

Implementação dos Protocolos Básicos de Segurança do Paciente: projeto de melhoria da qualidade

Implementation of Basic Patient Safety Protocols: quality improvement project

Implementación de los Protocolos Básicos de Seguridad del Paciente: proyecto de mejora de la calidad

Daniela Cristina dos Santos^a 

Daniela de Souza Bernardes^a 

Vanessa Monteiro Mantovani^a 

Marina Gassen^a 

Fernanda Boaz Lima Jacques^a 

Veronica Alacarini Farina^a 

Daiane Maria Fonseca de Lima^a 

Como citar este artigo:

Santos DC, Bernardes DS, Mantovani VM, Gassen M, Jacques FBL, Farina VA, Lima DMF. Implementação dos Protocolos Básicos de Segurança do Paciente: projeto de melhoria da qualidade. Rev Gaúcha Enferm. 2024;45(esp1):e20230312. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2024.20230312.pt>

RESUMO

Objetivo: Analisar o efeito de um projeto de melhoria na implementação de Protocolos Básicos de Segurança do Paciente em hospitais públicos brasileiros.

Método: Trata-se de um estudo de intervenção voltado para comparação de medidas tipo antes e depois da implementação de um projeto de melhoria em 35 hospitais públicos de três regiões brasileiras, entre julho de 2021 e setembro de 2023. A intervenção consistiu em um conjunto de atividades de apoio à implementação de seis Protocolos Básicos de Segurança do Paciente, com coleta quinzenal de indicadores. Os dados foram analisados por estatística descritiva, com uso de gráficos de tendência para demonstrar a ocorrência de melhorias, considerando os sete primeiros pontos de coleta como linha de base para medidas de comparação.

Resultados: Após o período de intervenção, todos os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente apresentaram melhoria nos indicadores. Destacaram-se prevenção de quedas e cirurgia segura que, respectivamente, apresentaram redução de 73% na prevalência e aumento de 675% na adesão à lista de verificação de cirurgia segura, em relação ao conjunto de hospitais.

Conclusão: O projeto de melhoria demonstrou efeito positivo na segurança do paciente dentro das instituições, evidenciado pela melhora nos indicadores de todos os protocolos analisados.

Descritores: Segurança do paciente. Dano ao paciente. Gestão da segurança. Ciência da implementação. Melhoria de qualidade. Avaliação de resultados em cuidados de saúde.

ABSTRACT

Objective: To analyze the effect of an improvement project on the implementation of Basic Patient Safety Protocols in Brazilian public hospitals.

Method: This is an intervention study aimed at comparing before-and-after measures of implementing an improvement project in 35 public hospitals across three Brazilian regions, between July 2021 and September 2023. The intervention consisted of a set of activities to support the implementation of six Basic Patient Safety Protocols, with biweekly indicator collection. The data were analyzed using descriptive statistics, with the use of trend graphs to demonstrate improvements, considering the first seven collection points as the baseline for comparison measures.

Results: After the intervention period, all Patient Safety Protocols showed improvements in their indicators. The prevention of falls and safe surgery stood out, with a 73% reduction in prevalence and a 675% increase in adherence to the safe surgery checklist, respectively, compared to the set of hospitals.

Conclusion: The improvement project demonstrated a positive effect on patient safety within the institutions, evidenced by the improvement in indicators of all analyzed protocols.

Descriptors: Patient safety. Patient harm. Safety management. Implementation science. Quality improvement. Outcome assessment, health care.

RESUMEN

Objetivo: Analizar el efecto de un proyecto de mejora en la implementación Protocolos Básicos de Seguridad del Paciente en hospitales públicos brasileños.

Método: Se trata de un estudio de intervención destinado a comparar medidas antes y después de la implementación de un proyecto de mejora en 35 hospitales públicos de tres regiones brasileñas, entre julio de 2021 y septiembre de 2023. La intervención consistió en un conjunto de actividades de apoyo a la implementación de seis Protocolos Básicos de Seguridad del Paciente, con recolección quincenal de indicadores. Los datos fueron analizados mediante estadística descriptiva, utilizando gráficos de tendencia para demostrar la ocurrencia de mejoras, considerando los siete primeros puntos de recolección como línea base para medidas de comparación.

Resultados: Después del período de intervención, todos los Protocolos Básicos de Seguridad del Paciente mostraron mejoras en los indicadores. Se destacaron la prevención de caídas y la cirugía segura, que presentaron una reducción del 73% en la prevalencia y un aumento del 675% en la adherencia a la lista de verificación de cirugía segura, respectivamente, en comparación con el conjunto de hospitales.

Conclusión: El proyecto de mejora demostró un efecto positivo en la seguridad del paciente dentro de las instituciones, evidenciado por la mejora en los indicadores de todos los protocolos analizados.

Descriptores: Seguridad del paciente. Daño del paciente. Administración de la seguridad. Ciencia de la implementación. Mejoramiento de la calidad. Evaluación de resultado en la atención de salud.

^a Hospital Moinhos de Vento. Responsabilidade Social. Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente, enquanto tópico de relevância na área da saúde, tem se tornado um tema central de discussão e pesquisa, essencialmente nas últimas duas décadas, impulsionando iniciativas globais e nacionais para melhorar os padrões de assistência à saúde^(1,2). O propósito primordial da segurança do paciente é mitigar as falhas evitáveis na prestação de assistência à saúde a um nível mínimo aceitável e evitar danos aos pacientes por meio da implementação de protocolos preventivos⁽²⁾. Dessa forma, a qualidade e a segurança na assistência à saúde estão intrinsecamente ligadas, sendo a segurança do paciente mais do que um componente indissociável, visto que se configura como o pilar fundamental e a base sobre a qual se constrói a qualidade em saúde⁽³⁾.

Apesar dos expressivos avanços alcançados em termos de políticas, programas e cuidado assistencial, a segurança do paciente permanece sendo um desafio importante nas instituições de saúde, evidenciado pelo número expressivo de eventos adversos relacionados à assistência à saúde⁽⁴⁾. Entre os mais diversos tipos de ambientes de prestação de cuidados à saúde, os hospitais se destacam como instituições onde a ocorrência de eventos adversos é mais prevalente^(4,5). Os eventos adversos estão intrinsecamente ligados à qualidade do serviço de saúde, ou seja, refletindo a assistência prestada ao paciente e não a evolução natural de determinada condição médica^(3,6,7). Estes eventos são classificados evitáveis em sua grande maioria e, portanto, suscetíveis a medidas de controle e prevenção^(3,7).

Os eventos adversos, não apenas estão relacionados com taxas expressivas de morbimortalidade, como também impactam de forma onerosa na gestão financeira dos serviços em saúde, visto que repercutem com o aumento nos custos relacionados ao prolongamento da internação, à aquisição de materiais e aos serviços adicionais necessários para manejo das consequências dos danos causados aos pacientes^(3,8).

Nos Estados Unidos, os eventos adversos são a terceira causa de morte, atrás apenas de causas oncológicas e cardíacas^(1,9). No Brasil, um registro realizado no período de 2014 a 2018, evidenciou 272.777 incidentes notificados relacionados à assistência à saúde⁽¹⁰⁾. Adicionalmente, dados demonstram que em países de baixa e média renda, o custo decorrente da perda de produtividade atribuída aos eventos adversos varia entre US\$ 1,4 trilhão e US\$ 1,6 trilhão anualmente⁽¹¹⁾.

No contexto da segurança do paciente, em 1º de abril de 2013, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) por meio da publicação da Portaria nº 529, com o objetivo de prevenir, monitorar e reduzir a incidência de eventos adversos, construindo um processo de melhoria contínua em segurança do paciente⁽²⁾.

