

SEGURANÇA DO PACIENTE: DESAFIOS, ESTRATÉGIAS E PERSPECTIVAS PARA A QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE

PATIENT SAFETY: CHALLENGES, STRATEGIES AND PERSPECTIVES FOR
IMPROVING THE QUALITY OF HEALTHCARE

Ciências da Saúde • 05/08/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/785816984](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/785816984)

Neuza Borges dos Reis

Elizabete de Macedo Duarte

Eliana Maria da Silva

Elizabeth Martins Glória

Débora Aparecida Costa Roza

Erlaine Imaculada Domingues Silva

Sueli Paulino de Oliveira

RESUMO

A segurança do paciente constitui um dos principais componentes da qualidade dos serviços de saúde e está relacionada à prevenção, redução e gerenciamento de riscos associados à assistência. Eventos adversos, erros de medicação, infecções relacionadas à assistência à saúde, falhas na comunicação, quedas, lesões por pressão e identificação inadequada do paciente são problemas que podem causar danos evitáveis e comprometer a confiança da população nos sistemas de saúde. Este artigo tem como objetivo analisar os fundamentos da segurança do paciente, seus principais desafios e as estratégias utilizadas para a prevenção de incidentes nos diferentes níveis de atenção à saúde. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, fundamentada em documentos da Organização Mundial da Saúde, do Ministério da Saúde, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e em publicações científicas relacionadas à qualidade e à segurança na assistência. A análise demonstra que a construção de uma cultura de segurança depende da integração entre políticas institucionais, educação permanente, comunicação efetiva, trabalho em equipe, notificação de incidentes e adoção de protocolos baseados em evidências. Conclui-se que a segurança do paciente não deve ser compreendida como responsabilidade individual de um profissional, mas como resultado de processos organizacionais, condições adequadas de trabalho e compromisso permanente com a melhoria da qualidade.

Palavras-chave: Segurança do paciente; Qualidade em saúde; Eventos adversos; Gestão de riscos; Assistência à saúde.

ABSTRACT

Patient safety is one of the main components of healthcare quality and is related to the prevention, reduction, and management of risks associated with healthcare delivery. Adverse events, medication

errors, healthcare-associated infections, communication failures, falls, pressure injuries, and patient misidentification are preventable problems that may compromise patient outcomes. This narrative literature review analyzes the foundations of patient safety, its main challenges, and evidence-based strategies to prevent incidents in different healthcare settings. The findings highlight that a strong safety culture depends on institutional policies, continuing education, effective communication, teamwork, incident reporting, and the implementation of evidence-based protocols. Patient safety should be understood as the result of safe organizational processes and continuous quality improvement.

Keywords: Patient safety; Healthcare quality; Adverse events; Risk management; Healthcare.

1. INTRODUÇÃO

A assistência à saúde está associada a inúmeros benefícios para a população, mas também pode envolver riscos capazes de provocar danos temporários ou permanentes aos pacientes. Hospitais, unidades básicas de saúde, serviços de urgência, instituições de longa permanência, clínicas, laboratórios e serviços de atenção domiciliar apresentam processos complexos, nos quais participam diferentes profissionais, tecnologias e setores. Nesse contexto, a segurança do paciente tornou-se uma prioridade mundial e um dos principais indicadores da qualidade dos sistemas de saúde.

A Organização Mundial da Saúde define a segurança do paciente como a ausência de dano evitável ao paciente e a redução, até um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado em saúde. Essa definição evidencia que a assistência, apesar de buscar a promoção, manutenção e recuperação da saúde,

pode produzir resultados indesejáveis quando existem falhas nos processos, deficiências de comunicação, inadequação estrutural ou ausência de protocolos.

Durante muito tempo, os erros na assistência foram analisados principalmente sob a perspectiva da culpa individual. Quando ocorria um incidente, buscava-se identificar o profissional responsável e aplicar medidas disciplinares. Entretanto, essa abordagem mostrou-se limitada, pois não considerava os fatores organizacionais e sistêmicos que favorecem a ocorrência dos erros. Atualmente, reconhece-se que os incidentes geralmente resultam da combinação de falhas latentes, condições de trabalho inadequadas, processos mal desenhados, comunicação insuficiente e barreiras de segurança ineficazes.

