



ARTIGO ORIGINAL

SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAIS DE GRANDE PORTE  
PATIENT SAFETY IN LARGE HOSPITALS  
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN GRANDES HOSPITALES

Eliana Auxiliadora Magalhães Costa<sup>1</sup>, William Mendes Lobão<sup>2</sup>, Camila Lapa Matos Riba<sup>3</sup>, Nathália Muraiviechi Passos<sup>4</sup>

RESUMO

**Objetivo:** analisar a implementação da política nacional de segurança do paciente. **Método:** trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e avaliativo de casos múltiplos em hospitais de grande porte. Informa-se que a coleta de dados constou de uma entrevista com o profissional responsável pelos Núcleos de Segurança do Paciente por meio de um formulário semiestruturado. Analisaram-se os dados pela estatística simples. **Resultados:** detalha-se que, dos 20 hospitais elegíveis, 12 (60%) participaram do estudo; todos os hospitais (100%) possuem núcleos constituídos, (91,7%) com Plano de Segurança do Paciente e (50%) contam com profissional com dedicação exclusiva. Implementaram-se, por mais da metade dos núcleos (58,3%), todos os protocolos obrigatórios, sendo identificação do paciente (83,3%) e higienização das mãos (83,3%) os mais frequentes. Revela-se que os percentuais de eventos adversos notificados foram: lesão por pressão (88,9%); queda do leito (77,8%) e erros de medicamentos (75%). **Conclusão:** conclui-se que os núcleos estudados não atendem totalmente às políticas regulatórias vigentes no país, merecendo, portanto, de adequações e de controle sanitário efetivo. **Descritores:** Segurança do Paciente; Legislação Hospitalar; Dano ao Paciente; Doença latrogênica; Política Pública; Assistência à Saúde.

ABSTRACT

**Objective:** to analyze the implementation of the national patient safety policy. **Method:** this is a quantitative, descriptive and evaluative study of multiple cases in large hospitals. Please be informed that the data collection consisted of an interview with the professional responsible for the Patient Safety Centers using a semi-structured form. Data were analyzed using simple statistics. **Results:** it is detailed that, of the 20 eligible hospitals, 12 (60%) participated in the study; all hospitals (100%) have centers, (91.7%) have a Patient Safety Plan and (50%) have a professional with exclusive dedication. All mandatory protocols were implemented in more than half of the centers (58.3%), with patient identification (83.3%) and hand hygiene (83.3%) being the most frequent. It is revealed that the percentages of adverse events reported were: pressure injury (88.9%); bed falls (77.8%) and medication errors (75%). **Conclusion:** it is concluded that the centers studied do not fully comply with the regulatory policies in force in the country, therefore deserving adjustments and effective sanitary control. **Descriptors:** Patient Safety; Hospital Legislation; Patient Harm; Iatrogenic Disease; Public Policy; Delivery of Health Care.

RESUMEN

**Objetivo:** analizar la implementación de la política nacional de seguridad del paciente. **Método:** se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo y evaluativo de casos múltiples en grandes hospitales. Tenga en cuenta que la recopilación de datos consistió en una entrevista con el profesional responsable de los Centros de Seguridad del Paciente utilizando un formulario semiestructurado. Los datos se analizaron mediante estadísticas simples. **Resultados:** se observa que de los 20 hospitales elegibles, 12 (60%) participaron en el estudio. Se dice que todos los hospitales (100%) tienen centros constituidos, (91.7%) con un Plan de Seguridad del Paciente y (50%) tienen un profesional con dedicación exclusiva. Es de destacar que más de la mitad de los centros (58.3%) implementan todos los protocolos obligatorios, siendo la identificación del paciente (83.3%) y la higiene de manos (83.3%) las más frecuentes. Se observa que los porcentajes de eventos adversos informados fueron: lesión por presión (88,9%), caída de la cama (77,8%) y errores de medicación (75%). **Conclusión:** se informa que los centros estudiados no cumplen plenamente con las políticas regulatorias vigentes en el país, por lo que merecen ajustes y un control sanitario efectivo. **Descriptor:** Seguridad del Paciente; Legislación Hospitalaria; Daño del Paciente; Enfermedad Iatrogénica; Política Pública; Prestación de Atención de Salud.

<sup>1,2,3,4</sup>Universidade do Estado da Bahia/UNEB. Salvador (BA), Brasil. <sup>1</sup><https://orcid.org/0000-0002-2389-0734> <sup>2</sup><https://orcid.org/0000-0002-3474-2024> <sup>3</sup><https://orcid.org/0000-0002-2912-4707> <sup>4</sup><https://orcid.org/0000-0003-2172-7551>

Como citar este artigo

Costa EAM, Lobão WM, Riba CLM, Passos NM. Segurança do paciente em hospitais de grande porte. Rev enferm UFPE on line. 2020;14:e243324 DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2020.243324>

## INTRODUÇÃO

Sofrem-se, por milhares de pacientes, danos decorrentes de erros diagnósticos e terapêuticos ocorridos durante os cuidados de saúde, e o papel dos hospitais, das agências reguladoras, de gestores e dos profissionais de saúde tem sido amplamente discutido, bem como a identificação dos fatores de risco que comprometem a segurança do paciente.<sup>1-4</sup>