Para apoiar e instrumentalizar os serviços de saúde no que tange ao seu impacto na geração de eventos adversos, foram construídos os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente (identificação correta do paciente, segurança no uso de medicamentos, cirurgia segura, higienização das mãos, prevenção de quedas e prevenção de lesões por pressão), consolidando, desse modo, um dos eixos do PNSP⁽²⁾.

Sabe-se que, apesar dos avanços conquistados, o PNSP ainda enfrenta desafios significativos. Abordar a segurança do paciente em sua totalidade e abranger a sua complexidade, transcende a implantação de protocolos e medidas específicas, uma vez que a busca pela melhoria contínua é um processo gradual^(3,12). A implementação efetiva de medidas de segurança do paciente é frequentemente dificultada por questões relacionadas com a escassez ou gerenciamento inadequado de recursos financeiros e humanos, lacunas na comunicação interprofissional e resistência à mudança dentro das instituições de saúde. Além disso, a padronização e a adesão às melhores práticas nem sempre são uniformes, o que pode levar a variações na qualidade dos cuidados. Diante desses desafios, é crucial um esforço conjunto para promover uma cultura de segurança abrangente e sustentável em todas as instâncias do sistema de saúde brasileiro^(3,13).

A adoção da metodologia embasada no Modelo de Melhoria surge como uma abordagem promissora para fortalecer estratégias que visam implementar mudanças institucionais em contextos complexos, como os ambientes hospitalares⁽¹⁴⁾. A literatura destaca que tais abordagens fornecem um método sistemático para identificar áreas de aprimoramento, implementar intervenções eficazes e avaliar seus desdobramentos⁽¹⁴⁻¹⁷⁾. No entanto, a efetivação desses projetos pode encontrar diversos obstáculos, que incluem desde resistência à mudança até escassez de recursos e desafios de sustentabilidade⁽¹⁴⁾. Por outro lado, essa metodologia traz benefícios tangíveis que podem ser observados na colaboração interprofissional, na priorização da segurança do paciente e na promoção de uma cultura de melhoria contínua^(14,18,19).

Para adaptar esses modelos a diferentes contextos, é essencial ajustar as estratégias de acordo com as necessidades e recursos específicos de cada instituição, engajando todas as partes interessadas desde o início e garantindo a participação ativa para assegurar o êxito da implementação e a sustentabilidade a longo prazo^(14,18,19). O Modelo de Melhoria na área da saúde é uma abordagem reconhecida para promover mudanças positivas nos processos, práticas e resultados, embora não seja tão difundido e pouco estudado. Baseado na definição de metas claras, coleta e análise de dados, identificação de oportunidades, implementação de intervenções e avaliação contínua. O Modelo de Melhoria busca não só resolver problemas específicos, mas também

promover uma cultura de aprendizado, inovação e excelência, com ênfase na colaboração, liderança e participação dos pacientes, permite enfrentar desafios complexos de forma sustentável^(14,18,19).

Com o intuito de apoiar a implementação do PNSP em hospitais brasileiros, o Hospital Moinhos de Vento, localizado na cidade de Porto Alegre/Rio Grande do Sul, lançou o projeto de melhoria “Paciente Seguro – Implementação do Programa de Segurança do Paciente e Desenvolvimento de Ferramentas de Gestão, Educação e Práticas Compartilhadas” por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS). O PROADI-SUS, criado em 2009, é uma aliança entre seis hospitais de excelência no Brasil e o Ministério da Saúde, com o propósito de apoiar e aprimorar o Sistema Único de Saúde (SUS)⁽²⁰⁾. Ao encontro deste propósito, o Paciente Seguro foi conduzido no período de 2016 a 2023 e realizou consultoria em hospitais públicos brasileiros para auxiliá-los com a implementação dos Protocolos Básicos de Segurança do Paciente, através da utilização de ferramentas de apoio, capacitações para profissionais da saúde e estratégias de monitoramento.

Este estudo tem a seguinte questão de pesquisa: qual o efeito alcançado por um projeto de melhoria da qualidade na implementação dos Protocolos Básicos de Segurança do Paciente? Deste modo, para responder a essa pergunta, este estudo foi delineado com o objetivo de analisar o efeito de um projeto de melhoria na implementação dos Protocolos Básicos de Segurança do Paciente em hospitais públicos brasileiros.

■ MÉTODO

Contexto

Trata-se de um estudo de intervenção voltado para a comparação de medidas de resultados antes e depois da implementação de um projeto de melhoria da qualidade em 35 hospitais públicos brasileiros^(14,18). Este estudo foi realizado no período de julho de 2021 a novembro de 2023 e seguiu o referencial teórico e metodológico do Institute for Healthcare Improvement (IHI) e as diretrizes do Standards for Quality Improvement Reporting Excellence (SQUIRE 2.0)^(14,18,21).

A candidatura e seleção para os hospitais participantes do projeto foi voluntária, realizada através de divulgação promovida pela área técnica do Ministério da Saúde. Não foi concedido qualquer incentivo financeiro às organizações participantes.

Os hospitais interessados em se candidatar deveriam atender os seguintes critérios de inclusão: estar localizado nos estados pertencentes às regiões Norte, Nordeste e Centro Oeste, em proximidade a aeroportos (a uma distância máxima de 100km); ser de caráter público ou filantrópico; manter no

mínimo 80 leitos ativos, incluindo 10 leitos de terapia intensiva; possuir um grupo de profissionais interessados em implementar práticas de segurança do paciente e contar com o respaldo institucional para se candidatarem. Os critérios de exclusão definidos foram: hospitais com ausência de departamento de qualidade e segurança do paciente formalizados e/ou não possuir Plano de Segurança do Paciente.

Intervenção

Os hospitais brasileiros selecionados foram submetidos a uma intervenção fundamentada no Modelo de Melhoria, voltada para a comparação de medidas pré e pós durante o período de 11 meses de monitoramento. A implementação do Modelo de Melhoria tem se revelado uma abordagem inovadora e promissora, especialmente em ambientes hospitalares complexos⁽¹⁸⁾. Esta metodologia é composta por duas partes interligadas e complementares: a primeira é o modelo conceitual formado pelas três questões fundamentais: “O que estamos tentando realizar?”, “Como sabemos se uma mudança é uma melhoria?” e “Que mudanças podemos fazer que resultarão em melhoria?”^(14,18). Essas perguntas ajudam a definir os objetivos da melhoria, estabelecer medidas para avaliar o progresso e identificar intervenções eficazes.

As três questões fornecem a base fundamental para o desenvolvimento do ciclo de aprendizagem, guiando a definição de metas, seleção de intervenções e a avaliação do progresso^(14,18). Dessa forma, a segunda parte que constitui o Modelo de Melhoria é o método de melhoria, que é o processo usado para testar mudanças, visando alcançar melhorias mensuráveis na qualidade e no desempenho^(14,18). O ciclo de aprendizagem permite testar e refinar as mudanças de forma iterativa, levando ao aprimoramento contínuo da iniciativa de melhoria^(14,18).

A estrutura da intervenção foi construída pela equipe de especialistas do Hospital Moinhos de Vento, em conjunto com o Ministério da Saúde. As instituições hospitalares participantes pertenciam a 12 diferentes estados do Brasil. Os hospitais possuíam caráter público e/ou filantrópico com uma média de 255 leitos ativos e tinham como característica assistencial a prestação de cuidados de média e alta complexidade a pacientes adultos, pediátricos e neonatais.

A equipe condutora da implementação foi composta por uma liderança operacional e oito consultores especialistas em segurança do paciente, com formação base em Enfermagem e Farmácia. A escolha destas categorias profissionais foi definida pela afinidade dos conteúdos e temas abordados nos Protocolos Básicos com essas áreas de conhecimento. A fim de preparar as equipes de campo para iniciar a implementação, foram realizadas reuniões de grupos de trabalho para ajudar a moldar os conteúdos e refinar questões técnicas.