No Brasil, a discussão sobre o tema foi fortalecida pela implantação do Programa Nacional de Segurança do Paciente, instituído pela Portaria GM/MS nº 529, de 1º de abril de 2013. O programa tem como finalidade contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. Entre suas ações estão a promoção da cultura de segurança, a implementação de protocolos, o incentivo à notificação de incidentes e o fortalecimento dos Núcleos de Segurança do Paciente.

A relevância do assunto relaciona-se não apenas aos danos físicos causados pelos eventos adversos, mas também às consequências emocionais, sociais, econômicas e jurídicas para pacientes, familiares, profissionais e instituições. Um erro de medicação, por exemplo, pode prolongar a internação, elevar os custos do tratamento, gerar sofrimento psicológico e comprometer a

confiança na equipe. Do mesmo modo, uma infecção relacionada à assistência pode aumentar a morbidade, a mortalidade e a resistência microbiana.

Este artigo tem como objetivo discutir a importância da segurança do paciente, apresentando seus principais conceitos, os eventos adversos mais frequentes, os fatores que contribuem para sua ocorrência e as estratégias de prevenção e gerenciamento de riscos. Busca-se, ainda, destacar a responsabilidade compartilhada entre profissionais, gestores, pacientes e órgãos reguladores na construção de serviços de saúde mais seguros.

2. METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como uma revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo. Foram consultados documentos institucionais e publicações relacionadas à segurança do paciente, qualidade da assistência, gestão de riscos, prevenção de eventos adversos e cultura de segurança.

A fundamentação teórica foi elaborada a partir de documentos da Organização Mundial da Saúde, do Ministério da Saúde, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, do Conselho Federal de Enfermagem e de artigos científicos publicados em periódicos nacionais e internacionais. Foram considerados materiais que abordassem conceitos fundamentais, estratégias de prevenção e políticas públicas relacionadas à segurança do paciente.

A revisão narrativa permite reunir informações de diferentes fontes e apresentar uma análise ampla sobre determinado tema. Embora não tenha o mesmo rigor metodológico de uma revisão sistemática, esse tipo de estudo é adequado para discutir conceitos, tendências e

desafios de uma área de conhecimento, especialmente quando se pretende relacionar aspectos teóricos, organizacionais e práticos.

3. CONCEITOS FUNDAMENTAIS EM SEGURANÇA DO PACIENTE

A compreensão dos conceitos relacionados à segurança do paciente é essencial para a análise dos riscos presentes na assistência. Termos como incidente, evento adverso, quase erro, dano e erro são frequentemente utilizados de forma equivocada, embora apresentem significados distintos.

O incidente consiste em um evento ou circunstância que poderia ter causado, ou que causou, dano desnecessário ao paciente. O incidente pode ocorrer com ou sem consequências clínicas. Quando o incidente não alcança o paciente, pode ser classificado como circunstância notificável ou quase erro. Quando alcança o paciente, mas não causa dano, trata-se de um incidente sem dano. Já quando provoca dano, é denominado evento adverso.

O evento adverso é, portanto, um incidente que resulta em dano ao paciente. Esse dano pode ser físico, emocional ou social. Também pode variar em intensidade, desde consequências leves até incapacidade permanente ou morte. É importante destacar que nem todo evento adverso decorre de negligência, imprudência ou imperícia. Alguns podem ocorrer mesmo quando os profissionais seguem os procedimentos estabelecidos, devido à complexidade clínica e à imprevisibilidade de determinadas situações.

O erro pode ser compreendido como a falha na execução de uma ação planejada ou a utilização de um plano inadequado para alcançar determinado objetivo. Na prática, o erro pode estar associado à prescrição, dispensação ou administração de

medicamentos, à realização de procedimentos, à interpretação de exames ou à comunicação entre profissionais.

A segurança do paciente também está relacionada ao conceito de risco, entendido como a probabilidade de ocorrência de um incidente e a gravidade de suas consequências. A gestão de riscos envolve identificar perigos, avaliar a probabilidade de ocorrência, estabelecer barreiras de proteção e monitorar os resultados das ações implementadas.