Alerta-se que ocorrem, no mundo, anualmente, 421 milhões de hospitalizações, com cerca de 42,7 milhões de eventos adversos (EA), conceituados como incidentes que ocorrem durante o cuidado assistencial e que resultam em dano ao paciente, seja físico, social ou psicológico e podem incluir lesão, sofrimento, incapacidade ou morte.<sup>5-7</sup> Estima-se que o erro assistencial seja a terceira causa de morte nos Estados Unidos, atrás somente de doenças cardiovasculares e câncer, com 400 mil óbitos/ano.<sup>6,8</sup>

Iniciaram-se os estudos sobre a incidência de EA na década de 70 com o *The Medical Insurance Feasibility Study* (MIFS) na Califórnia, mas o estudo "*The Harvard Medical Practice Study*", realizado em Nova Iorque, no ano de 1984, revelou para o mundo a magnitude dos erros ocorridos em pacientes hospitalizados e, desde então, o interesse pela segurança do paciente cresce progressivamente, impulsionado por outros estudos subsequentes que apontaram a extensão da insegurança relacionada ao cuidado assistencial.<sup>8-9</sup>

Estimou-se, pela publicação do livro "*To Error is Human*", em 1999, pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos, a ocorrência de 44 a 98 mil óbitos por ano nos EUA decorrentes de EA e um custo entre 17 a 29 bilhões de dólares.<sup>8-10</sup>

Alerta-se, por outros estudos, que 10% dos pacientes internados em hospitais sofrem algum tipo de evento adverso. Estima-se, na Europa, que um em cada dez pacientes internados são vítimas de EA e que 50 a 60% desses eventos são classificados como evitáveis.<sup>9-11</sup>

Entende-se que os dados sobre EA em países em desenvolvimento são incipientes. Identificou-se, em um estudo transversal, a prevalência pontual de EA em 58 hospitais localizados na Argentina, Colômbia, Costa Rica, México e Peru. Analisaram-se 11.379 pacientes internados, identificando uma taxa de prevalência pontual de EA de 10,5%; destes, 28% causaram incapacidade aos pacientes lesados, 6%, morte e 60% desses EA foram classificados como evitáveis.<sup>10-2</sup>

Salienta-se que, no Brasil, a cada dia, morrem 829 brasileiros em hospitais públicos ou privados devido a EA e dados da saúde suplementar apontam que os EA assistenciais hospitalares consomem de 5,19 a 15,5 bilhões/ano.<sup>6</sup> Data-se a

avaliação pioneira da incidência de eventos adversos no país de 2009 por autores que estudaram três hospitais públicos e de ensino no Rio de Janeiro. Avaliaram-se, por este estudo, 1.103 pacientes, identificando 56 eventos adversos evitáveis (5,1%). Relacionaram-se esses eventos à cirurgia (32,3%), às infecções relacionadas à assistência à saúde-IRAS- (24,6%), aos procedimentos médicos não cirúrgicos (29,2%) e aos erros diagnósticos (15,3%) como os mais frequentes e, desses, as IRAS foram os EA que mais impactaram por demandaram 226 dias adicionais de hospitalização dos pacientes acometidos.<sup>8</sup>

Seguiram-se, depois desse estudo, vários outros com o objetivo de analisar eventos adversos nos serviços de saúde brasileiros, tanto em hospitais, como em serviços de atenção básica da saúde, com metodologias e resultados diversos.

Lançaram-se, paralelamente, pelo Ministério da Saúde (MS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em 2013, as Portarias N.º 529/2013 e RDC N.º 36/2013,<sup>13-4</sup> que instituem, respectivamente, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e ações para a Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. Publicaram-se, posteriormente, pelo MS, as Portarias N.º 1.377 e 2.095, de 2013,<sup>15-6</sup> que aprovam os protocolos mínimos de Segurança do Paciente a serem implantados nos hospitais brasileiros.

Obriga-se, pelas regulações acima descritas, a constituição de Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) em todos os serviços de saúde do país, que, sob a supervisão das Vigilâncias Sanitárias (VISAs), devem definir e implementar um Plano de Segurança do Paciente (PSP) segundo a necessidade e especificidade do serviço.

Denota-se, pelo ambiente regulatório brasileiro, a preocupação do país com o tema da qualidade assistencial em saúde e a necessidade da instauração de uma cultura de segurança nos serviços de saúde do país e, nesse contexto, a Vigilância Sanitária (VISA) pode ser um elemento catalisador para o êxito do PNSP, uma vez que é função da VISA atuar no sentido de "eliminar ou minimizar o risco sanitário envolvido na produção, circulação e consumo de certos produtos, processos e serviços".<sup>17</sup>

## OBJETIVO

- Analisar a implementação da política nacional de segurança do paciente.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, avaliativo de casos múltiplos cuja unidade de análise foi a implementação das ações dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) dos hospitais avaliados chamados nesta metodologia de casos.<sup>18</sup>

Informa-se que participaram do estudo os hospitais públicos e privados considerados de grande porte (número de leitos maior do que 150), localizados na região metropolitana de Salvador, BA, selecionados a partir dos dados da Secretaria de Saúde da Bahia, com a identificação de 20 hospitais. Optou-se por estudar esses hospitais, por assistirem um grande número de pacientes nas mais diversas especialidades, resultando em um maior nível de complexidade assistencial, bem como a alta rotatividade de pacientes e de profissionais, o que pode implicar o aumento da possibilidade da ocorrência de eventos adversos nos pacientes internados nessas instituições.<sup>19-20</sup>

Contactaram-se os hospitais, após a identificação, por meio telefônico para expor os objetivos da pesquisa, obter permissão para a sua realização e agendamento da coleta de dados realizada presencialmente durante os meses de dezembro de 2017 a outubro de 2018.