Para responder o terceiro questionamento fundamental, “Que mudanças podemos fazer que resultarão em melhorias?”, a teoria da mudança foi adotada com base no diagrama direcionador. Este diagrama é o resultado do processo de construção em grupo, que busca as soluções para um determinado problema conectado com o objetivo do projeto. No Modelo de Melhoria, o diagrama direcionador ilustra as ideias de mudança geradas por especialistas, as quais ficam organizadas em formato de uma ferramenta visual para nortear as ações desenvolvidas pelas equipes⁽¹⁴⁾.

O diagrama foi dividido em três direcionadores primários: Construir um processo seguro; Construir uma cultura de segurança do paciente e Envolver todos no cuidado. Nesse sentido, esta ferramenta aponta caminhos ou alternativas que podem ser tomadas por um grupo de trabalho⁽¹⁴⁾. A equipe condutora estabeleceu estes três direcionadores primários,

visto que o direcionador de processo seguro contemplava as mudanças necessárias para alcançar os objetivos da meta. Já o direcionador de mudança de cultura, contemplava ideias necessárias para modificar a cultura de segurança e o direcionador envolver todos no cuidado, descrevia as mudanças necessárias relacionadas aos diferentes papéis dentro de uma equipe. Entende-se que os dois últimos direcionadores servem como pilares para que a mudança dos processos ocorra e consequentemente atinja o objetivo proposto.

Neste estudo, foram construídos diagramas direcionadores para cada protocolo básico de segurança do paciente. Os diagramas contemplavam itens relacionados a mudanças de processos assistenciais, incluindo a realização de medidas preventivas, avaliação de risco, promoção de ações educativas, envolvimento da alta gestão, entre outras, conforme o exemplo demonstrado abaixo na Figura 1.

Figura 1 – Exemplo de Diagrama Direcionador sobre prevenção de quedas. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2023



Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

O Método de Melhoria é um processo utilizado para testar mudanças com o objetivo de alcançar melhorias mensuráveis na qualidade e no desempenho^(14,18). Geralmente, envolve o uso do ciclo “Plan-Do-Study-Act” (PDSA) para planejar, implementar, avaliar e ajustar as mudanças^(14,18). As ideias de mudanças do diagrama direcionador podem ser testadas e aprimoradas por meio de ciclos de testes, representados pelo PDSA. Este método pragmático se desdobra em quatro estágios do ciclo: formulação de uma hipótese, coleta de dados para testar essa hipótese, análise e interpretação dos resultados⁽²²⁾. O ciclo de PDSA

completa a estrutura para o Modelo de Melhoria, podendo ser utilizado para transformar ideias em ação e conectar a ação com a aprendizagem^(14,18). Esta ferramenta é utilizada em pequena escala para testar intervenções, permitindo uma avaliação rápida e flexível, minimizando riscos aos pacientes e reduzindo despesas, visto que é passível de alterações de aprimoramento no transcorrer dos ciclos^(14,18). Além disso, há uma redução da resistência à mudança por parte da equipe assistencial, uma vez que a intervenção ocorre primeiramente em pequena escala, a fim de ajustar-se aos processos⁽²²⁾.

Estudo da intervenção

Após o período inicial de planejamento e seleção dos hospitais participantes, deu-se início à intervenção. A intervenção foi construída por um conjunto de atividades para capacitar e instrumentalizar as equipes dos hospitais participantes para conduzirem ciclos de melhoria em segurança do paciente, apoiando a implementação práticas de segurança do paciente com base nos seis Protocolos Básicos de Segurança do Paciente (identificação correta do paciente, segurança no uso de medicamentos, cirurgia segura, higienização das mãos, prevenção de quedas e prevenção de lesões por pressão)⁽²⁾.

Para tal, cada hospital participante, em conjunto ao Núcleo de Segurança do Paciente e equipe do Hospital Moinhos de Vento, definiu uma unidade assistencial “piloto” e uma liderança, ou seja, um(a) líder para trabalhar cada protocolo de segurança. Dentro desta metodologia de trabalho, as lideranças não precisam necessariamente ser pessoas com cargos oficiais de liderança, mas sim pessoas com desejo intrínseco de liderar o desenvolvimento da unidade^(14,18).

De maneira sequencial, foram definidos “times de melhoria”, compostos por equipes multiprofissionais da ponta assistencial, designados para atuarem em cada um dos Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Os objetivos foram delineados individualmente, conforme a linha de base, para cada protocolo, a fim de responder a primeira questão fundamental do Modelo de Melhoria “O que estamos tentando realizar?”, conforme exemplos do Quadro 1.

A partir desta fase, a intervenção ocorreu da seguinte maneira: A adesão dos hospitais participantes às boas práticas de segurança do paciente foi avaliada nas instituições em uma primeira visita presencial, através de instrumentos elaborados pela equipe condutora do projeto, com o intuito de identificar as fragilidades e o nível de adesão às práticas seguras de cada instituição. A partir disso, os diagramas direcionadores de cada um dos seis Protocolos Básicos de Segurança do Paciente foram personalizados e adaptados à realidade de cada hospital, considerando as evidências encontradas na visita de avaliação inicial. Os ciclos de melhoria, os PDSAs, desenvolvidos posteriormente pelos times de trabalho, tiveram como base este diagrama.

Para dar início ao período de ação nas unidades-piloto, as equipes começaram a testar as ideias de mudança do diagrama direcionador, implementar processos e coletar dados, gerando indicadores para medir o impacto das mudanças realizadas. As equipes das unidades-piloto também enviavam relatórios mensais para revisão e feedback por parte da equipe condutora do projeto. Adicionalmente, as equipes receberam suporte da equipe condutora através de reuniões virtuais semanais durante todo o período de

intervenção, como forma de colaboração e apoio, mesmo à distância, à medida que testavam novas ideias. Estas reuniões foram fundamentais para o monitoramento das atividades previstas nos diagramas direcionadores, planos de ação, coleta e análise de indicadores assistenciais.

Dentre os elementos-chave da estratégia de intervenção, estavam as visitas técnicas de monitoramento aos hospitais participantes. Estas visitas presenciais de auxílio da implementação do projeto de melhoria constituíram uma parte fundamental dos processos de monitoramento dos hospitais. Cada visita ocorreu em três turnos e auxiliou no fortalecimento do contato direto com as equipes assistenciais. Durante as visitas, também foram ministradas oficinas estratégicas para detalhamento sobre coleta de indicadores e compilação de dados para os times de melhoria e Núcleo de Segurança do Paciente, estas foram realizadas *in locu* nas unidades-piloto, visando alinhar a metodologia de coleta de dados.

Diversas atividades adicionais foram realizadas para auxiliar as equipes na implementação dos protocolos, como a entrega de jogos educativos e materiais de apoio. No mesmo sentido de instrumentalizá-los, foram elaboradas capacitações virtuais, destinadas aos profissionais dos hospitais participantes, as quais abordaram os seguintes temas: Modelo de Melhoria e Projeto de Melhoria; Comunicação, Liderança e Trabalho em Equipe, Indicadores em Projetos de Melhoria, Gestão de Risco e Cultura de Segurança. Além disso, foram ministradas *Web aulas* discutindo temas como: Diagrama Direcionador, Prevenção de Quedas e Lesão por Pressão; Cultura Justa e Disclosure.

O modelo de intervenção foi finalizado através de uma visita de avaliação final aos hospitais participantes, com o objetivo de verificar o nível de adesão às boas práticas de segurança do paciente propostas pelo projeto. Nestas visitas, houve a aplicação dos mesmos instrumentos utilizados na visita de avaliação inicial.

A intervenção adotada proporcionou a implementação de mudanças direcionadas à segurança do paciente e estabeleceu mecanismos robustos, a fim de possibilitar a efetividade dessas mudanças. Ao realizar ciclos de melhoria, as equipes puderam não apenas identificar áreas de oportunidade e implementar intervenções, mas também medir e monitorar os resultados ao longo do tempo. O enfoque sistemático permitiu uma análise criteriosa das relações intervenções realizadas com os resultados observados.

