospital environment: an integrative review

DOI:10.34119/bjhrv4n4-124

Recebimento dos originais: 05/06/2021

Aceitação para publicação: 30/07/2021

Luciane Possoli

Especialista em Processos Educacionais na Saúde com ênfase em aprendizagem significativa

Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina

Endereço: Departamento de Saúde Pública, Centro de Ciências da Saúde, Rua Delfino Conti – Trindade, Florianópolis, SC, Brasil

E-mail: lupossolidb@gmail.com

Taise Rocha Macedo

Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina

Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina

Endereço: Departamento de Saúde Pública, Centro de Ciências da Saúde, Rua Delfino Conti – Trindade, Florianópolis, SC, Brasil

E-mail: taiserm16@gmail.com

Sônia Natal

Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social/ UERJ

Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina

Endereço: Campus Reitor João David Ferreira Lima. Rua Delfino Conti, s/n. Bloco H Sala 121. CEP 88040-900

E-mail: sonianatal2010@gmail.com

Maria Cristina Marino Calvo

Titulação: Doutora em Engenharia de Produção pela Universidade Federal de Santa Catarina

Instituição: Departamento de Saúde Pública- Universidade Federal de Santa Catarina

Endereço: Campus Reitor João David Ferreira Lima Rua Delfino Conti, s/n. Bloco H CEP 88040-900, Florianópolis-SC, Brasil

E-mail: cristina.calvo@ufsc.br

RESUMO

A segurança do paciente é uma temática relevante, sendo que o ambiente hospitalar se destaca como um ambiente complexo que demanda por qualificação. Essa revisão, objetiva identificar na literatura os aspectos fundamentais para garantir a segurança do paciente no ambiente hospitalar. Revisão integrativa de literatura, de artigos publicados entre 2015 e 2020 nas bases de dados da BVS, Cinahl, Scielo, Scopus, PubMed, e Web of Science. Dentre os 137 artigos inicialmente levantados, 24 artigos foram selecionados e categorizados. A Holanda e o ano de 2016 se destacam como o país e ano com maior número de publicações. Da síntese das informações extraídas dos artigos, emergiram

quatro categorias temáticas: eventos adversos, cultura de segurança do paciente, envolvimento do paciente e do familiar e iniciativas para a segurança do paciente, sendo cada uma das categorias fundamentais para garantir a segurança do paciente. Os esforços e iniciativas para melhorar a segurança do paciente no ambiente hospitalar devem ser intensificados e direcionados à redução dos eventos adversos, fortalecimento da cultura de segurança superando a cultura da culpabilização e inclusão do paciente/família nos processos de cuidado. Sugere-se que novos estudos devem ser desenvolvidos buscando explorar os aspectos do envolvimento paciente/família na segurança do paciente.

Palavras-Chaves: Segurança do Paciente, Gestão da Segurança, Cuidados Hospitalares, Qualidade da Assistência à Saúde.

ABSTRACT

Patient safety is a relevant issue, and the hospital environment stands out as a complex environment that demands qualification. This review aims to identify in the literature the fundamental aspects to ensure patient safety in the hospital environment. Integrative literature review of articles published between 2015 and 2020 in the VHL, Cinahl, Scielo, Scopus, PubMed, and Web of Science databases. Among the 137 articles initially surveyed, 24 articles were selected and categorized. The Netherlands and 2016 stand out as the country and year with the highest number of publications. From the synthesis of information extracted from the articles, four thematic categories emerged: adverse events, patient safety culture, patient and family involvement and patient safety initiatives, each of which is fundamental to ensure patient safety. Efforts and initiatives to improve patient safety in the hospital environment must be intensified and aimed at reducing adverse events, strengthening the culture of safety, overcoming the culture of blaming and including the patient / family in the care processes. It is suggested that further studies should be developed seeking to explore aspects of patient / family involvement in patient safety.

keywords: Patient Safety [Mesh], Patient Safeties, Safety Management [Mesh], Hospital Care, Quality of Health Care [Mesh].

1 INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é a redução do risco de danos desnecessários associados a assistência em saúde até um mínimo aceitável. O “mínimo aceitável” corresponde àquilo que é viável perante o atual conhecimento, recursos disponíveis e contexto em que a assistência foi realizada diante do risco de não tratamento ou outro tratamento¹.

Preocupada em reduzir os atos inseguros envolvidos nos processos assistenciais e utilizar as melhores práticas descritas e disponíveis que possibilitem alcançar os melhores resultados possíveis ao paciente, a temática envolvendo a segurança do paciente tem sido fortemente estimulada e trabalhada, a partir da publicação do relatório *To Err is Human: Building a Safer Health Care System*, no ano de 1999, quando este estudo revelou que

cerca de 44.000 a 98.000 pessoas morriam anualmente nos Estados Unidos em decorrência dos erros médicos^{1,2}.

Posterior a este estudo, outros autores de diferentes países apresentaram estimativas ainda mais assustadoras. Em 2013, estudo americano estimou um quantitativo de até 440.000 óbitos relacionados a cuidados hospitalares, associadas a danos evitáveis³. Nos hospitais Latino-americanos, estima-se que a prevalência de erros relacionados ao atendimento em saúde seja de 10,5%⁴.

O erro consiste na falha de execução de uma ação planejada ou a realização incorreta de um plano, podendo ser a causa de um evento adverso (EA). Os eventos adversos são complicações indesejadas decorrentes do cuidado prestado aos pacientes, que não possuem relação com a evolução natural da doença, sendo que quando acontece em decorrência de um erro, ele passa a ser um EA evitável^{1,5}.

Neste sentido, cabe aos profissionais envolvidos no processo localizar ou auxiliar na identificação precoce dos riscos presentes nos diversos contextos, garantir a segurança do paciente, restabelecer a saúde daqueles que são assistidos, assim como evitar ou minimizar as intercorrências durante sua estada nas instituições⁵.