Detalha-se que a coleta de dados constou de uma entrevista com o profissional responsável pelo NSP de cada hospital por meio de um formulário semiestruturado e foi realizada por duas bolsistas do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado da Bahia, devidamente treinadas e supervisionadas para essa atividade.

Analisaram-se quatro variáveis independentes: 1) Constituição do Núcleo de Segurança do Paciente e sua estrutura organofuncional (infraestrutura relacionada a recursos humanos; profissional responsável e outros profissionais; recursos, equipamentos, insumos, materiais destinados ao NSP); 2) Ações de planejamento do controle dos eventos adversos no SS (Plano de Segurança do Paciente; Protocolos de Segurança adotados); 3) Atividades técnico-operacionais desenvolvidas pelo NSP e 4) Ações de monitoramento dos eventos adversos no hospital.

Tabularam-se os dados coletados por meio do *software* EpiData®, versão 3.1, e as análises estatísticas realizadas por meio do pacote estatístico STATA®, versão 12.

Aprovou-se o projeto deste estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Estadual da Bahia - UNEB a partir da sua submissão à Plataforma Brasil (Protocolo CAAE: 84683315.0.0000.0057). Leu-se e assinou-se, por todos os participantes, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Acrescenta-se que, para a garantia da confidencialidade e do anonimato das organizações participantes, o instrumento proposto não continha nenhum tipo de identificação.

## RESULTADOS

Explica-se que, dos 20 hospitais localizados na região metropolitana de Salvador que atenderam ao critério de inclusão do estudo, oito (40%) não

autorizaram a coleta de dados e doze (60%) hospitais participaram deste estudo.

Demonstra-se na tabela 1, que todos os hospitais participantes são de grande porte, com uma média de 376 leitos (variação: 150 a 955; dp=67,07) e três (25%) são hospital escola; em relação à entidade mantenedora, cinco (41,7%) são públicos, quatro (33,3%) são filantrópicos, dois (16,7%), privados e um (8,3%), gerido por um sistema público-privado; os hospitais participantes possuem, em média, quatro (variação: 1-7; dp=2,16) unidades de terapia intensiva, com uma média de 68,4 leitos (variação: 20 - 124; dp=37,2).

Descreve-se que essas instituições são majoritariamente destinadas ao atendimento da população adulta (91,7%), pediátrica (66,7%) e neonatológica (33,3%), atendendo a diversas especialidades médicas, destacando-se a clínica médica (91,7%) e cirúrgica (83,3%), geral, pediatria e ortopedia (41,7%). Disponibilizam-se, além da assistência hospitalar, por esses hospitais, também atendimento ambulatorial (91,7%), hemodiálise (75%) e hemodinâmica (58,3%).

Pontua-se, quanto à notificação de incidentes envolvendo pacientes, que, em quatro hospitais (36,4%), essa tarefa ainda é realizada de forma manual; em sete casos (63,6%), é realizada por meio de um sistema informatizado e em um caso (5%) não existe sistema de notificação de EA.

Tabela 1. Caracterização dos hospitais participantes. Salvador (BA), Brasil, 2019.

Entidade Mantenedora	n (12)	%	Especialidades	n (12)	%
Pública	5	41,7	Clínica Médica	11	91,7
Filantropica	4	33,3	Clínica Cirúrgica	10	83,3
Privada	2	16,7	Geral	5	41,7
Parceria público-privada	1	8,3	Pediatria	5	41,7
<b>Perfil de atendimento</b>	<b>n (12)</b>	<b>%</b>	Ortopedia	5	41,7
Adulto	11	91,7	Cardiologia	4	33,3
Pediatria	8	66,7	Urologia	4	33,3
Neonatologia	4	33,3	Angiologia/ Cirurgia Vascular	4	33,3
<b>Hospital escola</b>	<b>n (12)</b>	<b>%</b>	Neurologia	3	25
Sim	3	25	Gastroenterologia	3	25
<b>Serviços adicionais</b>	<b>n (12)</b>	<b>%</b>	Neonatologia	3	25
Serv. Ambulatoriais	11	91,7	Nefrologia	2	16,7
Hemodiálise	9	75	Neurocirurgia	1	8,3
Hemodinâmica	7	58,3	Outras especialidades	8	66,7
<b>Sistema de notificação</b>	<b>n (12)</b>	<b>%</b>	<b>Estatística descritiva</b>	<b>Médi a</b>	<b>Dp</b>
Eletrônico	7	63,6	Leitos (150-955)	376,01	67,07
Manual	4	36,4	Número de UTI (1-7)	4	2,16
Ausente	1	8,3	Leitos de UTI (20-124)	64,9	37,2

Apresentam-se, na tabela 2, os dados da estrutura organofuncional dos Núcleos de

Segurança do Paciente (NSP) dos hospitais estudados.

Tabela 2. Estrutura organofuncional dos núcleos de segurança dos hospitais estudados (n=12\*). Salvador (BA), Brasil, 2019.