Medidas

Os projetos de melhoria se desenvolvem a partir de testes, ajustes e por fim, implementação de mudanças. Neste sentido, respondendo à segunda questão fundamental, “Como sabemos se uma mudança é uma melhoria?”, só é possível

respondê-la com os dados, expressos através dos indicadores. Portanto, a medição desempenha um papel significativo neste tipo de abordagem metodológica, pois em sistemas mais complexos, as medições ou outros tipos de dados são quase sempre necessários para responder a esta pergunta⁽¹⁸⁾.

Durante o período de intervenção, os indicadores foram coletados quinzenalmente pelos times de melhoria nas unidades-piloto de cada protocolo. Após cada coleta, a compilação e revisão dos dados eram realizados pela equipe condutora, com o intuito de avaliar a evolução dos

hospitais em relação às atividades propostas pelo projeto e a implementação de cada protocolo de segurança.

Os principais indicadores utilizados neste estudo foram categorizados em indicadores de processo e de resultado. Indicadores de processo são medidas que quantificam as atividades e procedimentos realizados durante a prestação de cuidados de saúde, ao passo que os indicadores de resultado são medidas de desempenho do sistema em estudo que avaliam os efeitos ou impactos das intervenções de saúde sobre os pacientes⁽¹⁸⁾, conforme demonstrado no Quadro 1.

Quadro 1 – Classificação dos principais indicadores utilizados. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2023

Protocolo	Nome do Indicador	Tipo de indicador	Fórmula do indicador coletado (numerador/denominador)
Prevenção de Lesão por Pressão	Prevalência de pacientes com lesão por pressão na unidade	Resultado	(Soma do número de pacientes internados com LP identificados no processo de busca ativa/soma do número de pacientes observados no dia da coleta na unidade) x 100
Prevenção de Quedas	Prevalência de quedas na unidade	Resultado	(Soma do número de pacientes que apresentaram quedas no processo de busca ativa/soma do número de pacientes observados) x 100
Higienização das Mãos	Percentual de adesão à higiene de mãos	Processo	(Soma do número de ações executadas pelos profissionais de saúde/soma do número de oportunidades observadas no momento da coleta na unidade) x 100
Identificação do Paciente	Percentual de pacientes identificados na unidade	Processo	(Número de pacientes identificados na unidade/número de pacientes observados (amostra) na unidade) x 100
Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos	Percentual de medicamentos dispensados com erro	Processo	(Soma do número de medicamentos dispensados com erro/número total (amostra) de medicamentos dispensados) x 100
Cirurgia Segura	Taxa de adesão à lista de verificação de cirurgia segura	Processo	(Número de procedimentos cirúrgicos em que a lista de verificação está com as práticas seguras aplicadas pela equipe cirúrgica/número de procedimentos cirúrgicos (amostra) realizados) x 100

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

De forma complementar, foram exploradas questões essenciais para orientar a definição dos objetivos, tais como: “Qual é a área de melhoria pretendida?”; “Onde precisamos atuar?”; “Qual é a meta a ser alcançada?”; e “Até quando planejamos alcançar esses resultados?”. Os objetivos específicos para cada protocolo de segurança do paciente foram delineados individualmente para cada equipe de melhoria em suas respectivas unidades-piloto. Estabeleceu-se a meta de atingir uma taxa de adesão de 95% aos indicadores de processo ao longo dos 11 meses de intervenção – período investigado neste estudo – e uma redução de 50% nos indicadores de resultado durante o mesmo período.

A equipe condutora do projeto treinou os times de cada hospital participante para realizar as coletas. Para padronizar a coleta de indicadores, elaborou-se fichas técnicas para todos os indicadores, contendo o título, objetivo, tipo, valor de referência, unidade de medida, definição do numerador e denominador, meta estabelecida, critérios de inclusão e exclusão, periodicidade e responsáveis pela coleta, entre outras informações. Além disso, foram entregues fichas de coleta para as equipes de todos os hospitais, para auxiliar na uniformização dos dados. Os indicadores coletados eram enviados à equipe de especialistas responsáveis pela condução do projeto, a qual organizava, contabilizava e compilava os mesmos, para posterior discussão e análise junto às equipes dos hospitais participantes.

Análise

O uso de gráficos de tendência foi escolhido devido à necessidade de visualizar as mudanças temporais nas variáveis de interesse para demonstrar, graficamente, se as mudanças testadas resultaram em melhoria e se essa se manteve ao longo do tempo. Os dados foram submetidos a análises estatísticas utilizando o software *Microsoft Excel versão 2016*. Os dados foram avaliados considerando os sete primeiros pontos de coleta como linha de base para medidas de comparação (antes da intervenção) e as observações sequenciais como medidas ajustadas para o período de intervenção.

Considerações éticas

O estudo foi promovido e implementado pelo Ministério da Saúde do Brasil de acordo com as recomendações éticas nacionais, aprovado e publicado no Diário Oficial da União, com Número Único de Protocolo 25000.012571/2021-51 e obteve sua versão aprovada para o triênio 2021-2023 no dia 16 de abril de 2021. Ao consentir a participação e ingressar no projeto Paciente Seguro, o responsável legal de cada hospital assinou

um termo de anuência, com a descrição de todos os direitos e os deveres relacionados à participação e acompanhamento. Do ponto de vista ético, destaca-se que este trabalho não se aplica à Resolução nº 466, considerando que não foi realizado com indivíduos. As análises foram realizadas de forma agregada, sem identificação individual das instituições, o que dispensou a avaliação por comitê de ética em pesquisa.

RESULTADOS

Ao longo do período de acompanhamento, os hospitais trabalharam os seis Protocolos Básicos de Segurança do Paciente em unidades-piloto. A equipe condutora do projeto utilizou diversas estratégias contínuas para gerar engajamento e capacitação das equipes pertencentes às instituições participantes. Estas atividades foram realizadas igualmente no decorrer de 1.370 horas de consultoria para cada hospital. A Figura 2 sintetiza a complexidade da intervenção em relação ao conjunto de atividades que foram desenvolvidas e executadas para os hospitais participantes.

Durante o período de intervenção, os times de melhoria desenvolveram ciclos de testes de PDSAs, os quais representaram um papel fundamental na concretização das ideias delineadas no diagrama direcionador. Esses testes não apenas permitiram a transformação das concepções teóricas em ações práticas, mas também proporcionaram um valioso processo de construção da aprendizagem. Ao testar as intervenções propostas, as equipes puderam identificar abordagens mais eficazes para a implementação das práticas de segurança do paciente.

É fundamental salientar que os ciclos de melhoria foram elaborados individualmente por cada um dos 35 hospitais participantes. Cada instituição, levando em conta suas próprias peculiaridades, características e necessidades específicas, desenvolveu seus próprios ciclos de PDSA para abordar as ideias de mudança delineadas nos diagramas direcionadores dos seis Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. O acompanhamento do progresso dos testes de PDSA ocorreu por meio de reuniões virtuais conduzidas pela equipe condutora do projeto, onde questões relacionadas às etapas dos testes e outras dúvidas dos hospitais participantes eram discutidas e esclarecidas.

Como resultado, os PDSAs desempenharam um papel crucial no impulsionamento dos indicadores, demonstrando o impacto positivo das mudanças implementadas no ambiente hospitalar. A tabela 1 apresenta uma estratificação detalhada do número de PDSAs realizados para cada Protocolo Básico de Segurança em todos os 35 hospitais participantes do estudo.