Enquanto é fundamental garantir bons resultados para o paciente hospitalizado, isso torna-se cada vez mais desafiador. Com o passar do tempo os atendimentos hospitalares têm se tornado mais complexos, devido à tecnologia utilizada nos atendimentos, que aumentam e se renovam constantemente, aos fatores humanos envolvidos nos processos assistências, bem como as questões de ordem econômica⁶.

Buscando contribuir com este cenário de necessidade de qualificação dos serviços de saúde e minimizar as dificuldades relacionadas ao contexto que permeiam a segurança do paciente, este estudo tem o objetivo de rever a literatura e apresentar os aspectos utilizados para garantir a segurança do paciente no ambiente hospitalar.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, conduzida a partir de: identificação do tema e escolha da pergunta de pesquisa; definição de critério de inclusão e exclusão dos estudos; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; seleção da amostra; organização dos estudos selecionados em formato de tabela no Microsoft Excel; exploração dos estudos incluídos; discussão e análise dos resultados; e apresentação da revisão em formato de manuscrito⁷.

As buscas das referências aconteceram em janeiro de 2021, em todas as bases de dados da BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), Cinahl, Scielo, Scopus, PubMed, e Web of Science.

Os descritores utilizados para a busca foram: (("Patient Safety" OR "Patient Safeties" OR "Safety Management") AND ("Hospital Care") AND ("Health Evaluation" OR "Health Care Evaluation Mechanisms" OR "Quality of Health Care" OR "Evaluability Study")), para a busca a Plataforma Pubmed/Medline foram utilizados os seguintes mesh terms: (("Patient Safety"[Mesh] OR "Patient Safety" OR "Patient Safeties" OR "Safety Management"[Mesh] OR "Safety Management") AND ("Hospital Care") AND ("Health Evaluation" OR "Health Care Evaluation Mechanisms"[Mesh] OR "Health Care Evaluation Mechanisms" OR "Quality of Health Care"[Mesh] OR "Quality of Health Care" OR "Evaluability Study"))

Para inclusão, foram considerados os artigos originais, disponíveis gratuitamente na íntegra, publicados nos idiomas: português, inglês e espanhol, no período estabelecido de 2015 a 2020, sendo excluídos os artigos repetidos.

Na primeira etapa do estudo, dois revisores independentes fizeram a busca de artigos nas bases de dados selecionadas e a leitura individual dos títulos e resumos de todos os trabalhos encontrados. Posteriormente, buscou-se o consenso entre os revisores para eleger quais artigos iriam para a segunda etapa do estudo.

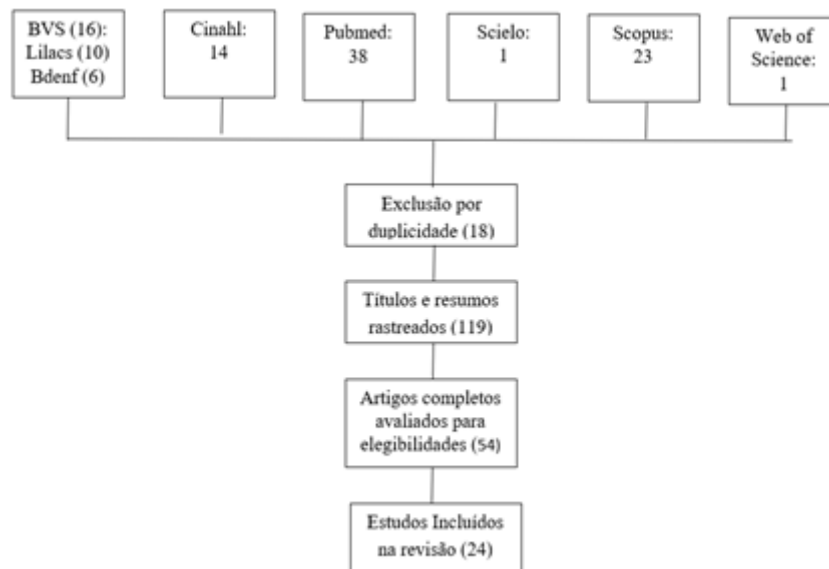
Na segunda etapa, todos os estudos foram lidos na íntegra e novo consenso foi realizado para definir aqueles que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão, sendo definidos os artigos que seriam objeto deste estudo.

Na terceira etapa, os autores realizaram nova leitura dos artigos participantes do estudo, buscando explorar o conteúdo apresentado, identificando as categorias de análise.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A busca eletrônica inicial identificou 137 artigos. Após a leitura dos títulos e resumos foram selecionados 54 para a leitura na íntegra, sendo 24 eleitos para participação desta revisão.

Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos artigos. Florianópolis (SC) 2021



Fonte: autoras

Os países que se destacaram com maior número de publicações foram a Holanda (20,8%; n=5), EUA (16,7%; n=4) e o Reino Unido (16,7%; n=4), sendo que o maior volume de publicação aconteceu no ano de 2016 (29,2%; n=7) e no ano de 2015 (25%; n=6) (Quadro 1).

Quadro 1- Autores e títulos dos artigos participantes do estudo por ano e país de publicação. Florianópolis (SC) 2021.