Característica	n	%
Sala exclusiva para o Núcleo de Segurança do Paciente (n=12)	9	75
Disponibilidade de computador (n=12)	11	91,7
Existência de recursos financeiros próprios (n=12)	4	33,3
Existência de insumos e materiais para o desenvolvimento das atividades(n=12)	11	91,7
NSP formalmente constituído (n=12)	12	100
NSP inserido no Serviço de Qualidade (n=12)	5	41,7
NSP como serviço autônomo (n=12)	4	33,3
NSP com outras inserções de caráter consultivo	3	25,0
Profissional responsável exclusivo (n=12)	6	50,0
Profissionais membros do NSP (n=12)		
Enfermeiros	12	100
Médicos	11	91,7
Farmacêutico	10	83,8
Outros	9	75,0
Capacitação técnica dos profissionais que trabalham no NSP (n=8)		
Outras especializações	4	50,0
Especialização em Segurança do Paciente	3	37,5
Especialização em Gestão Hospitalar	1	12,5
Ano de implantação do Núcleo de Segurança do Paciente (n=11)		
Até 2012	1	9,1
A partir de 2013	10	90,9
Ano de implantação do sistema interno de notificação de incidentes (n=12)		
Até 2012	4	33,3
A partir de 2013	8	66,7
Existe um planejamento escrito e disponível no NSP com metas específicas para o controle dos eventos adversos no ambiente hospitalar (n=12)	11	91,7
O PSP** apresenta estratégias para estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada (n=12)	7	58,3
O PSP apresenta estratégias para a promoção da segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral (n=12)	9	75,0
O PSP apresenta estratégias para a promoção da segurança na prescrição, uso e administração de sangue e hemocomponentes (n=12)	10	83,3

Nota: \*Pode variar de acordo com o número de *missing* por conta do número de NSP que não forneceram essa informação; \*\* PSP - Plano de Segurança do Paciente.

Aponta-se que a maioria dos núcleos participantes (75%) possui uma sala exclusiva para o serviço e onze deles (91,7%) contam com auxílio de computadores; onze NSP (91,7%) possuem insumos e recursos materiais, entretanto, apenas quatro (33,3%) contam com recursos financeiros próprios para o desenvolvimento das atividades de segurança.

Constituíram-se esses núcleos formalmente pela alta administração do hospital em todos os casos (100%), sendo que cinco NSP (41,7%) estão inseridos dentro do serviço de qualidade, quatro (33,3%) estão organizados como serviços autônomos e três NSP (25%) estão em outras inserções organizacionais de caráter consultivo. Identificou-se a existência de um profissional responsável e com dedicação exclusiva para o NSP em apenas seis hospitais (50%).

Destaca-se, em relação ao período de implantação, que dez (90,9%) NSP foram implementados a partir do ano de 2013 em atendimento às normativas nacionais e um (9,1%), antes dessa obrigatoriedade. Implementou-se, na maioria dos hospitais (n=8; 66,7%), o sistema interno de notificações de incidentes após o ano de 2013.

Conta-se, em quase todos os NSP (91,7%), com um Plano de Segurança do Paciente (PSP) específico para a instituição; sete PSP (58,3%) possuem estratégias para estimular a participação

do paciente e dos familiares na assistência prestada; em nove PSP (75%), estão presentes estratégias para a promoção da segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral e, em dez PSP (83,3%), há estratégias para a promoção da segurança na prescrição, uso e administração de sangue e hemocomponentes.

Identificou-se, dentre os profissionais que atuam nos NSP estudados, que os enfermeiros fazem parte de todos os núcleos (100%), os médicos, de 11 (91,7%) e os farmacêuticos, de dez (83,3%). Registra-se que a maioria dos profissionais que atuam nesses núcleos não possui capacitação específica para essa área de atuação, embora três desses profissionais possuam especialização em Segurança do Paciente e um em Gestão Hospitalar.

Acrescenta-se, em relação ao treinamento da equipe multidisciplinar de saúde acerca da temática da segurança do paciente, que todos os NSP realizam essa atividade e todos têm registro dessa ação. Utilizam-se, para tanto, pelos NSP, várias estratégias de comunicação que envolvem campanhas pontuais, elaboração de mandalas com passos sobre segurança do paciente, painéis e alertas, roletas educativas e seminários teóricos anuais.

Apresentam-se, na tabela 3, os protocolos básicos de segurança do paciente recomendados pelo Ministério da Saúde e implementados pelos NSP dos hospitais estudados.

Tabela 3. Protocolos Básicos de Segurança do Paciente implementados pelos Núcleos de Segurança dos hospitais estudados (n=12). Salvador (BA), Brasil, 2019.

Número de protocolos implementados	n	%
Nenhum	2	16,7
Três	1	8,3
Quatro	1	8,3
Cinco	1	8,3
Seis	7	58,3
<b>Protocolos Básicos implementados</b>		
Identificação do paciente	10	83,3
Higienização das mãos	10	83,3
Cirurgia segura	9	75
Prevenção de lesão por pressão	9	75
Prevenção de erros de medicação	8	66,7
Prevenção de quedas	8	66,7
Outros protocolos	8	66,7

Alerta-se que, dos 12 NSP estudados, somente sete (58,3%) implementam todos os seis protocolos básicos recomendados pelo MS e dois NSP (16,7%) não implementam nenhum desses protocolos. Assinala-se que os protocolos mais implementados foram os de identificação do paciente e de higienização das mãos (83,3%), seguidos pelos protocolos de cirurgia segura e prevenção de lesão por pressão (75%); já os protocolos menos implementados foram os de prevenção de erros na

administração de medicamentos e prevenção de quedas (66,7%).