Outro conceito relevante é o de cultura de segurança, que corresponde ao conjunto de valores, atitudes, percepções e comportamentos compartilhados pelos profissionais e pela organização em relação à segurança. Em uma cultura positiva, os trabalhadores sentem-se estimulados a relatar falhas e riscos sem medo de punições injustas. Os incidentes são analisados com o objetivo de compreender os fatores contribuintes e aperfeiçoar os processos.

4. A IMPORTÂNCIA DA CULTURA DE SEGURANÇA

A cultura de segurança representa um dos pilares para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde. Ela influencia diretamente a forma como os profissionais percebem os riscos, comunicam problemas e participam das ações de prevenção. Instituições que valorizam a segurança tendem a desenvolver processos mais transparentes, equipes mais colaborativas e maior capacidade de aprendizagem organizacional.

Uma cultura de segurança não significa a ausência absoluta de erros. Em organizações complexas, a ocorrência de falhas é possível, mesmo quando existem protocolos e profissionais qualificados. O

objetivo é criar sistemas capazes de detectar erros precocemente, reduzir suas consequências e evitar sua repetição.

Para isso, é necessário superar a cultura punitiva. A punição indiscriminada pode produzir subnotificação, ocultamento de informações e medo entre os trabalhadores. Quando os profissionais acreditam que serão responsabilizados individualmente por qualquer falha, tendem a evitar o relato de incidentes. Como consequência, a instituição perde a oportunidade de aprender e corrigir os problemas existentes.

Entretanto, a cultura não punitiva não deve ser confundida com ausência de responsabilização. Condutas intencionais, negligência grave, abuso, falsificação de registros e descumprimento deliberado de normas devem ser investigados e, quando necessário, submetidos às medidas administrativas e legais cabíveis. A diferença está em distinguir o erro humano não intencional de comportamentos imprudentes ou deliberadamente inseguros.

A liderança institucional desempenha papel fundamental na construção dessa cultura. Gestores devem demonstrar, por meio de atitudes concretas, que a segurança é uma prioridade. Isso inclui disponibilizar recursos, promover capacitações, acompanhar indicadores, ouvir os profissionais e implementar melhorias após a análise dos incidentes.

Também é necessário assegurar condições adequadas de trabalho. Jornadas excessivas, dimensionamento insuficiente de pessoal, ambientes inadequados, falta de materiais e sobrecarga podem aumentar a probabilidade de falhas. Portanto, a cultura de segurança não depende apenas da motivação dos trabalhadores,

mas também das condições organizacionais oferecidas pela instituição.

5. PRINCIPAIS EVENTOS ADVERSOS NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

5.1. Erros de Identificação do Paciente

A identificação correta do paciente constitui uma das medidas mais básicas e importantes para a segurança da assistência. A utilização de nome incompleto, leitos como referência, informações desatualizadas ou pulseiras ilegíveis pode resultar em administração de medicamentos, coleta de exames ou realização de procedimentos em pessoa diferente daquela indicada.

A identificação deve ser confirmada antes de qualquer cuidado, utilizando pelo menos dois identificadores, como nome completo, data de nascimento, número do prontuário ou outro dado institucional. O número do leito não deve ser utilizado como identificador principal, pois o paciente pode ser transferido ou o leito pode ser ocupado por outra pessoa.

A participação ativa do paciente também é importante. Sempre que possível, o profissional deve solicitar que ele informe seus dados, em vez de apenas confirmar uma informação apresentada. Em pacientes inconscientes, crianças, pessoas com alterações cognitivas ou indivíduos sem documentos, devem ser adotados procedimentos específicos definidos pela instituição.

5.2. Falhas na Comunicação

A comunicação inadequada está entre os fatores mais frequentes associados aos incidentes. Informações incompletas, ambíguas ou

transmitidas de forma inadequada podem comprometer a continuidade do cuidado, especialmente durante mudanças de plantão, transferências entre setores e encaminhamentos para outros serviços.

A comunicação deve ser objetiva, organizada e registrada de modo apropriado. Ferramentas estruturadas, como o método SBAR — situação, histórico, avaliação e recomendação — podem auxiliar na transmissão de informações clínicas relevantes.