Ano/País	Autores	Autor - Título
2015/ Austrália ⁸	Luxford K, <i>et al</i>	Improving clinician-carer communication for safer hospital care: A study of the 'TOP 5' strategy in patients
2015/ Brasil ⁹	Siqueira CL, <i>et al</i>	Gerenciamento de risco: percepção de enfermeiros em dois hospitais do sul de Minas Gerais, Brasil
2015/ Escócia ¹⁰	Covvey JR, <i>et al</i>	Antimicrobial-related medication safety incidents: A regional retrospective study in West of Scotland hospitals
2015/ EUA ¹¹	Braddock CH, <i>et al</i>	The transform Patient Safety Project: A Microsystem Approach to Improving Outcomes on Inpatient Units
2015/ Holanda ¹²	Baines R, <i>et al</i>	How effective are patient safety initiatives? A retrospective patient record review study of changes to patient safety over time
2015/ Reino Unido ¹³	Sutton E, <i>et al</i>	Quality and safety of in-hospital care for acute medical patients at weekends: A qualitative study
2016/ Colômbia ⁴	Quemba M, <i>et al</i>	Percepción en paciente y familia de la seguridad de la atención hospitalaria de en un Hospital Universitario
2016/ EUA ¹⁴	Woollen J, <i>et al</i>	Patient Experiences Using an Inpatient Personal Health Record
2016/ Holanda ¹⁵	Van Rosse F, <i>et al</i>	Role of relatives of ethnic minority patients in patient safety in hospital care: a qualitative study
2016/ Inglaterra ¹⁶	Ahmad R, <i>et al</i>	Defining the user role in infection control

2016/ Holanda ¹⁷	Kleefstra SM, <i>et al</i>	Investigating the potential contribution of patient rating sites to hospital supervision: Exploratory results from an interview study in the Netherlands
2016/ Holanda ¹⁸	van Rosse F, <i>et al</i>	Language barriers and patient safety risks in hospital care. A mixed methods study
2016/ Suécia ¹⁹	Nilsson L, <i>et al</i>	Preventable Adverse Events in Surgical Care in Sweden: a nationwide Review of Patient Notes
2017/ Correia ²⁰	Kim SW, <i>et al</i>	Epidemiology and Clinical Characteristics of Rapid Response Team Activations
2017/ Noruega ²¹	Deilkås ET, <i>et al</i>	Exploring similarities and differences in hospital adverse event rates between Norway and Sweden using Global Trigger Tool
2018/ Brasil ⁵	Silva AT, <i>et al</i>	Segurança do paciente e a atuação do enfermeiro em hospital
2018/ EUA ²²	Gonzalez CE, <i>et al</i>	Handoff Tool Enabling Standardized Transitions Between the Emergency Department and the Hospitalist Inpatient Service at a Major Cancer Center
2018/ Suécia ²³	Nilsson L, <i>et al</i>	Incidence of adverse events in Sweden during 2013-2016: A cohort study describing the implementation of a national trigger tool
2019/ Austrália ²⁴	Redley B, <i>et al</i>	Patient participation in inpatient ward rounds on acute inpatient medical wards: A descriptive study
2019/ Brasil ⁶	Sasso M, <i>et al</i>	Implementação de um painel de indicadores on-line para segurança do paciente
2019/ EUA ²⁵	Cefalu MS, <i>et al</i>	Hospital quality indicators are not unidimensional: A reanalysis of lieberthal and comer
2019/ Holanda ²⁶	Hanskamp-Sebregts M, <i>et al</i>	Effects of patient safety auditing in hospital care: results of a mixed-method evaluation (part 1)
2019/ Reino Unido ²⁷	O'Hara JK, <i>et al</i>	What can patients tell us about the quality and safety of hospital care? Findings from a UK multicentre survey study
2020/ Itália ²⁸	Labella B, <i>et al</i>	Consistency of safety monitoring using routine national databases: results using a quality of care interpretative model

Fonte: Autoras

Quanto ao método utilizado, dos 24 estudos incluídos, destacou-se a abordagem quantitativo (50% n=12) com delineamento retrospectivo (29,2%; n=7), coorte prospectiva (8,3% n=2), descritivo (4,2% n=1), ensaio clínico randomizado (4,2% n=1) e quase experimental (4,2% n=1), seguido pela abordagem qualitativa (33,3% n=8), com delineamento descritivo (29,2% n= 7;) e naturalístico (4,2% n=1). Em menores proporções foram utilizados o método avaliativo (12,5% n=3) e o relato de experiência (4,2% n=1).

Apesar dos resultados encontrados, a literatura sugere que a ciência e a prática da segurança do paciente apresentam uma tendência a focar menos nos danos do passado, obtidos através dos estudos retrospectivos e passou a preocupar-se mais na compreensão dos fatores que apoiam o cuidado seguro e a resiliências dos sistemas e serviços de saúde¹³.

A análise do material bibliográfico direcionou a organização das temáticas em eventos adversos, cultura de segurança do paciente, envolvimento do paciente e do familiar e iniciativas para a segurança do paciente (Quadro 2).

Quadro 2- Estudos participantes da revisão por categoria temática. Florianópolis (SC) 2021.

Categoria Temática	Estudos participantes
Os Eventos Adverso	4, 5, 6, 8, 9,10, 13, 18,19,20, 21,22, 23,26
A cultura de segurança do paciente	5, 6, 9, 10, 11, 21, 26, 28
Envolvimento do paciente e do familiar	4, 5, 8, 9, 14, 15, 16, 17, 24, 25, 27
Iniciativas para a segurança do paciente	5, 6, 12, 19, 21, 23, 28

Fonte: autoras

Os Eventos Adversos

O ambiente hospitalar oferece diversos riscos à saúde dos pacientes, os quais podem até mesmo agravar o seu quadro de saúde. A busca pela qualidade é uma questão complexa, devendo ser prioridade para as instituições e profissionais de saúde que as integram⁴.

A segurança do paciente é um pré-requisito para uma assistência de qualidade, sendo que o cuidado hospitalar seguro, pode ser definido como aquele que não causa dano ao paciente, seja pelo descumprimento das responsabilidades dos profissionais ou pelo gerenciamento inadequado da saúde, resultando em eventos adversos¹⁸, ou seja, uma lesão não intencional decorrente ou contribuída por cuidados em saúde que demandaram monitoramento adicional, tratamento, hospitalização ou que resultou até mesmo em morte^{19, 23, 26}.