Identificou-se que, além dos protocolos obrigatórios, oito NSP (66,7%) implementam protocolos adicionais, a exemplo dos “bundles” de cateter venoso central, prevenção de tromboembolismo venoso (n=3; 37,5%), sepse e broncoaspiração (n=2; 25%).

Apresentam-se, na tabela 4, as atividades técnico-operacionais desenvolvidas pelos NSP.

Tabela 4. Atividades técnico-operacionais desenvolvidas pelos Núcleos de Segurança dos hospitais estudados (n=12). Salvador (BA), Brasil, 2019.

Atividades técnico-operacionais desenvolvidas pelos NSP	n	%
O NSP realiza programas de treinamento acerca da SP para profissionais de saúde	12	100
O NSP analisa e avalia os dados sobre incidentes e EA no hospital	12	100
O NSP estimula a notificação de incidentes pelos colaboradores	11	91,7
O NSP realiza o monitoramento dos indicadores dos protocolos de SP	11	91,7
O NSP acompanha as ações descritas no PSP	10	83,3
O NSP compartilha e divulga dados sobre os EA ocorridos no hospital	10	83,3
O NSP notifica, ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, os EA ocorridos no hospital até o 15º dia útil	9	75,0
O NSP notifica ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, em até 72 horas, os EA*	6	50,0
Realiza outras atividades	10	83,3

Nota: \* EA: Eventos adversos

Verifica-se, dentre as atividades técnico-operacionais desenvolvidas pelos NSP estudados, que 100% analisam os dados sobre os incidentes e EA no hospital; onze (91,7%) NSP estimulam a notificação de incidentes pelos colaboradores do hospital e realizam o monitoramento dos indicadores dos protocolos de SP. Acompanham-se, dos NPS participantes, por dez (83,3%), as ações descritas no PSP, compartilhando e divulgando os dados sobre os EA ocorridos no hospital, entretanto, a notificação ao Sistema Nacional de

Vigilância Sanitária dos EA ocorridos no hospital até o 15º ocorreu em nove NSP (75%) e a notificação ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, em até 72 horas, dos EA ocorridos no hospital que evoluíram para óbito só foi identificada em seis (50%) dos oito NSP que forneceram essa informação.

Apresentam-se, na tabela 5, os principais incidentes e eventos adversos ocorridos nos hospitais de grande porte de Salvador e reportados pelos NSP estudados.

Tabela 5. Distribuição percentual dos Incidentes e Eventos Adversos reportados pelos NSP dos Hospitais de grande porte de Salvador, BA (n=9\*). Salvador (BA), Brasil, 2019.

Distribuição dos eventos adversos	n	%
Lesão por pressão (n=9)	8	88,9
Queda do leito (n=9)	7	77,8
Erros de medicamentos (n=8)	6	75
Flebite (n=8)	5	62,5
Retirada acidental de drenos e tubos (n=7)	4	57,1
Identificação do paciente (n=9)	3	33,3
Não higienização das mãos (n=8)	2	25
Erros em cirurgia (n=8)	0	0
Outros eventos adversos (n=8)	4	50

Nota: \*Pode variar conforme o número de NSP que forneceram tal informação.

Forneceram-se, somente nove NSP (75%), as informações para a análise da distribuição percentual dos incidentes e eventos adversos ocorridos nos hospitais de grande porte de Salvador. Demonstra-se que os eventos adversos mais prevalentes nos hospitais participantes segundo relatado pelas coordenações dos NSP foram: lesão por pressão (88,9%); queda do leito (77,8%); erros de medicamentos (75%); flebite (62,5%); retirada acidental de drenos e tubos (57,1%); erros na identificação do paciente (33,3%); não higienização na realização do cuidado (25%). Informou-se, por metade dos NSP (50%), a ocorrência de outros eventos como: infecções relacionadas à assistência - IRAS (n=1; 12,5%); lesão de pele causada por oxímetro (n=1; 12,5%); reações adversas a medicamentos (n=1; 12,5%); troca de dieta (n=1; 12,5%) e nenhum NSP reportou eventos adversos relacionados a cirurgias.

## DISCUSSÃO

Estudaram-se, dos 20 Núcleos de Segurança do Paciente dos hospitais de grande porte da cidade de Salvador, 12 NSP (60%) inseridos em instituições públicas (41,7%), filantrópicas (33,3%) e privadas (8,3%), sendo três (25%) em hospitais de ensino, contemplando, portanto, núcleos de segurança do paciente em instituições com distintas formas de gestão organizacional.

Constituíram-se todos os núcleos formalmente e 91,7% possuem um plano de segurança do paciente elaborado segundo as especificidades de cada instituição, situação que denota a institucionalidade desses serviços dentro dos hospitais estudados, bem como a preocupação com o planejamento de suas atividades.

Implantou-se a maioria dos NSP (90,9%) após o ano de 2013, supostamente em atendimento às exigências definidas nos marcos regulatórios sobre segurança do paciente no país<sup>14-5</sup>, entretanto,

identificou-se uma instituição cujo núcleo de segurança foi constituído antes da data do lançamento da política nacional de segurança do país, apontando que a temática da segurança e do gerenciamento do risco já fazia parte da agenda dessa organização, independentemente da obrigatoriedade exigida pelas normativas vigentes.