Figura 2 – Processos de trabalho realizados pela equipe condutora durante o período de intervenção nos 35 hospitais participantes. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2023



Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Tabela 1 – Estratificação detalhada do número de PDSAs realizados para cada Protocolo Básico de Segurança em todos os 35 hospitais participantes. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2023

PDSAs† realizados por Protocolo Básico	
Prevenção de lesão por pressão*	511
Prevenção de quedas*	549
Higienização das mãos*	413
Identificação correta do paciente*	287
Segurança no uso de medicamentos-dispensação*	240
Cirurgia Segura*	281

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

*Variáveis discretas expressas em n.

Os testes realizados nos ciclos de PDSAs considerados relevantes pelas equipes de acordo com os protocolos foram guiados pelas ações dos diagramas direcionadores. Em prevenção de quedas e lesão por pressão, por exemplo, foram conduzidos testes relacionados à avaliação do risco e à implementação de medidas preventivas; em relação à higiene de mãos, testes relacionados com os cinco momentos,

adequação de insumos e a técnica correta foram realizados. No protocolo de identificação foram trabalhados principalmente os dispositivos com os identificadores padronizados e os momentos em que devem ocorrer a conferência dos mesmos; quanto à cirurgia segura os testes visaram a adequação dos itens previstos na lista de verificação cirúrgica e a sua adesão; no protocolo de segurança medicamentosa

destacam-se testes relacionados a dupla checagem na dispensação, organização do ambiente e sinalização dos medicamentos potencialmente perigosos. Ressalta-se que algumas ações foram diferentes para cada instituição.

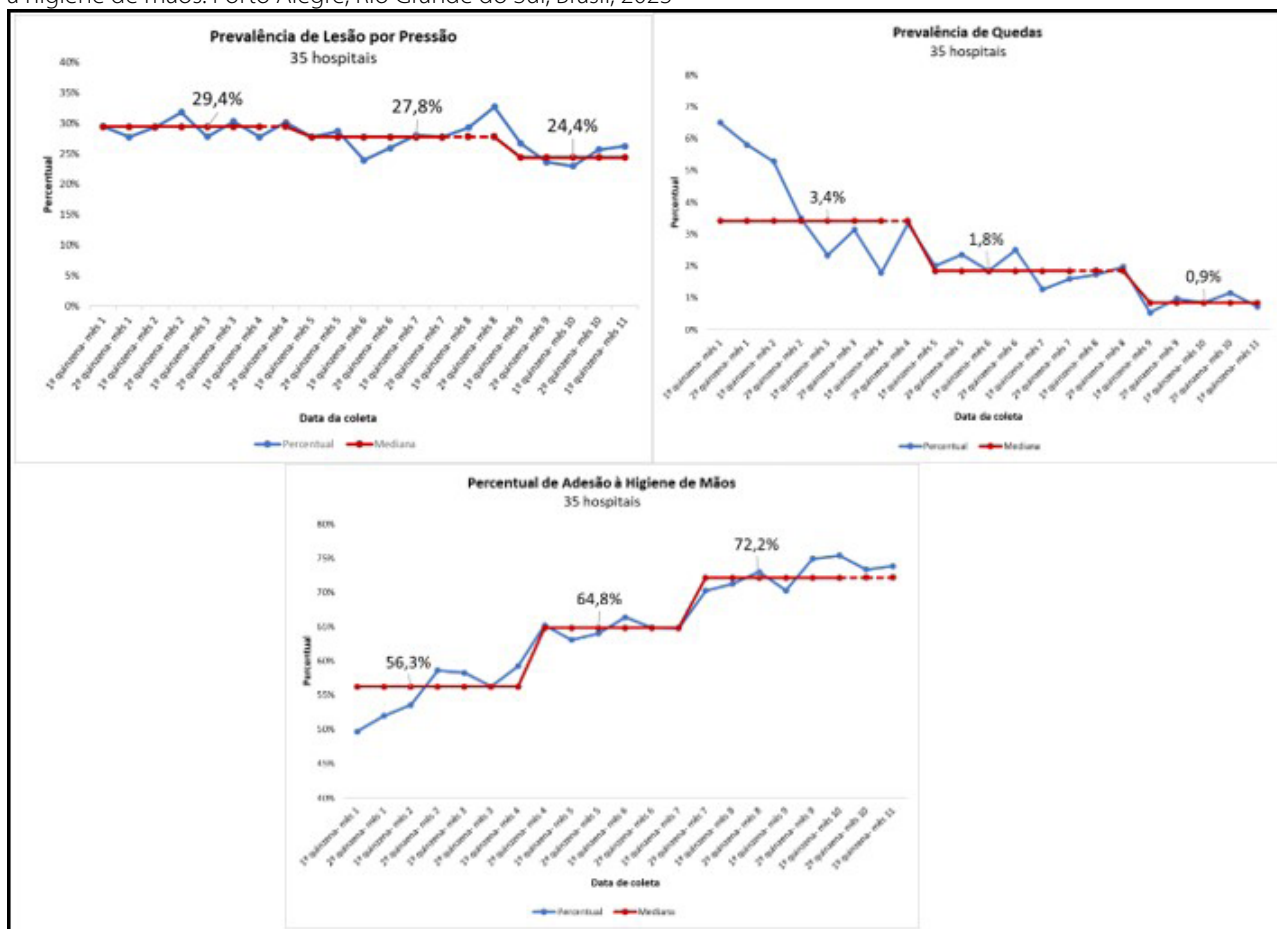
Quinzenalmente, as equipes dos hospitais participantes enviavam seus indicadores sobre resultados e processos de cada protocolo básico de segurança do paciente para análise. Todos os hospitais reportaram seus dados.

Em relação ao protocolo de prevenção de lesão por pressão, este foi trabalhado em 100% dos hospitais participantes e o indicador de prevalência de lesão por pressão apresentou uma redução de 17% ao final do período de intervenção (Figura 3A). Sobre a prevenção de quedas, a prevalência foi o indicador de resultado coletado nos 35 hospitais que trabalharam neste protocolo. Na Figura 3B, é possível observar que este grupo de hospitais conseguiu alcançar uma redução de 73% na prevalência de quedas. Quanto ao protocolo de higienização das mãos, este também foi trabalhado com todos os hospitais participantes, sendo

que o indicador obteve aumento de 28% ao final do período de intervenção (Figura 3C).