A literatura sugere que dentre os principais grupos de eventos adversos estão as infecções adquiridas no hospital^{4,19,21,23}, trombose venosa^{19,23}, embolia pulmonar^{19,23}, pneumonia associada a ventilação mecânica²³, eventos adversos cirúrgico^{19,23}, distensão da bexiga por retenção urinária ($\geq 500\text{ml}$)^{19,23}, falhas nos sinais vitais^{19,23}, eventos adversos relacionados aos medicamentos^{4,9,19,23}, resistência antimicrobiana²³, lesão neurológica^{19,23}, úlcera por pressão^{9,19,21} e queda^{4,9,19,21,23}.

A insulina, a varfarina e a amoxicilina foram os principais responsáveis por EA com medicação, sendo as etapas que envolvem a administração e prescrição aquelas mais suscetíveis a erros¹⁰.

Nos eventos adversos cirúrgicos, foram identificados percentuais de 62,5% provavelmente evitáveis ou evitáveis, que contribuíram para reinternação do paciente ou

cuidados hospitalares prolongados (50%), bem como para danos permanentes ou morte do paciente (4,7%)¹⁹.

A estratégia mais eficaz para reduzir os danos cirúrgicos parece ser a adesão ao *checklist* de cirurgia segura, que se trata de uma lista de verificação abrangente, que inclui desde a decisão do paciente em operar até a consulta ambulatorial realizada no pós-operatório^{5,6,19}. Esta ação, é uma das preconizadas pelo PNSP brasileiro, que instituiu em 2013 os protocolos para segurança do paciente, que além do protocolo de cirurgia segura, contempla os protocolos de identificação do paciente; prevenção de úlcera por pressão; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, prática de higiene das mãos em serviços de saúde e prevenção de quedas. Através destes instrumentos construídos a partir de evidências científicas, objetivou-se proporcionar aos pacientes um cuidado mais seguro a partir da utilização de indicadores, fluxos e procedimentos específicos²⁹.

Outras iniciativas podem evitar a ocorrência de EA nos hospitais, tal como a implantação das equipes de resposta rápida, que esteve associada à redução da taxa de incidência de mortalidade por parada cardíaca e admissão em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) por identificarem precocemente um paciente em deterioração e agir imediatamente de acordo com a necessidade apresentada pelo paciente²⁰. A utilização de ferramentas para evitar lacunas de informação, como mnemônicos que estruturam a comunicação reduzem a chance de erros e omissões durante a passagem de plantão, contribuindo também para a redução no tempo de internação, número de transferências para a UTI e chamadas de equipe de resposta rápida²².

Falhas de comunicação, que envolvem comunicação incompleta, omissão de informações importantes ou ausência de comunicação, são fatores que aumentam o risco de erros, especialmente quando envolve as transições de cuidado, que por si só interrompe a continuidade do atendimento e já aumenta o risco de EA²². As barreiras linguísticas, que correspondem às situações que as partes falam línguas diferentes, também são apontadas como uma ameaça à segurança do paciente, contribuindo para os EA em todas as ações presentes no cuidado diário do paciente hospitalizado, seja na administração de medicamento, controle da dor, gerenciamento do equilíbrio de fluidos, na interação profissional e paciente ou até mesmo na comunicação de riscos e situações agudas¹⁸.

A estratégia “TOP 5”, de Luxford et al (2015), é uma ferramenta simples e de baixo custo que se concentra na comunicação médico - cuidador, envolvendo um processo estruturado que captura do cuidador até cinco dicas importantes que auxilia a

comunicação e atendimento personalizado ao paciente, melhorando a experiência do médico e do cuidador e conseqüentemente a segurança do paciente⁸.

Os riscos referentes às barreiras de linguagem podem ser reduzidas, primeiramente detectando e divulgando entre a equipe a presença desta situação¹⁸. A *The Joint Commission International* (2017)³⁰ fornece diretrizes para que as barreiras linguísticas sejam superadas, envolvendo a educação do paciente, através de consentimento informado fornecido em uma linguagem que o paciente possa compreender, a responsabilização do hospital em reduzir as barreiras linguísticas e o registro em prontuário sobre os aspectos que envolve a linguagem do paciente.

Além dos fatores citados, a literatura tem apontado outros fatores que podem contribuir para a ocorrência dos EA nas unidades hospitalares, como quadro de funcionários reduzido^{4,5,9,13}, pouca habilidade da equipe atuante¹³ e a grande rotatividade dos profissionais⁹.

Os serviços de saúde precisam compreender a gravidade e o impacto que os erros geram para o sistema de saúde e para as pessoas que acessam o sistema por isso necessitam explorar as informações referentes a incidência, natureza, evitabilidade e conseqüências dos EA, buscando reduzir o seu quantitativo e implicações²³.

A Global Trigger Tool é apresentada como uma abordagem efetiva e sensível para identificar EA nos serviços de saúde. Envolve uma equipe treinada de dois revisores, e estabelece uma lista de critérios, também chamados gatilhos, que indicam uma probabilidade mais alta de EA dentro da instituição²¹.

Ferramentas de melhoria contínua como o PDCA (Plan, Do, Check, Act) também podem ser úteis para trabalhar os EA nas instituições. No método PDCA a auditoria verifica se os padrões de qualidade foram estabelecidos (planejar) e aplicados na prática (fazer). Baseado nos resultados de auditoria, ações de melhoria são implementadas (agir) para melhorar os resultados de segurança para os pacientes, profissionais e departamentos²⁶.

Os estudos de revisão de prontuários continuam sendo um método estabelecido e validado para esta finalidade. No entanto, possuem fragilidades para sua utilização, pois está suscetível ao viés retrospectivo, conseguindo identificar apenas os EA documentados, culminando com a qualidade rasa dos registros dos prontuários²³.

