

Segurança do paciente no cuidado hospitalar: uma revisão sobre a perspectiva do paciente

Patient safety in hospital care: a review of the
patient's perspective

Seguridad del paciente en el cuidado hospitalario:
una revisión sobre la perspectiva del paciente

Vanessa Cristina Felipe Lopes Villar ^{1,2}
Sabrina da Costa Machado Duarte ³
Mônica Martins ²

doi: 10.1590/0102-311X00223019

Resumo

O objetivo foi revisar a literatura sobre os incidentes, eventos adversos e seus fatores contribuintes no cuidado hospitalar, descritos segundo a perspectiva do paciente. Foi realizada revisão em artigos publicados nas bases MEDLINE, Scopus e LILACS entre os anos de 2008 e 2019. Dentre 2.686 estudos inicialmente levantados, 167 foram pré-selecionados para leitura, 24 selecionados e categorizados de acordo com a análise temática de conteúdo. Na síntese das informações extraídas dos 24 artigos emergiram quatro categorias: terminologia usada para definir incidentes e eventos adversos, destacando-se diferentes nomenclaturas como erro e erro médico; incidentes e eventos adversos identificados pelos pacientes, familiares e cuidadores relacionados ao processo de medicação, cirurgia, infecções relacionadas à assistência à saúde, quedas e lesão por pressão; percepção do paciente quanto os fatores contribuintes para o cuidado inseguro, destacando-se problemas relacionados à comunicação, higienização das mãos e identificação do paciente; sugestões dos pacientes para prevenir a ocorrência de incidentes e eventos adversos, incluindo treinamento de profissionais, elaboração de listas de verificação, escuta do paciente e adequação do ambiente. Pacientes foram capazes de identificar incidentes, eventos adversos e fatores contribuintes na prática do cuidado, que aliados às informações oriundas dos profissionais de saúde podem potencialmente contribuir para a prestação do cuidado em saúde mais seguro.

Segurança do Paciente; Assistência Centrada ao Paciente; Preferência do Paciente; Participação do Paciente

Correspondência

V. C. F. L. Villar
Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, Fundação
Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.
Av. Brasil 4365, Rio de Janeiro, RJ 21040-360, Brasil.
vanessalopesvillar@gmail.com

¹ Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, Fundação
Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

² Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação
Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

³ Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do
Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.



Introdução

A preocupação com a segurança do paciente propagou-se mundialmente no início dos anos 2000 com a publicação do relatório *To Err is Human: Building a Safer Health System*, desenvolvido pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos ¹. Duas décadas depois dessa publicação, apesar dos avanços, surgiram novos desafios e prioridades, como erros de diagnóstico e segurança dos pacientes não hospitalizados ². Ao longo desse período, a busca pelo engajamento e o aprendizado advindo dos relatos de eventos adversos fornecidos pelos pacientes estiveram presentes ^{2,3}.

Nessa perspectiva, o programa *Patients for Patient Safety* da Organização Mundial da Saúde (OMS), desde 2013, visa a fomentar a incorporação da experiência do paciente, da família e da comunidade em todos os níveis do cuidado em saúde, buscando seu envolvimento e empoderamento. O alvo desse Programa, em última instância, é defender e apoiar os pacientes para se apropriarem do próprio cuidado; dar voz aos pacientes e às pessoas à frente do cuidado de saúde, promover parcerias entre pacientes, familiares, comunidade, profissionais de saúde, formuladores de políticas e academia ⁴.

No Brasil, em consonância com as iniciativas internacionais na área de segurança do paciente, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) deu destaque à participação do paciente em um dos quatro eixos fundamentais, enfatizando a importância da humanização, da comunicação efetiva e de se enxergar o paciente como uma importante barreira para a ocorrência de incidentes e eventos adversos ⁵. Na literatura sobre segurança do paciente, incidentes são definidos como eventos ou circunstâncias que poderiam ter resultado, ou resultaram, em dano desnecessário ao paciente, já os eventos adversos são incidentes que resultam em dano para o paciente, causando aumento do tempo de permanência hospitalar ou incapacidade ⁵. Em suma, representam resultados indesejáveis durante a prestação do cuidado decorrentes de uma gama de fatores contribuintes, definidos como circunstâncias, ações ou omissões, que desempenham papel primordial na origem, desenvolvimento ou aumento do risco de um incidente ^{5,6}.

Partindo-se da premissa de que pacientes e familiares identificam incidentes e eventos adversos não detectados pelos profissionais, enfatiza-se que os incidentes selecionados pelos profissionais são aqueles com impacto mais imediato e visível no contexto clínico. Considerando que as experiências no cuidado percebidas pelos pacientes ocorrem em diferentes situações clínicas ao longo dos anos, estas muitas vezes podem ser invisíveis para a maioria dos profissionais, não apenas porque estes relutam em reconhecer, mas também pela falta de informação disponível ⁷.

Pacientes são capazes e estão dispostos a relatar, sem constrangimento ou prejuízo, incidentes e os fatores contribuintes, fornecendo informações novas e valiosas sobre o tipo e frequência dessas ocorrências, não necessariamente duplicadas nos registros dos profissionais de saúde e sistemas de notificação de incidentes ⁶. Mesmo quando o relato dos pacientes sobre problemas na segurança do cuidado se sobrepõe ao percebido pelos profissionais de saúde, estes podem contar algo além, ampliando a compreensão sobre a magnitude e fatores contribuintes para a ocorrência destes problemas ⁸. Dessa forma, os relatos dos pacientes representam uma perspectiva distinta sobre segurança do cuidado hospitalar, e a experiência dos pacientes, em geral, não capturada pelos sistemas de informações, pode servir de base para a melhoria da qualidade do cuidado em saúde e tomada de decisão compartilhada.