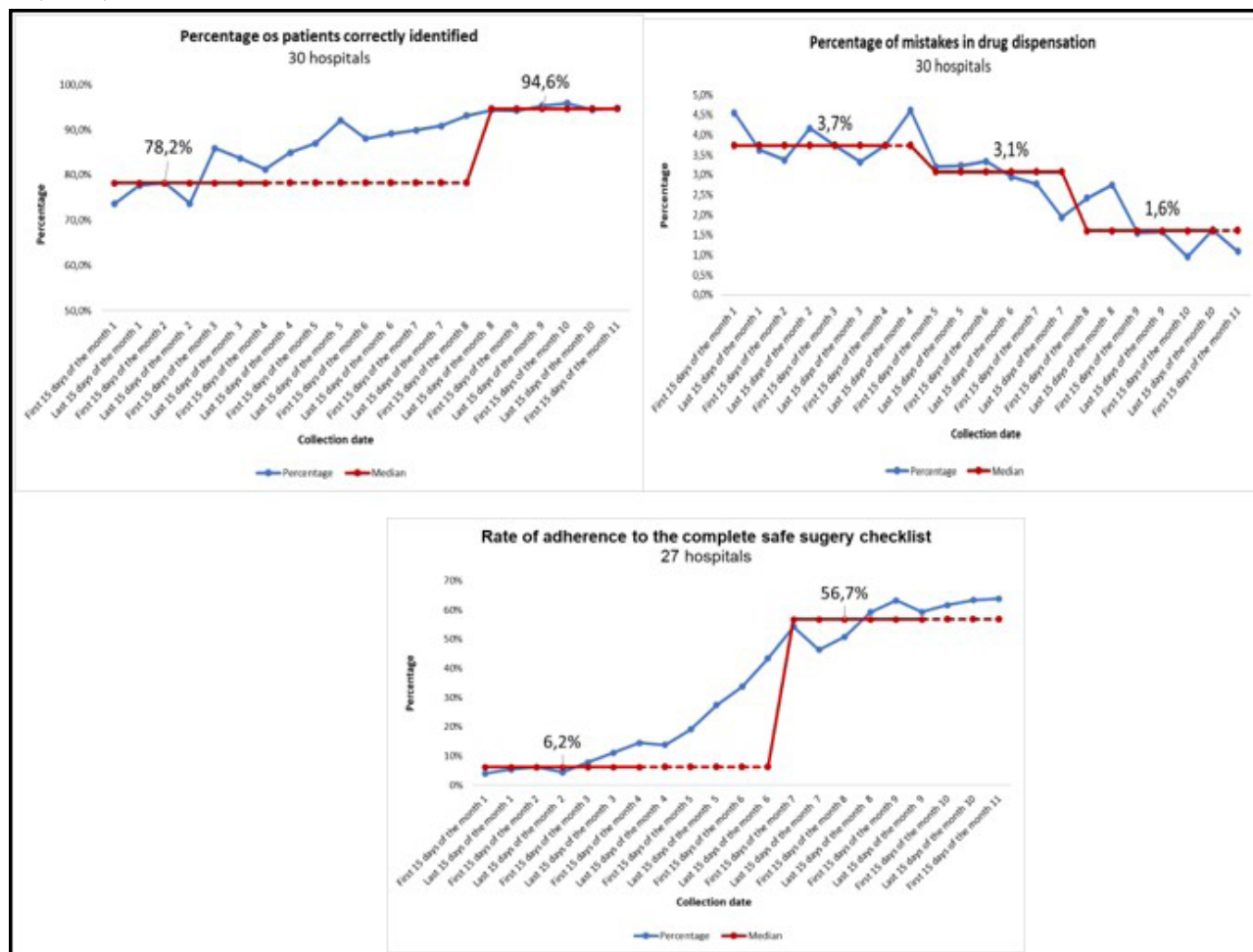
Os demais protocolos não foram trabalhados em todas as instituições hospitalares participantes, visto que nem todas tinham condições técnicas de abranger todas as atividades propostas pela equipe condutora. Estas condições incluíram limitações da equipe do Núcleo de Segurança do Paciente, quando composta por apenas um profissional, número reduzido de unidades assistenciais e barreiras para o processo de formação de times. O protocolo de identificação correta do paciente e segurança no uso de medicamentos foram trabalhados com 30 hospitais participantes. O indicador de percentual de pacientes identificados corretamente alcançou um aumento de 21% (Figura 4D), já o indicador de percentual de medicamentos dispensados com erro apresentou uma redução de 57% (Figura 4E). Em relação ao protocolo de cirurgia segura, este foi trabalhado em 27 hospitais, os quais obtiveram um aumento expressivo de 675% (Figura 4F).

Figura 3 – Gráficos de tendência. (A) Prevalência de lesão por pressão. (B) Prevalência de quedas. (C) Percentual de adesão à higiene de mãos. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2023



Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Figura 4 – Gráficos de tendência. (D) Percentual de pacientes identificados corretamente. (E) Percentual de medicamentos dispensados com erro. (F) Taxa de adesão à lista de verificação completa de cirurgia segura. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2023



Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Além de apresentar indicadores de melhoria, o estudo introduziu um novo método adaptado à realidade brasileira do SUS, fortalecendo os laços entre profissionais de saúde, gestores hospitalares e secretarias de saúde. A equipe condutora do projeto teve a oportunidade de imergir na realidade dos hospitais participantes, identificando principais fortalezas e áreas de melhoria, e atuou junto a essas instituições em prol da segurança do paciente.

Em projetos de saúde hospitalar, gerar valor significa proporcionar benefícios mensuráveis e tangíveis para pacientes, profissionais de saúde e a própria organização. No contexto hospitalar, o valor está intimamente ligado à qualidade do cuidado, eficiência operacional, satisfação do paciente e resultados clínicos. O estudo evidenciou a importância de informar e envolver os pacientes e seus familiares no processo de cuidado, capacitando-os a desempenhar um papel ativo e

receber um cuidado mais seguro, com menor risco de eventos adversos. A longo prazo, espera-se estabelecer uma rede de disseminação de boas práticas para promover uma mudança cultural nas organizações de saúde, especialmente em relação à segurança do paciente, e incentivar a implementação de melhorias contínuas em todo o sistema de saúde.

DISCUSSÃO

Este estudo contribuiu para a implementação e consolidação de práticas de segurança do paciente, o que pode ajudar a diminuir incidentes e eventos adversos relacionados a falhas na segurança. A metodologia utilizada no projeto, junto às instituições participantes, favorece a sustentabilidade e ampliação de melhorias para outras unidades e disseminação para outros hospitais, pois permite a realização de

ciclos rápidos de melhoria que impulsionam o aprendizado. A melhora observada nos indicadores de todos os Protocolos Básicos de Segurança evidencia o progresso das instituições em aprimorar seus processos e fortalecer a segurança dos pacientes assistidos, refletindo as intervenções implementadas.

Os resultados deste estudo ampliam o conhecimento existente e fornecem dados concretos sobre a eficácia da abordagem adotada. Ao demonstrar os benefícios tangíveis dessas intervenções, a pesquisa valida a importância prática de adotar metodologias sistemáticas de melhoria contínua nos processos de assistência hospitalar. As equipes dos hospitais participantes apresentaram grandes avanços na implementação de mudanças baseadas em evidências científicas, tanto em eixos clínicos, como também processuais e, essencialmente, de resultados. Essa contribuição para o corpo de conhecimento não só informa práticas inovadoras, mas também fomenta que outras instituições de saúde promovam uma cultura de segurança do paciente e alcancem resultados mais seguros e eficazes.

Estudos que abordaram metodologias semelhantes também encontraram bons resultados. Um estudo brasileiro, publicado recentemente, comparou medidas de resultados antes e após a implementação de um programa de melhoria da qualidade, o qual impactou na redução de erros na administração de vacinas⁽¹⁵⁾. Um estudo norte-americano também utilizou o modelo de mudança proposto pelo IHI para promover a redução de erros radiográficos em um ambulatório de medicina esportiva, que inicialmente eram de 9% e após dois meses de intervenção, nenhum erro foi encontrado⁽¹⁶⁾. Outro estudo desenvolvido nos Estados Unidos, utilizou uma abordagem semelhante para redesenhar a prestação de cuidados, melhorar a adesão ao tratamento e assim reduzir readmissões hospitalares em pacientes pneumopatas. Ao final do estudo, a taxa de readmissão em 30 dias diminuiu de 22,7% para 14,7%⁽¹⁷⁾.

Em relação aos resultados obtidos, o protocolo de prevenção de lesão por pressão alcançou resultados semelhantes ou até mais baixos que os números de prevalência quando comparados com outros estudos. Um estudo transversal realizado no Brasil em Unidades de Terapia Intensiva demonstrou prevalência de lesão por pressão igual a 42%⁽²³⁾. Outra pesquisa, também brasileira, evidenciou que o segundo evento adverso mais frequente era relacionado com lesão por pressão (22%)⁽²⁴⁾. Uma revisão sistemática global com metanálise, publicada em periódico americano, avaliou a incidência de lesões por pressão. Nos 35 estudos que foram incluídos na análise final, as taxas de incidência de lesões do primeiro, segundo, terceiro e quarto estágios foram de 45%, 45%, 4% e 4% respectivamente⁽²⁵⁾.