No Brasil, as notificações de EA são obrigatórias desde 2014, sob a gestão do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) através do Sistema de Notificação para a Vigilância Sanitária (Notifisa). O banco de dados deste sistema pode subsidiar

ações a partir de vulnerabilidades encontradas, também auxiliando a definir medidas de segurança mais urgentes. No entanto, a falta de um sistema de avaliação e monitoramento mais específico articulado ao Notivisa é um ponto crítico para melhorar a qualidade da segurança do paciente³¹.

Compreender o contexto multifatorial que envolve a ocorrência de EA e estabelecer barreiras que possibilitem a sua ocorrência é fundamental para modificar o atual cenário que perpassa a segurança do paciente no âmbito hospitalar. Grande parte da mudança necessária, envolve o fortalecimento de uma cultura de segurança, como será explorado na sequência.

Cultura de Segurança do Paciente

No âmbito da saúde, o conceito de cultura de segurança do paciente se refere ao resultado de valores, atitudes, competências e padrões de comportamentos individuais e coletivos, podendo este determinar o compromisso, o estilo do grupo e as habilidades de uma administração organizacional saudável e segura³².

A implantação e/ou implementação de uma cultura de segurança do paciente viabiliza a identificação de áreas que possuem problemas, proporciona avaliar os pontos críticos e planejar a melhor forma de agir, incentivando a instituição a buscar soluções de acordo com evidências de forma efetiva⁶.

A cultura de segurança é um fenômeno local, que pode modificar em diferentes unidades dentro de uma mesma organização¹¹, e quando bem estabelecidas com equipes atuantes são fundamentais para a prestação de cuidados seguros²⁶.

Ela busca o compromisso ético e a responsabilização de cada profissional, sendo imprescindível que cada serviço de saúde estruture seu sistema auxiliando os profissionais a não errarem. A consolidação de uma cultura de segurança nas organizações de saúde se configura como proposta de remodelar os processos de trabalho, levando ao aprimoramento da qualidade e assistência à saúde através de estratégias seguras⁵.

Por envolver as características individuais e coletivas de comprometimento com a qualidade e segurança da assistência, o aumento no número de EA relatados pode sinalizar a presença de uma cultura de segurança nas instituições, ao invés de cuidados abaixo do padrão^{10,21,26,28}.

Estudo realizado em dois hospitais de grande porte de Minas Gerais evidenciou que a cultura de segurança do paciente na amostra brasileira se apresenta como cultura

punitiva frente a ocorrência de erros. Chegar a uma cultura de segurança requer desenvolvimento de valores, crenças e princípios⁹.

Apesar de ser uma característica ultrapassada, a cultura punitiva ainda segue presente nas instituições hospitalares. É preciso que as instituições de saúde superem essa cultura, sendo necessário apoio da gestão, lideranças fortalecidas, capacitação/treinamento, tempo, além de um sólido programa de segurança disseminado na organização³³.

Contribuindo com o resultado encontrado nesta revisão, recente estudo brasileiro, realizado em hospitais de alta complexidade considerou a cultura de segurança fragilizada, demonstrando a urgente necessidade de explorar a temática e modificar as estratégias utilizadas, com qualificação da assistência e promoção de um cuidado seguro³⁴.

Melhorias estão sendo realizadas na atenção hospitalar buscando a segurança do paciente, mas abordagens inovadoras são necessárias para agilizar o progresso de fortalecimento desta cultura. Estão surgindo evidências de que abordagens de microsistema, que entendem que setorialmente as equipes devem ter autonomia para melhorar a qualidade e a segurança do seu ambiente, são eficazes por melhorar os resultados e desempenhos das mesmas dentro das instituições¹¹.

A utilização do PISP (Painel de Indicadores de Segurança do Paciente) se destaca como uma intervenção capaz de fortalecer a cultura de segurança do paciente existente nas instituições hospitalares, além de garantir monitoramento da qualidade dos serviços oferecidos⁶.

Uma cultura de segurança positiva favorece o aprimoramento de práticas seguras, pois envolve um comprometimento coletivo quanto a notificação dos EA nas instituições, qualifica a comunicação entre a equipe, preocupa-se que o erro sirva como fonte de aprendizado, entende que a valorização profissional e a educação continuada contribuem para a segurança nos serviços de saúde⁵.

Envolvimento do paciente e familiar

O hospital é um ambiente que propicia experiências que podem causar ansiedade a seus pacientes^{4,14}. Envolver o paciente internado nos seus cuidados reduz o estresse gerado pela internação, demanda menos tempo dos profissionais que o assistem e empodera o paciente para o seu tratamento, proporcionando melhoria na sua segurança^{4,8,9,14,24,25}.

Já existe um discurso bem estabelecido na literatura sobre a relação do papel potencial e dos benefícios de envolver os pacientes na concepção conjunta dos serviços de saúde e na prestação de assistência, seguida de *feedback* e avaliação. A perspectiva do paciente sobre a qualidade da assistência foi incondicionalmente integrada à gestão da qualidade nas instituições^{4,5,16,17,24,27}.

Considerando a relevância de integrar os envolvidos para o fortalecimento da segurança do paciente, a Organização Mundial da Saúde (2013), estimula a participação e empoderamento do paciente, família e comunidade em todos os níveis de cuidado em saúde através do programa *Patients for Patient Safety*³⁵.

Os pacientes são uma fonte de aprendizagem importante, mas muitas vezes negligenciada²⁷. Envolvê-los nas tomadas de decisões em torno de seus próprios planos de tratamento pode resultar em autogerenciamento aprimorado e melhorar os resultados de saúde, além de humanizar o atendimento recebido^{4,5,8,16}.