A passagem de plantão deve incluir dados sobre diagnóstico, condições atuais, riscos, medicações, procedimentos realizados, pendências e condutas previstas. Além disso, informações críticas devem ser confirmadas pelo receptor, evitando a presunção de que a mensagem foi compreendida.

A comunicação com pacientes e familiares também deve ser valorizada. Explicações claras sobre diagnóstico, tratamento, riscos e cuidados após a alta favorecem a participação do usuário e reduzem a possibilidade de falhas. O paciente deve ser reconhecido como parceiro na segurança do cuidado.

5.3. Erros de Medicação

Os erros de medicação podem ocorrer em diferentes etapas do processo: prescrição, transcrição, dispensação, preparo, administração e monitoramento. Entre os problemas mais comuns estão dose incorreta, medicamento errado, via de administração inadequada, horário incorreto, duplicidade terapêutica, omissão de dose e confusão entre medicamentos com nomes ou embalagens semelhantes.

A prevenção depende da adoção de barreiras em todas as etapas. Na prescrição, é importante utilizar informações completas, legíveis e, sempre que possível, sistemas eletrônicos com mecanismos de alerta. Na dispensação, os medicamentos devem ser conferidos e armazenados de maneira organizada. Na administração, o profissional deve confirmar paciente, medicamento, dose, via, horário, registro e indicação, além de observar possíveis alergias.

A conciliação medicamentosa é outra estratégia relevante, principalmente nas transições de cuidado. Ela consiste na comparação entre os medicamentos utilizados pelo paciente antes da internação e aqueles prescritos durante a permanência no serviço ou após a alta. Essa prática ajuda a identificar omissões, duplicidades e alterações não justificadas.

Pacientes e familiares também devem receber orientações sobre o nome dos medicamentos, finalidade, dose, horários, duração do tratamento e possíveis efeitos adversos. A compreensão do usuário reduz riscos, especialmente no cuidado domiciliar.

5.4. Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde

As infecções relacionadas à assistência à saúde representam importante problema de saúde pública. Elas podem ocorrer durante a hospitalização ou após a alta, quando relacionadas a procedimentos realizados no serviço de saúde. Além de aumentarem o tempo de internação e os custos, essas infecções podem elevar a mortalidade e contribuir para a resistência aos antimicrobianos.

A higienização das mãos é uma das medidas mais simples e eficazes para a prevenção da transmissão de microrganismos. Deve ser

realizada nos momentos indicados, utilizando preparação alcoólica ou água e sabonete, conforme as condições das mãos e o tipo de procedimento.

Outras medidas incluem o uso adequado de equipamentos de proteção individual, a limpeza e desinfecção de ambientes, a esterilização de materiais, o manejo correto de dispositivos invasivos, a vigilância epidemiológica e o uso racional de antimicrobianos.

A prevenção de infecções exige participação de todos os profissionais, inclusive aqueles que não atuam diretamente na assistência, como trabalhadores da limpeza, lavanderia, manutenção e transporte. A responsabilidade é coletiva e depende do cumprimento de normas e protocolos institucionais.

5.5. Quedas

As quedas podem causar fraturas, traumatismos, medo de caminhar, perda de autonomia e prolongamento da hospitalização. O risco é maior entre pessoas idosas, pacientes com alterações neurológicas, dificuldades de mobilidade, uso de medicamentos sedativos ou histórico anterior de quedas.

A prevenção deve começar com a avaliação do risco na admissão e ser repetida sempre que houver mudanças nas condições clínicas. Entre as medidas recomendadas estão manter o ambiente livre de obstáculos, garantir iluminação adequada, disponibilizar campainha, orientar o paciente e os familiares, utilizar calçados apropriados e auxiliar na mobilização quando necessário.

A contenção física não deve ser utilizada como medida rotineira de prevenção, pois pode provocar lesões, agitação, perda de força

muscular e sofrimento psicológico. Quando considerada indispensável, deve obedecer às normas técnicas, legais e éticas, com avaliação individualizada e monitoramento contínuo.

5.6. Lesões por Pressão

As lesões por pressão ocorrem principalmente em pacientes com mobilidade reduzida, alterações de sensibilidade, desnutrição, umidade excessiva ou comprometimento da circulação. Podem surgir em regiões de proeminência óssea e evoluir para lesões profundas, infecções e outras complicações.