Identificou-se que os NSP atuam como serviço autônomo dentro das instituições hospitalares em 33,3%, estão vinculados aos serviços de qualidade em 41,7% e em outros serviços de caráter consultivo em 25%, todos em conformidade com a resolução da ANVISA<sup>15</sup> que recomenda que a direção hospital pode utilizar a estrutura de outros serviços já existentes para o desempenho das atividades do NSP.

Indica-se que, dos 12 NSP estudados, apenas seis (50%) contam com um profissional responsável e exclusivo para as atividades de segurança do paciente, situação que contraria a norma regulatória e que desfavorece a implantação dos processos de trabalho em prol da prevenção de erros em saúde nesses serviços, na medida em que, na metade desses núcleos, os profissionais atuam e respondem por outros serviços, fragmentando a atividade fim de segurança do paciente. Verificou-se, além disso, que a maioria dos profissionais que “trabalham” nesses núcleos não possui capacitação específica na área da segurança do paciente, o que pode ser um elemento dificultador para a atuação desses profissionais. Pode-se desafiar, por esses achados, a implantação de uma cultura de segurança nessas organizações, liderada pelos NSP e definida como padrões de comportamento individuais e de grupo, os quais determinam o compromisso, o estilo e a proficiência da administração de uma organização saudável e segura.<sup>21-4</sup>

Analisam-se, a despeito dessas limitações, por todos os NSP estudados, os dados sobre os incidentes e EA no hospital, e 91,7% desses estimulam a notificação de incidentes pelos colaboradores dos hospitais, instituindo, desse modo, uma cultura da quebra do medo do registro e informação do erro em saúde, em consonância com a compreensão do caráter multifatorial dos erros assistenciais, cuja premissa é de que os seres humanos cometem falhas e que os erros são consequências e não causas, dado o conhecimento de que os principais fatores que contribuem para a ocorrência dos eventos adversos são as deficiências do sistema de prestação dos cuidados em saúde, tanto em sua concepção quanto na organização e funcionamento.<sup>4</sup>

Acredita-se que a notificação dos erros e incidentes que causam ou não lesão ao paciente é o elemento norteador de um programa de segurança em saúde, uma vez que o conhecimento dos erros propicia a delimitação da magnitude desses eventos dentro da organização, além da

elaboração de indicadores e tomada de decisão. Define-se um indicador de qualidade como uma medida quantitativa sobre algum aspecto do cuidado do paciente e a inclusão desses indicadores pelos NSP representa uma importante estratégia para a promoção da segurança do paciente hospitalizado.<sup>22</sup>

Averiguou-se, em relação à notificação ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) dos EA ocorridos no hospital até o 15º do mês subsequente, que nove NSP (75%) atendem a essa recomendação, mas apenas seis (50%) fazem essa notificação em até 72 horas, quando os eventos adversos evoluem para óbito, omitindo da ANVISA, em tempo real, os eventos mais graves ocorridos na instituição, bem como impossibilitando a participação dessa agência reguladora no acompanhamento das ações propostas pelos hospitais para a elucidação e proposição de estratégias para a prevenção de eventos mais graves.

Adverte-se que, dos protocolos básicos recomendados pelo Ministério da Saúde, somente sete NSP (58,3%) implementam todos esses, três (25%) implementam apenas alguns e dois núcleos (16,7%) não implementam nenhum dos protocolos obrigatórios, configurando infração sanitária e descumprimento dos planos de segurança do paciente, uma vez que esses protocolos são essenciais para a sustentação mínima de um programa e cultura de segurança institucional.

Lembra-se, além disso, que o não cumprimento dos protocolos obrigatórios de segurança do paciente em hospitais complexos como os aqui estudados, que prestam assistência a pacientes em condições clínicas graves, submetidos a múltiplas intervenções, e, portanto, mais propensos a sofrerem eventos indesejados do cuidado ofertado, evidencia indiretamente uma lacuna do controle sanitário dessas instituições de saúde a ser exercido pela Vigilância Sanitária (VISA), órgão responsável pela fiscalização dos NSP segundo consta na resolução em vigor.<sup>17</sup>

Evidencia-se que os protocolos de segurança mais implementados foram de identificação do paciente e de higienização das mãos (83,3%), seguidos pelos protocolos de cirurgia segura e prevenção de lesão por pressão (75%), e os protocolos de prevenção de erros na administração de medicamentos e prevenção de quedas (66,7%) são os menos implementados. Assemelham-se esses dados aos resultados de um estudo que objetivou verificar a implantação dos NSP e sua relação com as infecções relacionadas à assistência, identificando que os protocolos mais implementados foram também os de identificação do paciente (66,7%) e higienização das mãos (50%).<sup>10</sup>

Salienta-se que os incidentes e eventos adversos mais frequentes notificados por esses

hospitais foram: lesão por pressão (88,9%); queda do leito (77,8%) e erros de medicamentos (75%). Identificou-se também a ocorrência de flebites em 50% dos NSP que responderam a esse item da pesquisa, bem como de erros na retirada de drenos e tubos (42,9%), na identificação do paciente (33,3%) e ausência de higienização das mãos em 25%. Alerta-se que não foram reportados EA relacionados aos procedimentos cirúrgicos e os eventos adversos aqui identificados são, a priori, preveníveis e diferem dos dados da literatura que reportam que, quanto à natureza, os EA de maior incidência são os relacionados à cirurgia, seguidos dos relativos aos medicamentos, diagnóstico, terapêutica, procedimentos clínicos e queda.  
8,10,12,24

Sinaliza-se, pela alta incidência de lesão por pressão, queda no leito, retirada acidental de drenos e erros de medicação identificados, que esforços maiores dos processos de trabalho em prol da segurança do paciente se fazem necessários nessas instituições. Chama-se a atenção, adicionalmente, para o percentual de erros associados à identificação do paciente e à técnica de higienização das mãos, uma vez que os protocolos mais implementados pelos NSP aqui estudados são os de identificação do paciente e higienização das mãos (ambos 83,3%), apontando que não basta apenas implementar os protocolos, mas realizar monitoramento das práticas relacionadas.