No estudo de Woollen e colaboradores a participação aconteceu através de um aplicativo instalado em um tablet, que era disponibilizado para uso do paciente ou familiar durante o período de internação, sugerindo que o envolvimento do paciente e seu familiar podem ser úteis para melhorar a compreensão, o envolvimento e a segurança durante a internação¹⁴.

Outra forma de agregar a participação dos pacientes é por meio das pesquisas de satisfação ou experiência publicadas em sites de opinião¹⁷. No Reino Unido, uma intervenção chamada *The patient reporting and action for a safe environment*, permitiu que os pacientes realizassem relatos anônimos sobre a segurança do paciente, contribuindo para prevenção de futuros EA²⁷.

Compreender que os indicadores de qualidade hospitalar não envolvem uma análise unidimensional evita que interpretações errôneas sejam realizadas em relação à segurança do paciente²⁵. A participação do familiar do paciente hospitalizado também está relacionada à redução de riscos relacionados a segurança do paciente, sendo “um par extra de olhos e ouvidos” que reduz perdas de informação, auxilia no processo de comunicação do paciente com a equipe de saúde e minimiza os efeitos negativos da internação, especialmente aqueles relacionados a aspectos emocionais^{5,8,15}. No entanto, existe uma evidência limitada sobre estes benefícios, visto que a presença da família também pode levantar algumas dificuldades para a segurança do paciente, quando ofertam alimentos não permitidos nas dietas prescritas ou assumem totalmente o processo de comunicação envolvido na assistência^{8,15}.

Apesar dos potenciais aspectos positivos relacionados ao envolvimento da família no cuidado hospitalar, a segurança do paciente segue sendo responsabilidade do sistema de saúde e de seus prestadores. A responsabilidade pela segurança do paciente jamais deve ser entregue aos familiares do paciente¹⁵.

Em consonância com as evidências por ora apresentadas, o Programa Nacional de Segurança do Paciente brasileiro (2013) seguiu as recomendações internacionais e destacou em um de seus quatro eixos fundamentais a participação do paciente no processo assistencial, enfatizando a importância de aspectos aqui apresentados, como a comunicação efetiva, humanização e o paciente como barreira para a ocorrência de EA nos serviços de saúde³⁶.

Todavia, limitações dessa participação ainda estão presentes, e a literatura sugere que mais pesquisas são necessárias para identificar as habilidades e o processo de tomada de decisões empregado pelos pacientes para definir seu papel na sua segurança¹⁶. Também é necessário compreender melhor e apoiar a utilização da perspectiva do paciente sobre a qualidade dos cuidados de saúde, bem como definir o valor que deve ser atribuído a esta fonte de informação¹⁷.

Iniciativas para a Segurança do Paciente

Os altos índices de erros e EA relacionados à assistência em saúde têm demandado por medidas que garantam ainda mais segurança aos pacientes. A literatura aponta algumas iniciativas desenvolvidas no cenário mundial que resultaram em melhoria nos níveis de segurança do paciente nas instituições e nos sistemas de saúde. Tais iniciativas são destacadas abaixo.

Na Holanda, dois grandes programas foram implantados. O “Better Faster” (2003-2008) foi implantado em alguns hospitais, e o “Prevent Harm Work Safety” (2008-2012) foi implantado em todos os hospitais com o objetivo de reduzir em 50% o número de EA a partir da implementação de um sistema de gestão para segurança, com foco na segurança cirúrgica e processo de medicamentos. A redução considerável dos EA nos hospitais participantes de uma pesquisa realizada por Baines et al (2015) foi atribuída à implantação do programa nacional para a segurança do paciente e iniciativas locais¹².

Na Noruega, em 2011 foi lançada a campanha nacional de segurança do paciente, tendo como objetivo a redução dos danos ao paciente e redução de 20% dos EA evitáveis nos hospitais noruegueses, bem como melhorar o conhecimento, a competência e a cultura de segurança do paciente nos serviços de saúde do país^{21,23}.

Na Suécia, o governo em parceria com a Associação Sueca de Autoridades e Regiões Locais, lançou uma iniciativa nacional para aumentar a conscientização sobre a segurança do paciente no período de 2011-2014. Como parte desta iniciativa, todos os hospitais do país que realizavam atendimento de urgência realizam uma revisão dos prontuários dos pacientes para analisar os EA relacionados à assistência à saúde, elaborando um banco de dados nacional. A revisão dos prontuários se mostrou uma ferramenta útil para monitorar e avaliar as intervenções nacionais adotadas para fortalecimento da segurança do paciente no país, encontrando redução nas taxas de EA entre os anos de 2013 a 2016 e evidenciando os desafios a serem superados nesta área^{19,21,23}.

O Ministério da Saúde Italiano financiou o projeto “*Supporting Regions in the Implementation and Improvement of Monitoring Systems for Clinical Risk Management*” entre os anos de 2011 e 2013, que tinha como objetivo identificar um modelo nacional para monitorar, avaliar e comparar a segurança do paciente nas diferentes regiões italianas, buscando também a eficiência e eficácia do sistema de saúde como um todo. Dentre os resultados, destaca-se a utilização do banco de dados do projeto para o monitoramento nacional da segurança do paciente que podem ser revertidos em ações de melhoria da segurança do paciente²⁸.

No Brasil, em 2013 o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente, que trouxe como exigência aos serviços de saúde a implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente e a elaboração, monitoramento e avaliação do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde^{5,6}.

Os resultados encontrados, sugerem que a segurança do paciente tem sido compreendida como uma temática relevante nas agendas de diversos países, e que mudanças estão sendo inseridas nos sistemas de saúde visando alcançar redução no número de EA e dos consequentes prejuízos que estes trazem à sociedade.