A prevenção envolve avaliação sistemática da pele e do risco, mudança periódica de posição, uso de superfícies de apoio, controle da umidade, cuidados nutricionais e hidratação adequada. A equipe deve registrar as condições da pele e acompanhar a evolução das medidas adotadas.

A prevenção das lesões por pressão também depende da disponibilidade de equipamentos, colchões adequados, coxins e recursos para mobilização. Assim, não é suficiente orientar a equipe sem garantir as condições materiais necessárias para a execução do cuidado.

6. PROTOCOLOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Os protocolos são instrumentos destinados a padronizar condutas e reduzir a variabilidade dos processos assistenciais. Eles não substituem o julgamento clínico, mas oferecem orientações baseadas em evidências para situações que apresentam riscos conhecidos.

Entre os protocolos de segurança amplamente utilizados estão:

- identificação correta do paciente;
- comunicação efetiva entre profissionais;
- segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos;
- cirurgia segura;
- higienização das mãos;
- prevenção de quedas;
- prevenção de lesões por pressão;
- prevenção de infecções relacionadas à assistência;
- segurança na transfusão de sangue e hemocomponentes;
- prevenção de erros em procedimentos diagnósticos e terapêuticos.

A implantação de um protocolo deve ser acompanhada de treinamento, definição de responsabilidades, disponibilização de materiais e monitoramento dos resultados. A simples existência de um documento não garante a segurança. É necessário verificar se as práticas estão sendo efetivamente realizadas.

Além disso, os protocolos devem ser revisados periodicamente para incorporar novas evidências, considerar mudanças na realidade institucional e corrigir dificuldades identificadas durante sua

aplicação. A participação dos profissionais na elaboração e revisão aumenta a adesão, pois permite que o conteúdo seja adaptado às necessidades reais do serviço.

7. GESTÃO DE RISCOS E NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES

A gestão de riscos compreende um conjunto de ações destinadas a identificar, avaliar, controlar e monitorar riscos presentes nos processos de cuidado. Essa atividade deve ser integrada ao planejamento institucional e não limitada ao momento posterior à ocorrência de um evento adverso.

Uma das principais ferramentas de gestão é a notificação de incidentes. O relato permite reunir informações sobre o que aconteceu, em que circunstâncias ocorreu, quais fatores contribuíram e quais medidas podem prevenir a repetição. A notificação deve ser simples, acessível e protegida contra exposição desnecessária dos envolvidos.

Após o registro, o incidente deve ser analisado de acordo com sua gravidade e potencial de recorrência. Em eventos graves, pode ser necessária uma investigação mais aprofundada, utilizando métodos como análise de causa raiz. Essa análise busca identificar falhas no sistema, incluindo problemas de treinamento, comunicação, equipamentos, processos, ambiente e gestão.

Outra ferramenta é a análise de modos de falha e efeitos, conhecida como FMEA. Ela permite antecipar possíveis falhas em determinado processo antes que produzam danos. Por exemplo, uma instituição pode analisar previamente o processo de administração de medicamentos e identificar pontos vulneráveis relacionados à prescrição, armazenamento, preparo e administração.

É fundamental que as informações obtidas nas notificações sejam transformadas em melhorias concretas. Quando os profissionais relatam incidentes, mas não percebem qualquer mudança, podem perder a motivação para continuar notificando. A instituição deve comunicar os resultados das análises e divulgar as medidas implementadas, preservando a confidencialidade dos envolvidos.

8. O PAPEL DA EDUCAÇÃO PERMANENTE

A educação permanente em saúde é uma estratégia indispensável para o fortalecimento da segurança do paciente. Diferentemente de treinamentos pontuais, ela deve estar integrada ao cotidiano de trabalho e partir dos problemas identificados na prática.

As capacitações devem abordar conhecimentos técnicos, aspectos éticos, comunicação, trabalho em equipe, gerenciamento de riscos e uso adequado dos protocolos. Também é importante desenvolver competências não técnicas, como liderança, tomada de decisão, consciência situacional e capacidade de solicitar ajuda.