Sabe-se, até o momento, que este foi o primeiro estudo sobre os aspectos da implementação da política nacional de segurança do paciente nos hospitais de grande porte da cidade de Salvador - BA, contribuindo para a avaliação de como o programa nacional de segurança do paciente está sendo implementado. Limita-se este estudo pela amostra de apenas 60% do total de hospitais de grande porte da cidade de Salvador, entretanto, como forma de mitigar essa limitação, as discussões aqui apresentadas têm caráter descritivo e não têm a intenção de universalizar os resultados.

## CONCLUSÃO

Atingiu-se, por este estudo, seu objetivo ao analisar a implementação da política nacional de segurança do paciente por meio dos Núcleos de Segurança do Paciente nos hospitais de grande porte da cidade de Salvador, os eventos adversos mais frequentes e seus processos de trabalho, bem como ratificou-se a importância da atuação da VISA no fortalecimento dessa política.

Acredita-se, até onde se sabe, que este foi o primeiro estudo que analisou a implementação da política nacional de segurança do paciente após a obrigatoriedade prevista na legislação brasileira instituída pelo Ministério da Saúde e ANVISA em 2013 e, desse modo, serve também como um

parâmetro de adesão dessa política para os órgãos reguladores nacionais.

Identificou-se que todos os hospitais de grande porte estudados respondem parcialmente à política nacional, os NSP estudados desenvolvem suas atividades de modo planejado e a maioria implementa os protocolos básicos de segurança recomendados no país, bem como outras atividades relacionadas à segurança do paciente.

Ratificam-se, pelos altos percentuais de eventos adversos identificados pelos NSP dos hospitais pesquisados, estudos anteriores que apontam que o Brasil possui uma das maiores frequências de eventos adversos evitáveis do mundo, sinalizando a necessidade de manutenção e intensificação dos processos de trabalho em prol da prevenção de erros em saúde, bem como a constituição de uma cultura de segurança nas organizações de saúde, principalmente nas mais complexas como as deste estudo.

Observaram-se, em algumas instituições estudadas, infrações sanitárias relacionadas à política de segurança do paciente em vigor no país, apontando que cabe ao Estado não apenas a competência de regular processos e serviços de saúde, mas a capacidade operacional de controlar o cumprimento das suas normativas.

## FINANCIAMENTO

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) por meio do processo número 400316/2016-1.

## AGRADECIMENTOS

Agradece-se aos Coordenadores dos Núcleos de Segurança do Paciente dos hospitais participantes.

## REFERÊNCIAS

1. Netto FC de B, Gadelha Severino F, Colares de Borba Netto F, Gadelha Severino F. Resultados da avaliação da cultura de segurança em um hospital público de ensino do Ceará. Rev Bras em promoção da Saúde [Internet]. 2016 July/Sept [cited 2019 Dec 30];29(3):334-41. Available from: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/5230>
2. Andrade LEL, Lopes JM, Souza Filho MCM, Vieira Júnior RF, Farias LPC, Santos CCM dos, et al. Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. Cien Saude Colet [Internet]. 2018 [cited 2019 Oct 21];23(1):161-72. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n1/1413-8123-csc-23-01-0161.pdf>
3. Magdelijns FJH, van Avesaath REM, Pijpers E, Stehouwer CDA, Stassen PM. Health-care-related adverse events leading to admission in older individuals: incidence, predictive factors and

consequences. *Eur J Public Health.* 2016 Mar;26(5):743-8. DOI: [10.1093/eurpub/ckw021](https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw021)

4. Gray AM, Fenn P, Rickman N, Vencappa D. Changing experience of adverse medical events in the National Health Service: Comparison of two population surveys in 2001 and 2013. *Soc Sci Med.* 2017 Nov;195:83-9. DOI: [10.1016/j.socscimed.2017.11.016](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.11.016)

5. WHO. Clean Care is Safer Care [Internet]. SAVE LIVES: Clean Your Hands - WHO's global annual call to action for health workers [internet]. 2017 [cited 2019 Nov 25]. Available from: <https://www.who.int/gpsc/5may/en/>

6. Couto RC, Pedrosa TGM, Rosa MB. Erros Acontecem: A força da transparência no enfrentamento dos eventos adversos assistenciais em pacientes hospitalizados. Construindo um sistema de saúde mais seguro [Internet]. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS). Belo Horizonte, MG: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar; 2016 [cited 2019 Nov 27]. 50 p. Available from: <http://documents.scribd.com/s3.amazonaws.com/docs/5x5i1j985c5jwcsp.pdf>

7. Spencer CS, Roberts ET, Gaskin DJ. Differences in the Rates of Patient Safety Events by Payer. *Med Care* [Internet]. 2015 June [cited 2019 Nov 28];53(6):524-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4431906/pdf/nihms-674240.pdf>