Valorizar a segurança do paciente por meio da implementação de medidas para essa finalidade deve ser uma prioridade. As instituições devem viabilizar meios que favoreçam a análise dos processos, sobretudo com boas condições de trabalho aos profissionais e conhecimento dos problemas para minimizá-los e evitá-los quando possível. Para fortalecer a cultura de segurança do paciente, os gestores devem atentar para um modelo de gestão participativo, estruturas mais horizontais e lideranças que coordenem a diversidade entre os profissionais de modo que o trabalho seja coordenado, eficaz e seguro para todos³⁷.

4 CONCLUSÃO

A melhoria da segurança do paciente nos serviços hospitalares envolve uma constante preocupação com os EA. Tecnologias, metodologias e estratégias diversas têm sido utilizadas para reduzir o número destes eventos nos hospitais, uma vez que geram importantes impactos financeiros e sociais às instituições, aos profissionais, e principalmente aos pacientes e familiares.

A cultura punitiva tradicional ainda presente nestas organizações deve ser substituída por uma cultura de segurança, que é fundamental para qualificação do atendimento realizado e para os aspectos que envolvem a segurança do paciente. A cultura de segurança melhora a comunicação entre membros da equipe multiprofissional, cria ambientes que valorizam os profissionais, estimula a notificação dos EA, e esses eventos passam a ser fonte de aprendizado organizacional, através de processos educativos.

Outro aspecto fundamental para garantir a segurança no serviço hospitalar é garantir que o cuidado seja centrado no paciente. Envolver no processo assistencial o paciente e seu familiar, quando possível, está relacionado a melhores resultados no tratamento e menor tempo de internação, refletindo positivamente na segurança. A participação do paciente e da família na segurança do paciente deve ser mais bem explorada em pesquisas, com maior detalhamento do papel desempenhado e das ações que poderiam estar desempenhando e que ainda seguem sendo subutilizadas pelas instituições hospitalares.

Diversas iniciativas foram adotadas em diferentes países buscando proporcionar ações e estratégias que viabilizem melhorias na área da segurança do paciente, mas barreiras ainda precisam ser superadas no campo metodológico, vislumbrando estratégias de pesquisas prospectivas, que foquem os processos assertivos na área da segurança do paciente e que antecedem a ocorrência dos EA. Esses estudos, são conduzidos do presente e direcionadas ao futuro como, por exemplo, os estudos de coorte prospectivos e observacionais.

5 CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

LP: concepção e desenho/análise e interpretação dos dados; redação e revisão crítica do artigo; aprovação da versão a ser submetida;

TRM: concepção e desenho/análise e interpretação dos dados; redação e revisão crítica do artigo; aprovação da versão a ser submetida;

SN: revisão crítica do artigo; aprovação da versão a ser submetida;

MCMC: revisão crítica do artigo; aprovação da versão a ser submetida;

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety v1.1. Lisboa; 2009. Disponível em: <<http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/en/>>. Acesso em 02 mar. 2021
2. Konh LT, Corrigan JM, Donaldson MS. Errors in health care: a leading cause of death and injury. In: Konh LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health care system. Washington (DC): Institute of Medicine; 2000. p. 26-48.
3. James JA. A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. *Journal of Patient Safety*. 2013; 9(3): 122-8.
4. Quemba M, Ortiz A, Fetecua D, Sánchez I, Acosta P. Percepción en paciente y familia de la seguridad de la atención hospitalaria de en un Hospital Universitario. *Cultrua* [Internet]. 2016;13(1):40-9. Disponível em: <<https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/cultura/article/view/2134>> Acesso em 02 mar. 2021.
5. Silva AT, Camelo SHH, Terra FS, Dázio EMR, Sanches RS; Resck ZMR. Segurança do paciente e a atuação do enfermeiro em hospital. *Rev. enferm UFPE on line*. 2018; 12(6): 1532-1538. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-981874>>. Acesso em 02 mar. 2021.
6. Sasso M, Capucho H, Bezerra I, Carvalho L, Almeida D, Piuvezam G. Implementação de um painel de indicadores on-line para segurança do paciente. *Rev. Bras. em Promoção da Saúde*. 2019;32: 1-11.
7. Ganong LH. Integrative reviews of nursing. *Rev. Nurs Health*. 1987;10(1):1-11
8. Luxford K, Axam A, Hasnip F, Dobrohotoff J, Strudwick M, Reeve R, Hou C, Viney R. Improving clinician-carer communication for safer hospital care: a study of the 'TOP 5' strategy in patients with dementia. *Int J Qual Health Care*. 2015;27(3):175-82.
9. Siqueira CL, Silva CC; Teles JKN; Feldman LB. Management: perception of nurses of two hospitals in the south of the state of Minas Gerais, Brazil. *Rev Min Enferm*. 2015; 19(4): 919-926.
10. Covvey JR, Al-Balushi A, Boyter AC, Gourlay Y. Antimicrobial-related medication safety incidents: a regional retrospective study in West of Scotland hospitals. *J Hosp Infect*. 2015;91(3):264-70.
11. Braddock CH, Szaflarski N, Forsey L, Abel L, Hernandez-Boussard T, Morton J. The Transform Patient Safety Project: a microsystem approach to improving outcomes on inpatient units. *J Gen Intern Med*. 2015;30(4):425-33.
12. Baines R, Langelaan M, de Bruijne M, Spreeuwenberg P, Wagner C. How effective are patient safety initiatives? A retrospective patient record review study of changes to patient safety over time. *BMJ Qual Saf*. 2015 Sep;24(9):561-71.