A simulação realística pode ser utilizada para treinar situações de emergência, comunicação em equipe, identificação de pacientes e resposta a eventos críticos. Essa metodologia permite que os profissionais pratiquem sem expor pacientes a riscos reais e recebam feedback sobre seu desempenho.

A educação do paciente e da família também faz parte da educação para a segurança. Usuários informados podem conferir sua identificação, perguntar sobre os medicamentos, comunicar alergias, esclarecer dúvidas e participar das decisões relacionadas ao cuidado.

Entretanto, a educação não deve ser utilizada como única resposta aos problemas. Quando um incidente ocorre, muitas instituições limitam-se a recomendar um novo treinamento. Essa medida pode ser insuficiente se a causa estiver relacionada a processos mal definidos, excesso de trabalho ou falta de recursos. A capacitação deve ser associada a mudanças organizacionais e à criação de barreiras eficazes.

9. TRABALHO EM EQUIPE E COMUNICAÇÃO INTERPROFISSIONAL

A assistência à saúde é desenvolvida por equipes compostas por profissionais de diferentes formações. Médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, farmacêuticos, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais e outros trabalhadores contribuem para o cuidado. A ausência de integração entre esses profissionais pode favorecer duplicidades, omissões e conflitos.

O trabalho em equipe exige definição clara de responsabilidades, respeito às competências profissionais e disposição para compartilhar informações. A hierarquia excessiva pode dificultar a manifestação de dúvidas e preocupações. Em uma equipe segura, qualquer profissional deve sentir-se autorizado a questionar uma conduta que possa colocar o paciente em risco.

Reuniões multiprofissionais, discussão de casos, visitas conjuntas e planos terapêuticos compartilhados são estratégias que favorecem a integração. A comunicação deve ser baseada em informações objetivas e não em julgamentos pessoais.

A passagem de plantão e as transições de cuidado merecem atenção especial. Mudanças de setor, transferência para outra instituição e alta hospitalar são momentos de maior vulnerabilidade.

Nesses períodos, informações importantes podem ser perdidas. A utilização de formulários padronizados e a confirmação do recebimento da informação contribuem para a continuidade segura do cuidado.

10. ENVOLVIMENTO DO PACIENTE E DA FAMÍLIA

O paciente não deve ser tratado como receptor passivo das decisões dos profissionais. Sua participação pode reduzir riscos e melhorar a qualidade da assistência. Para isso, é necessário oferecer informações adequadas, respeitar sua autonomia e considerar suas condições culturais, sociais e cognitivas.

O paciente deve ser incentivado a informar corretamente seus dados, relatar alergias, comunicar o uso de medicamentos, esclarecer dúvidas e informar mudanças em seu estado de saúde. Antes de procedimentos, deve receber explicações sobre o que será realizado e, quando aplicável, manifestar seu consentimento.

A família ou o cuidador pode colaborar especialmente quando o paciente apresenta dificuldades de comunicação, alterações cognitivas ou limitações funcionais. Contudo, o envolvimento deve respeitar a privacidade, a vontade e os direitos do paciente.

A comunicação precisa utilizar linguagem simples, evitando termos técnicos desnecessários. A técnica de retorno da informação, conhecida como teach-back, consiste em solicitar que o paciente repita com suas próprias palavras as orientações recebidas. Essa estratégia permite verificar se a informação foi realmente compreendida.

A participação do usuário também pode ocorrer por meio de pesquisas de satisfação, canais de reclamação, conselhos de saúde e programas institucionais de escuta. As experiências dos pacientes podem revelar riscos que não são percebidos pelos profissionais.

11. DESAFIOS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE NO BRASIL

Apesar dos avanços, persistem desafios significativos para a consolidação da segurança do paciente no Brasil. Entre eles, destacam-se as desigualdades regionais, a insuficiência de recursos, a sobrecarga dos trabalhadores, a rotatividade das equipes e as dificuldades de integração entre os diferentes níveis de atenção.

A precarização das condições de trabalho pode comprometer a execução de práticas seguras. Falta de profissionais, jornadas prolongadas, ausência de equipamentos e inadequação da estrutura física são fatores que aumentam os riscos. A segurança do paciente precisa ser discutida em conjunto com a valorização profissional e a melhoria das condições laborais.