O protocolo de quedas alcançou uma redução expressiva da prevalência. Um estudo internacional publicado

recentemente em um periódico britânico, desenvolveu uma revisão sistemática abrangente sobre dados de prevalência de quedas no mundo⁽²⁶⁾. A prevalência mundial de quedas foi de 26,5% e a segunda maior taxa de prevalência de quedas em idosos foi na América com 27,9%⁽²⁶⁾. Em outro estudo que realizou o diagnóstico situacional dos eventos adversos notificados pelo Núcleo de Segurança do Paciente mostrou que 14,6% eram relacionados com as quedas⁽²⁷⁾.

Quanto à higienização das mãos, o resultado alcançado do indicador de adesão à higiene de mãos, quando comparado com estudos anteriores, ganha destaque. Pesquisas anteriores mostram baixa adesão a este indicador em hospitais brasileiros, com taxas variando de 19% a 55%, intensificando a necessidade de trabalhar a conscientização sobre esse protocolo⁽²⁸⁾. Destaca-se que a higiene de mãos é uma das medidas mais importantes para evitar a transmissão de infecções, com baixo custo e alta efetividade⁽²⁹⁾.

Os hospitais que implementaram o protocolo de identificação correta do paciente obtiveram resultados positivos, indicando que a pulseira está sendo efetivamente utilizada. Uma pesquisa, recentemente publicada, mostrou que 21% dos eventos adversos notificados estavam relacionados com erros na identificação do paciente⁽²⁷⁾. Portanto, é crucial destacar que tão importante quanto a aplicação da pulseira é orientar a equipe a realizar a devida conferência.

O resultado final encontrado no indicador de percentual de medicamentos dispensados com erro é melhor quando comparado com outros estudos. Uma pesquisa realizada no nordeste brasileiro, identificou que 2,13% dos medicamentos analisados apresentavam erro de dispensação⁽³⁰⁾. Uma outra pesquisa nacional encontrou 1,81% de taxa nos erros de dispensação⁽³¹⁾. Em ambos os estudos, o erro de dispensação mais frequente foi omissão de medicamento^(30,31).

Na especialidade cirúrgica, a adesão à Lista de Verificação de Cirurgia Segura é necessária para mitigar problemas relacionados com o processo de trabalho da equipe cirúrgica. O aumento expressivo da adesão à Lista de Verificação de Cirurgia Segura alcançado por este estudo corrobora com a qualidade do cuidado, processos mais seguros e oportunos centrados no paciente. Este resultado é importante, visto que a maioria dos hospitais não apresentava a prática do protocolo de cirurgia segura no início do projeto. Pesquisas internacionais têm apontado que a utilização da Lista de Verificação de Cirurgia Segura é uma estratégia custo-efetiva em relação ao processo cirúrgico^(32,33).

Recentemente, um estudo espanhol realizado no Hospital Universitário Vall d'Hebron em Barcelona, demonstrou que a implantação da Lista de Verificação de Cirurgia Segura contribuiu para a redução do tempo de uso da sala cirúrgica, bem como uma economia média de 110 leito-dias a cada 100 internações⁽³²⁾. Nesta mesma avaliação econômica,

estimou-se que, por cada 100 admissões, a utilização da lista economizou 55.899 dólares⁽³²⁾. Outro estudo, realizado por um grupo de pesquisadores da Nova Zelândia e do Brasil, avaliaram o impacto da implementação da Lista de Verificação de Cirurgia Segura nos resultados pós-operatórios⁽³³⁾. Os resultados mostraram uma redução significativa no número médio de dias pós-operatórios vivos após a implementação da lista de verificação ($p < 0,001$)⁽³³⁾. Além disso, houve uma diminuição na taxa de readmissão hospitalar dentro de 30 dias após a cirurgia⁽³³⁾.

Importante ressaltar que, uma limitação potencial deste estudo, diz respeito à pandemia da COVID-19. Esse contexto excepcional acarretou mudanças nos times de trabalho durante o projeto, tendo em vista o número de afastamentos e necessidade de reorganização dos processos de trabalho, considerando que alguns hospitais participantes do projeto tornaram-se referência para COVID-19 e precisaram adaptar-se. Além disso, é relevante mencionar que o projeto não acompanhou os hospitais após o encerramento da intervenção, apesar de ter fornecido subsídios teóricos para a sustentabilidade das ações e ampliação para as outras áreas, o que pode ser considerado uma limitação adicional do estudo.

■ CONCLUSÃO

As mudanças verificadas nas unidades-piloto participantes, com foco no fortalecimento dos processos de trabalho, implementação de medidas preventivas, monitoramento dos riscos, comunicação e trabalho em equipe demonstraram o efeito positivo deste projeto de melhoria na implementação dos Protocolos Básicos de Segurança do Paciente, evidenciado pelos resultados observados em todos os indicadores assistenciais. Esses resultados positivos foram viabilizados devido ao modelo de intervenção desenhado, fundamentado no Modelo de Melhoria, que mostrou-se como uma abordagem viável e promissora para as instituições hospitalares brasileiras. De maneira adicional, a implementação de pacotes de mudança, baseados em evidências científicas, são estratégias com alto potencial para alcançar resultados notáveis no que tange à segurança dos pacientes. Sugere-se novos estudos que abordem metodologias semelhantes aplicados para outras realidades e contextos em saúde.

■ REFERÊNCIAS

1. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America; Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. *To err is human: building a safer health system*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000 [cited 2024 Mar 1]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/>
2. Ministério da Saúde (BR). Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014.
3. Sousa P, Mendes W, organizadores. *Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras* [Internet]. Brasília, DF: Editora Fiocruz; 2019 [citado 2024 mar 1]. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/bskw2>
4. Maia CS, Freitas DRC, Gallo LG, Araújo WN. Registry of adverse events related to health care that results in deaths in Brazil, 2014–2016. *Epidemiol Serv Saude*. 2018;27(2):e2017320. doi: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000200004>
5. Sanchis DZ, Haddad MCFL, Girotto E, Silva AMR. Patient safety culture: perception of nursing professionals in high complexity institutions. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(5):e20190174. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0174>
6. Gustafsson N, Leino-Kilpi H, Prga I, Suhonen R, Stolt M; RANCARE consortium COST Action – CA15208. Missed care from the patient's perspective – a scoping review. *Patient Prefer Adherence*. 2020;14:383–400. doi: <https://doi.org/10.2147/PPA.S238024>
7. Rocha MS, Gabriel CS, Moura AA, Inácio ALR, Mendonça DF, Bernardes A, et al. Incidence and avoidability of adverse events in emergency care: a retrospective study. *Acta Paul Enferm*. 2023;36:eAPE02192. doi: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023A0021922>
8. Matta ACG, Matsuda LM, Paulino GME, Haddad MCL, Ferreira AMD, Camillo NRS. Analysis of infectious adverse health event costs. *Acta Paul Enferm*. 2022;35:eAPE01187. doi: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022A0011877>
9. Makary MA, Daniel M. Medical error—the third leading cause of death in the US. *BMJ*. 2016;353:i2139. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.i2139>
10. Braga CS, Cunha KCS, Pereira QVC, Peixoto EM. Eventos adversos relacionados à assistência à saúde no Brasil: Estudo ecológico no período 2014–2018. *Res Soc Dev*. 2021;10(5): e23710514956. doi: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i5.14956>
11. Berwick DM, Kelley E, Kruk ME, Nishtar S, Pate MA. Three global health-care quality reports in 2018. *Lancet*. 2018;392(10143):194–5. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31430-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31430-2)
12. Hang AT, Faria BG, Ribeiro ACR, Valadares GV. Desafios à segurança do paciente na terapia intensiva: uma teoria fundamentada. *Acta Paul Enferm*. 2023;36:eAPE03221. doi: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023A003221>
13. Gabriel CS. 10 years of the National Patient Safety Program: progress, obstacles and Nursing protagonism [editorial]. *Rev Gaúcha Enferm*. 2023;44:e20230194. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2023.20230194.en>
14. Institute for Healthcare Improvement [Internet]. How to improve: model for improvement. 2024 [cited 2024 Mar 1]. Available from: <https://www.ihl.org/resources/how-to-improve>
15. Nunes MBM, Teixeira TCA, Gabriel CS, Gimenes FRE. Impact of plan-do-study-act cycles on the reduction of errors related to vaccine administration. *Texto Contexto Enferm*. 2021;30:e20200225. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0225>
16. Valasek AE, Gallup J, Wheeler TA, Valleru J. Decreasing radiograph errors in pediatric sports medicine clinic. *Pediatr Qual Saf*. 2018;3(4):e089. doi: <https://doi.org/10.1097/pq9.000000000000089>
17. Zafar MA, Panos RJ, Ko J, Otten LC, Gentene A, Guido M, et al. Reliable adherence to a COPD care bundle mitigates system-level failures and reduces COPD readmissions: a system redesign using improvement science. *BMJ Qual Saf*. 2017;26(11):908–18. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2017-006529>
18. Thomas W, Nolan CLN. *Modelo de melhoria: uma abordagem prática para melhorar o desempenho organizacional*. Campinas: Mercado de Letras; 2011.
19. Portela MC, Lima SML, Martins M, Travassos C. *Ciência da melhoria do cuidado de saúde: bases conceituais e teóricas para a sua aplicação na melhoria do cuidado de saúde*. Cad Saúde Pública. 2016;32:e00105815.