8. Mendes W, Pavão ALB, Martins M, Moura M de L de O, Travassos C. Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro. *Rev Assoc Med Bras.* 2013 Sept-Oct [cited 2019 Nov 28];59(5):421-8. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0104423013001425?via%3Dihub>

9. Machado JP, Martins ACM, Martins MS. Avaliação da qualidade do cuidado hospitalar no Brasil: uma revisão sistemática. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2013 June [cited 2019 Nov 25];29(6):1063-82. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n6/a04v29n6.pdf>

10. Reis CT, Martins M, Laguardia J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2013 [cited 2019 Nov 20];18(7):2029-36. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n7/18.pdf>

11. Gama ZA da S, Oliveira AC de S, Hernández PJS. Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos Españoles. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2013 Feb [cited 2019 Nov 28];29(2):283-93. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n2/15.pdf>

12. Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Limón-Ramírez R, Amarilla A, Restrepo FR, Urroz O, et al. Prevalence of adverse events in the hospitals

of five Latin American countries: results of the "Iberoamerican Study of Adverse Events" (IBEAS). *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2011 June [cited 2019 Sept 3];20(12):1043-51. Available from: <https://qualitysafety.bmj.com/content/20/12/1043.long>

13. Brasil, Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 529, DE 1º DE ABRIL DE 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente [Internet]. Diário Oficial. Abril 01 Brasília, DF, Brasil; 2013. [cited 2019 Sept 3]; Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html)

14. Brasi, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). RDC No. 36. Objetiva a promoção da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde [Internet]. Diário Oficial. Julho 26 Brasília, DF, Brasil; 2013. [cited 2019 Sept 3]; Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036\\_25\\_07\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html)

15. Brasil, Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 1.377, DE 9 DE JULHO DE 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. [Internet]. Brasil: Diário Oficial da União; 2013. [cited 2019 Sept 3]; Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377\\_09\\_07\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377_09_07_2013.html)

16. BRASIL, Ministério da Saúde. PORTARIA No 2.095, DE 24 DE SETEMBRO DE 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Brasília, DF, Brasil: Diário Oficial da União; 2013. [cited 2019 Sept 3]; Available from: [http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/0SEGU\\_RANCA\\_DO\\_PACIENTE/portaria\\_2095\\_2013.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/0SEGU_RANCA_DO_PACIENTE/portaria_2095_2013.pdf)

17. Da Silva JAA, Costa EA, Lucchese G. Unified health system 30th birthday: Health surveillance. *Cienc e Saude Coletiva* [Internet]. 2018 June [cited 2019 Oct 12];23(6):1953-62. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/en\\_1413-8123-csc-23-06-1953.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/en_1413-8123-csc-23-06-1953.pdf)

18. Yin RK, Trad., Grassi D. Estudo de caso: Planejamento e Métodos. 2nd ed. Porto Alegre: Bookman; 2001.

19. Carlesi KC, Padilha KG, Toffoletto MC, Henriquez-Roldán C, Juan MAC. Patient Safety Incidents and Nursing Workload. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2017 [cited 2019 Nov 28];25(e2841). Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt\\_0104-1169-rlae-25-e2841.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-e2841.pdf)

20. Leitão IMT de A, Sousa FSP de, Santiago JC dos S, Bezerra IC, Morais JB de. Absenteísmo, rotatividade e indicadores de qualidade do cuidado em enfermagem: estudo transversal. *Online Brazilian J Nurs* [Internet]. 2017 June [cited 2019 Nov 25];16(1):119-29. Available from: [http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5623/pdf\\_2](http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5623/pdf_2)

21. Cavalcante EF de O, Pereira IRB de O, Leite

MJV de F, Santos AMD, Cavalcante CAA. Implementação dos núcleos de segurança do paciente e as infecções relacionadas à assistência à saúde. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2019 Jan [cited 2019 Nov 28];40(spe):e20180306. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v40nspe/1983-1447-rgenf-40-spe-e20180306.pdf>

22. Siman AG, Brito MJM. Mudanças na prática de enfermagem para melhorar a segurança do paciente. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2016 Apr [cited 2019 Nov 23];37(spe):1-9. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37nspe/0102-6933-rgenf-1983-14472016esp68271.pdf>

23. Carvalho REFL de, Arruda LP, Nascimento NKP do, Sampaio RL, Cavalcante MLSN, Costa ACP. Assessment of the culture of safety in public hospitals in Brazil. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2017 Mar [cited 2019 Nov 28];25. Available from:

[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt\\_0104-1169-rlae-25-e2849.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-e2849.pdf)

24. Da Silva SV, Dos Santos PR, Martins LK, Luz MS da, Souza VS de, Maraschin MS, *et al.* Lesão por pressão: análise de prontuários e notificações do evento adverso. Vigil. Sanit. debate [Internet]. 2019 Feb [cited 2019 Nov 28];7(1):42-7. Available from:

<https://visaemdebate.incqs.fiocruz.br/index.php/visaemdebate/article/view/1210>

### Correspondência

Eliana Auxiliadora Magalhães Costa

E-mail: [ecosta@uneb.br](mailto:ecosta@uneb.br)

Submissão: 12/11/2019

Aceito: 03/02/2020

Copyright© 2020 Revista de Enfermagem UFPE on line/REUOL.

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