Outro desafio é a subnotificação de incidentes. Muitos profissionais ainda associam a notificação à punição ou à exposição. Para modificar essa realidade, são necessárias políticas institucionais claras, garantia de confidencialidade, retorno das informações e liderança comprometida.

A formação profissional também precisa incluir conteúdos relacionados à segurança. Cursos de graduação e formação técnica devem preparar os estudantes para atuar em equipes, utilizar protocolos, comunicar-se de forma eficaz e analisar riscos. A competência técnica é fundamental, mas não suficiente para garantir um cuidado seguro.

A informatização dos serviços oferece oportunidades e riscos. Sistemas eletrônicos podem melhorar a legibilidade dos registros, apoiar decisões e emitir alertas. Entretanto, sistemas mal projetados, excesso de alertas, duplicidade de informações e falhas de integração podem produzir novos riscos. A tecnologia deve ser implementada com avaliação contínua e participação dos usuários.

Outro aspecto relevante é a fragmentação do cuidado. O paciente muitas vezes circula por diferentes serviços sem que suas informações sejam compartilhadas de forma adequada. A integração entre atenção primária, serviços especializados, hospitais e assistência domiciliar é essencial para evitar perdas de informação e garantir continuidade terapêutica.

12. INDICADORES DE SEGURANÇA DO PACIENTE

A avaliação da segurança depende do acompanhamento de indicadores. Esses indicadores permitem verificar se as medidas adotadas estão produzindo resultados e identificar áreas que necessitam de intervenção.

Podem ser utilizados indicadores de estrutura, processo e resultado. Os indicadores de estrutura avaliam a existência de recursos, profissionais, equipamentos e protocolos. Os indicadores de processo verificam se as práticas recomendadas estão sendo realizadas. Já os indicadores de resultado analisam a ocorrência de eventos, danos, complicações e mortes.

Exemplos de indicadores incluem:

- taxa de quedas;

- incidência de lesões por pressão;
- ocorrência de erros de medicação;
- adesão à higienização das mãos;
- taxa de infecções relacionadas à assistência;
- proporção de pacientes corretamente identificados;
- frequência de notificações de incidentes;
- tempo de resposta a eventos críticos;
- cumprimento da lista de verificação de cirurgia segura;
- readmissões relacionadas a falhas no cuidado.

Os indicadores não devem ser utilizados apenas para comparação entre profissionais ou punição de setores. Sua principal finalidade é orientar melhorias. É importante considerar o contexto em que os dados foram produzidos, evitando interpretações simplistas.

Uma elevação no número de notificações, por exemplo, pode indicar piora da assistência, mas também pode representar maior confiança dos profissionais no sistema de notificação. Por isso, os dados devem ser analisados em conjunto com outras informações e tendências históricas.

13. ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

A segurança do paciente está diretamente relacionada aos princípios éticos da assistência à saúde. O respeito à dignidade, à

autonomia, à privacidade, à confidencialidade e ao direito à informação deve orientar todas as práticas profissionais.

Quando ocorre um evento adverso, o paciente e a família têm direito a receber informações honestas e compreensíveis. A comunicação do incidente deve ser conduzida com sensibilidade, transparência e responsabilidade, evitando ocultação dos fatos ou transferência indevida de culpa.

Os profissionais também possuem direitos, especialmente quando são envolvidos em incidentes não intencionais. A investigação deve respeitar o devido processo, a confidencialidade e a presunção de boa-fé, sem impedir a responsabilização em situações de conduta dolosa ou negligência grave.

Os registros no prontuário devem ser completos, objetivos, legíveis e realizados no momento adequado. Alterações indevidas, omissões ou registros imprecisos podem dificultar a continuidade do cuidado e gerar implicações éticas e legais.

A instituição de saúde também possui responsabilidade pela segurança dos processos. Isso inclui manter infraestrutura adequada, fornecer materiais, qualificar profissionais, supervisionar atividades e estabelecer protocolos. A responsabilidade pelo cuidado seguro é compartilhada entre indivíduos e organizações.