20. Programa de Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pública*. agosto de 2011;45(Suppl 2):808-11. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00105815>
21. Ogrinc G, Davies L, Goodman D, Batalden P, Davidoff F, Stevens D. SQUIRE 2.0 (Standards for QUality Improvement Reporting Excellence): revised publication guidelines from a detailed consensus process. *BMJ Qual Saf*. 2016;25(12):986-92. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004411>
22. Reed JE, Card AJ. The problem with plan-do-study-act cycles. *BMJ Qual Saf*. 2016;25(3):147-52. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-005076>
23. Melo CM, Bueno ALG, Rossetto TL, Almeida BG, Moretto LB, Diniz MBC. Pressure Injury in Intensive Care Unit: prevalence and associated factors in patients with COVID-19. *Rev Gaúcha Enferm*. 2023;44:e20210345. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2023.20210345.en>
24. Assis SF, Vieira DFVB, Sousa FREG, Pinheiro CEO, Prado PR. Adverse events in critically ill patients: a cross-sectional study. *Rev Esc Enferm USP*. 2022;56:e20210481. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0481en>
25. Afzali Borojeny L, Albatineh AN, Hasanpour Dehkordi A, Ghanei Gheshlagh R. The incidence of pressure ulcers and its associations in different wards of the hospital: a systematic review and meta-analysis. *Int J Prev Med*. 2020;11:171. https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM_182_19
26. Salari N, Darvishi N, Ahmadianpanah M, Shohaimi S, Mohammadi M. Global prevalence of falls in the older adults: a comprehensive systematic review and meta-analysis. *J Orthop Surg*. 2022;17(1):334. doi: <https://doi.org/10.1186/s13018-022-03222-1>
27. Moura MES, Maria RC, Silva MCS, Silva MM. Gestão de riscos dos eventos adversos em uma maternidade. *Rev Gaúcha Enferm*. 2022;43:e20210255. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210255.pt>
28. Contreiro KS, Jantsch LB, Arrué AM, Oliveira DC, Bandeira D. Adhesion to the hand hygienization of health professionals in a neonatal intensive care unit. *J Contemp Nurs*. 2021;10(1):25-32. doi: <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v10i1.3094>
29. Oliveira AC, Lucas TC, Iquiapaza RA. What has the covid-19 pandemic taught us about adopting preventive measures? *Texto Contexto Enferm*. 2020;e20200106. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0106>
30. Araruna GBA. Erros de dispensação de medicamentos em uma unidade de terapia intensiva adulto de um hospital universitário [trabalho de conclusão de curso]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2022 [citado 2024 mar 1]. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/51445>
31. Moreira LR, Matsunaga PAS, Galete J, Moreira RS, Lima LYR, Barbosa SRM, et al. Erros de dispensação de medicamentos e intervenções farmacêuticas relacionadas. *Braz J Dev*. 2020;6(12):100887-900. doi: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n12-543>
32. Healey A, Søfteland E, Harthug S, Haaverstad R, Mahesparan R, Hjallen BM, et al. A health economic evaluation of the world health organization surgical safety checklist: a single center assessment. *Ann Surg*. 2022;275(4):679-84. doi: <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000004300>
33. Moore MR, Mitchell SJ, Weller JM, Cumin D, Cheeseman JF, Devcich DA, et al. A retrospective audit of postoperative days alive and out of hospital, including before and after implementation of the WHO surgical safety checklist. *Anaesthesia*. 2022;77(2):185-95. doi: <https://doi.org/10.1111/anae.15554>

■ Agradecimentos:

Os dados apresentados foram obtidos em parceria com o Ministério da Saúde do Brasil, por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS). Deste modo, agradecemos à área técnica da Secretaria de Atenção Especializada do Ministério da Saúde pelo suporte e acompanhamento prestados.

Expressamos nossa gratidão aos hospitais que participaram do projeto Paciente Seguro, bem como a todas as profissionais que integraram a equipe de trabalho do Hospital Moinhos de Vento. O comprometimento e dedicação de cada indivíduo envolvido foram essenciais para o sucesso desta iniciativa.

Um agradecimento especial é direcionado à Vania Rohsig pelo apoio e incentivo ao projeto. Sua colaboração foi fundamental para a execução desta importante iniciativa em prol da segurança e qualidade no cuidado com os pacientes.

■ Financiamento:

Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS).

■ Contribuição de autoria:

Administração de projeto: Daniela Cristina dos Santos, Vanessa Monteiro Mantovani.

Análise formal: Marina Gassen, Veronica Alacarini Farina.

Aquisição de financiamento: Daniela Cristina dos Santos.

Conceituação: Daniela Cristina dos Santos, Vanessa Monteiro Mantovani.

Curadoria de dados: Daniela Cristina dos Santos.

Escrita – rascunho original: Daniela de Souza Bernardes, Vanessa Monteiro Mantovani, Marina Gassen, Fernanda Boaz Lima Jacques, Veronica Alacarini Farina, Daiane Maria Fonseca de Lima.

Escrita – revisão e edição: Daniela de Souza Bernardes, Vanessa Monteiro Mantovani, Marina Gassen, Veronica Alacarini Farina.

Investigação: Daniela de Souza Bernardes, Vanessa Monteiro Mantovani, Marina Gassen, Fernanda Boaz Lima Jacques, Veronica Alacarini Farina, Daiane Maria Fonseca de Lima.

Metodologia: Daniela Cristina dos Santos, Daniela de Souza Bernardes, Vanessa Monteiro Mantovani, Marina Gassen, Veronica Alacarini Farina.

Supervisão: Daniela Cristina dos Santos, Vanessa Monteiro Mantovani.

Validação: Daniela Cristina dos Santos, Vanessa Monteiro Mantovani.

Visualização: Daniela Cristina dos Santos, Vanessa Monteiro Mantovani, Marina Gassen, Fernanda Boaz Lima Jacques, Veronica Alacarini Farina, Daiane Maria Fonseca de Lima.

Os autores declaram que não existe nenhum conflito de interesses.

■ Autor correspondente:

Vanessa Monteiro Mantovani

E-mail: vanessammantovani@gmail.com

Recebido: 11.01.2024

Aprovado: 05.04.2024

Editor associado:

Gabriella de Andrade Boska

Editor-chefe:

João Lucas Campos de Oliveira