13. Sutton E, Bion J, Aldridge C, Boyal A, Willars J, Tarrant C. Quality and safety of in-hospital care for acute medical patients at weekends: a qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 2018;18(1):1015.
14. Woollen J, Prey J, Wilcox L, Sackeim A, Restaino S, Raza ST, Bakken S, Feiner S, Hripcsak G, Vawdrey D. Patient Experiences Using an Inpatient Personal Health Record. *Appl Clin Inform.* 2016;7(2):446-60.
15. van Rosse F, Suurmond J, Wagner C, de Bruijne M, Essink-Bot ML. Role of relatives of ethnic minority patients in patient safety in hospital care: a qualitative study. *BMJ Open.* 2016;6(4):e009052.
16. Ahmad R, Iwami M, Castro-Sa´nchez E, Husson F, Taiyari K, Zingg W, Holmes A. Defining the user role in infection control. *Journal of Hospital Infection.* 2016; 92:321-327.
17. Kleefstra SM, Zandbelt LC, Borghans I, de Haes HJ, Kool RB. Investigating the Potential Contribution of Patient Rating Sites to Hospital Supervision: Exploratory Results From an Interview Study in the Netherlands. *J Med Internet Res.* 2016;18(7): e201.
18. van Rosse F, de Bruijne M, Suurmond J, Essink-Bot ML, Wagner C. Language barriers and patient safety risks in hospital care. A mixed methods study. *Int J Nurs Stud.* 2016;54:45-53.
19. Nilsson L, Risberg MB, Montgomery A, Sjö Dahl R, Schildmeijer K, Rutberg H. Preventable Adverse Events in Surgical Care in Sweden: A Nationwide Review of Patient Notes. *Medicine (Baltimore).* 2016;95(11): e3047.
20. Kim SW, Lee HY, Han MR, Lee YS, Kang EH, Jang EJ, Jeun KS, Kim SC. Epidemiology and Clinical Characteristics of Rapid Response Team Activations. *Korean J Crit Care Med.* 2017;32(2):124-132.
21. Deilkås ET, Risberg MB, Haugen M, Lindstrøm JC, Nylén U, Rutberg H, Michael S. Exploring similarities and differences in hospital adverse event rates between Norway and Sweden using Global Trigger Tool. *BMJ Open.* 2017;7(3): e012492.
22. Gonzalez CE, Brito-Dellan N, Banala SR, Rubio D, Ait Aiss M, Rice TW, Chen K, Bodurka DC, Escalante CP. Handoff Tool Enabling Standardized Transitions Between the Emergency Department and the Hospitalist Inpatient Service at a Major Cancer Center. *Am J Med Qual.* 2018;33(6):629-636.
23. Nilsson L, Borgstedt-Risberg M, Soop M, Soop M, Nylén U, Ålenius C, Rutberg H. Incidence of adverse events in Sweden during 2013–2016: a cohort study describing the implementation of a national trigger tool. *BMJ Open* 2018; 8: e020833.
24. Redley B, McTier L, Botti M, Hutchinson A, Newnham H, Campbell D, Bucknall T. Patient participation in inpatient ward rounds on acute inpatient medical wards: a descriptive study. *BMJ Qual Saf.* 2019;28(1):15-23.
25. Cefalu MS, Elliott MN, Setodji CM, Cleary PD, Hays RD. Hospital quality indicators are not unidimensional: A reanalysis of Lieberthal and Comer. *Health Services Research.* 2019; 54(2):502-508.

26. 12. Hanskamp-Sebregts M, Zegers M, Westert GP, Boeijen W, Teerenstra S, van Gurp PJ, Wollersheim H. Effects of patient safety auditing in hospital care: results of a mixed-method evaluation (part 1). *Int J Qual Health Care*. 2019;31(7):8-15.
27. O'Hara JK, Reynolds C, Moore S, Armitage G, Sheard L, Marsh C, Watt I, Wright J, Lawton R. What can patients tell us about the quality and safety of hospital care? Findings from a UK multicentre survey study. *BMJ Qual Saf*. 2018;27(9):673-682.
28. Labella B, Giannantoni P, De Blasi R, Caracci G, Carinci F. Consistency of safety monitoring using routine national databases: results using a quality of care interpretative model. *Eur J Public Health*. 2020;30(6):1041-1048.
29. Cavalcante EFO, Pereira IRBO, Leite MJVF, Santos AMD, Cavalcante CAA. Implementação dos núcleos de segurança do paciente e as infecções relacionadas à assistência à saúde. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2019; 4(esp):e20180306.
30. The Joint Commission. Sentinel Alert Event: Inadequate hand-off communication. 2017;58:01-06. Disponível em: <[https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/sea_58_hand_off_comms_9_6_17_final_\(1\).pdf](https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/sea_58_hand_off_comms_9_6_17_final_(1).pdf)> Acesso em 10 de fev. 2021.
31. Maia CS, Freitas DRC, Gallo LG, Araújo WN. Notificações de eventos adversos relacionados com a assistência à saúde que levaram a óbitos no Brasil, 2014-2016. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2018;27(2): e2017320.
32. Andrade, LEL, Lopes, JM, Souza Filho MCM, Vieira Junior R, Farias LPC, Santos CCMedeiros, Gama ZAS. Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. *Ciênc. saúde coletiva*. 2018; 23(1):161-172.
33. Prates CG, Magalhaes AMM, Balen MA, Moura GMSS. Núcleo de segurança do paciente: o caminho das pedras em um hospital geral. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2019;40(esp.):e20180150.
34. Sanchis DZ, Haddad MCFL, Girotto E, Silva AMR. Cultura de segurança do paciente: percepção de profissionais de enfermagem em instituições de alta complexidade. *Rev. Bras. Enferm*. 2020;73(5): e20190174.
35. World Health Organization. Patients for patient safety. Geneva. 2013. Disponível em: https://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/PFPS_brochure_2013.pdf > Acesso em 01/ mar/2021.
36. BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília, 2014. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 40 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acesso em: 27 fev. 2021
37. Costa DB, Ramos D, Gabriel CS, Bernardes A. Cultura de segurança do paciente: avaliação pelos profissionais de enfermagem. *Texto contexto - enferm*. 2018;27(3): e2670016.