14. ESTRATÉGIAS PARA O FORTALECIMENTO DA SEGURANÇA DO PACIENTE

A melhoria da segurança exige ações integradas e contínuas. Entre as principais estratégias, destacam-se:

1. Compromisso da alta liderança: gestores devem incorporar a segurança ao planejamento estratégico e disponibilizar recursos para sua implementação.
2. Criação e fortalecimento dos Núcleos de Segurança do Paciente: esses núcleos devem coordenar ações de prevenção, monitoramento, análise e comunicação de incidentes.
3. Implementação de protocolos: os protocolos devem ser baseados em evidências, adaptados à realidade local e acompanhados por indicadores.
4. Educação permanente: as capacitações devem ser frequentes, práticas e relacionadas aos problemas identificados no serviço.
5. Melhoria da comunicação: devem ser adotadas ferramentas estruturadas para passagens de plantão, transferências e comunicação de informações críticas.
6. Notificação e aprendizagem: os incidentes devem ser notificados e analisados com foco na melhoria dos processos.
7. Participação do paciente: usuários e familiares devem ser orientados e incentivados a participar do cuidado.
8. Adequação das condições de trabalho: a segurança requer dimensionamento adequado, ambientes organizados, equipamentos disponíveis e jornadas compatíveis.
9. Uso seguro da tecnologia: sistemas eletrônicos devem ser avaliados quanto à usabilidade, integração e capacidade de reduzir riscos.

10. Monitoramento de resultados: indicadores devem ser acompanhados regularmente e utilizados para orientar planos de melhoria.

Essas estratégias devem ser implementadas de forma articulada. A adoção isolada de um protocolo ou a realização eventual de treinamentos dificilmente produzirá mudanças sustentáveis. A segurança depende da combinação entre pessoas qualificadas, processos bem estruturados, comunicação eficaz e ambiente organizacional favorável.

15. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A segurança do paciente é um componente essencial da qualidade da assistência e uma responsabilidade compartilhada por profissionais, gestores, instituições, pacientes, familiares e órgãos reguladores. A ocorrência de incidentes e eventos adversos não deve ser analisada apenas como resultado de falhas individuais, pois frequentemente está relacionada a problemas sistêmicos e organizacionais.

A construção de uma assistência segura requer cultura institucional orientada para a prevenção, aprendizagem e melhoria contínua. É necessário incentivar a notificação de incidentes, desenvolver análises sem caráter meramente punitivo, implementar protocolos e acompanhar indicadores de desempenho.

Entre os principais fatores associados à segurança destacam-se a correta identificação do paciente, a comunicação efetiva, o uso seguro de medicamentos, a prevenção de infecções, quedas e lesões por pressão, o trabalho em equipe e o envolvimento do paciente no próprio cuidado.

No contexto brasileiro, o Programa Nacional de Segurança do Paciente e a atuação dos Núcleos de Segurança do Paciente representam avanços importantes. Entretanto, ainda existem obstáculos relacionados à desigualdade de recursos, à sobrecarga profissional, à subnotificação e à fragmentação dos serviços.

A consolidação da segurança exige investimentos permanentes em educação, infraestrutura, tecnologia, gestão e valorização dos trabalhadores. Também requer o reconhecimento de que a qualidade não pode ser alcançada sem condições adequadas para o desenvolvimento do trabalho.

Portanto, promover a segurança do paciente significa transformar a maneira como os serviços de saúde planejam, executam e avaliam suas atividades. Mais do que evitar erros, trata-se de construir sistemas capazes de antecipar riscos, identificar falhas, reduzir danos e aprender continuamente com a experiência. Essa perspectiva contribui para uma assistência mais humana, ética, eficiente e confiável.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: Anvisa, 2023.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde 2021–2025. Brasília: Anvisa, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente 2021–2030: tradução oficial. Brasília: Ministério da Saúde,

2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Segurança do Paciente: atualizações e estratégias. Brasília, 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Global Patient Safety Action Plan 2021–2030: Towards Eliminating Avoidable Harm in Health Care. Geneva: WHO, 2021.

SILVA, A. T.; et al. Patient safety culture in hospitals: integrative review. Revista Brasileira de Enfermagem, 2022.

SOUZA, V. S.; et al. Strategies to improve patient safety in healthcare services: integrative review. Ciência & Saúde Coletiva, 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Patient Safety Report 2024. Geneva: WHO, 2024.