As questões relacionadas à segurança do cuidado identificadas pelos pacientes abarcam um amplo espectro de problemas, como erros de medicação, comunicação e coordenação do cuidado, infecções, atrasos no diagnóstico e no tratamento, falhas na coleta de sangue, procedimentos no paciente errado ou local errado do corpo e mau funcionamento de equipamentos ^{9,10}. Portanto, a análise de incidentes identificados pelos pacientes, assim como os notificados pelos profissionais, pode contribuir para um panorama mais completo de questões de segurança ⁷. Nessa perspectiva, conhecer a visão do paciente e seus familiares vem sendo prioridade, inclusive para ajudar a construir processos de cuidado centrados no paciente e melhoria do desempenho das equipes clínicas e das organizações ¹¹.

Conceitualmente, os termos empoderamento, engajamento, experiência e participação dos pacientes têm sido empregados e ancoram estratégias e iniciativas que visam ao aprendizado organizacional e à melhoria da qualidade do cuidado nos serviços de saúde, em particular a segurança do paciente ¹². Esse debate, em curso em diversos países ^{10,11,13}, é menos explorado e consolidado em países em desenvolvimento como o Brasil.

Reconhecendo a importância da perspectiva do paciente e seus familiares na segurança do paciente, e a incipiência da temática no contexto nacional, o objetivo do presente estudo é revisar a literatura sobre os incidentes, eventos adversos e seus fatores contribuintes no cuidado hospitalar, descritos segundo a perspectiva do paciente.

Método

Tipo de estudo

É uma revisão narrativa da literatura com busca sistemática. A questão norteadora do estudo foi: “Quais são os incidentes, eventos adversos e fatores contribuintes identificados pelos pacientes, seus familiares e cuidadores na prática do cuidado hospitalar?”.

Busca e seleção

Para a busca dos artigos foram escolhidas as seguintes fontes de informação: MEDLINE via PubMed, Scopus via Portal de Periódicos da Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e LILACS via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A escolha dessas bases deve-se à ampla cobertura de estudos na área da saúde em níveis nacional e internacional, com acesso público ou disponível por meio de biblioteca.

Os termos de busca foram selecionados após a leitura exploratória do tema. Na consulta ao *Medical Subject Headings Terms* (MeSH) da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos (NLM) foram encontrados os seguintes termos: *patient safety*; *patient-centered care*; *patient participation*; *risk management* e *consumer participation*. Por sua vez, constavam como descritores na área das Ciências da Saúde do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde – Bireme (DeCS – Descritores em Ciências da Saúde) os termos: *segurança do paciente (patient safety)*; *perspectiva do paciente (patient preference)*; *cuidado centrado no paciente (patient-centered care)*; e *participação do paciente (patient participation)*. Após o teste nas bases bibliográficas foram utilizados os seguintes termos: *segurança do paciente (patient safety)*; *notificações de pacientes (patient reports)*; *perspectiva do paciente (patient perspective)*; *cuidado centrado no paciente (patient-centered care)*; *engajamento do paciente (patient engagement)*; *participação do paciente (patient participation)*; *experiência do paciente (patient experience)*; *notificações da experiência do paciente (patient reporting experience)*; e *notificações de incidentes (reporting incidents)*. A combinação desses termos integrou as estratégias de busca descritas na Tabela 1. A coleta de dados ocorreu nos meses de junho a agosto de 2019, sendo atualizada em março de 2020. O software Zotero Standards One (<https://www.zotero.org/>) foi usado no gerenciamento das referências, eliminação das duplicatas e organização dos artigos.

Critérios de elegibilidade

Os critérios de inclusão dos artigos foram: foco sobre segurança do paciente na perspectiva do paciente; ocorrência de incidentes e/ou eventos adversos e fatores contribuintes na perspectiva do paciente; estudo empírico quantitativo ou qualitativo baseado no cuidado hospitalar, durante a internação ou após a alta hospitalar, de pacientes adultos (maiores de 18 anos); fonte de informação advinda do próprio paciente ou de seus familiares e cuidadores.

Os critérios de exclusão dos estudos foram: os que abordavam a perspectiva dos profissionais e estudantes; segurança do paciente especificamente no uso de medicamentos; segurança do paciente no tratamento de doenças específicas como câncer, diabetes, doenças pulmonares, ortopédicas, doenças do aparelho circulatório, digestivo, renal, entre outras; cuidado obstétrico ou realizado em maternidades; cuidado prestado na atenção básica; cuidado em pediatria e neonatologia; saúde mental; uso diagnóstico e terapêutico de aparelhos que emitem radiações ionizantes; nos laboratórios; em odontologia; cuidado domiciliar e estudos que abordavam especificamente a satisfação do paciente. Outros estudos não classificados nas categorias citadas, mas que não estavam relacionados ao objeto de pesquisa como, por exemplo, referentes à violência, saúde ambiental e vigilância sanitária, também

Tabela 1

Estratégias de busca utilizadas nas bases bibliográficas, 2020.

Bases	Termos utilizados	Publicações (n)
LILACS via BVS	tw:(tw:(("patient safety" OR "seguranca do paciente") AND (tw:(("risk management" OR "Consumer participation" OR "patient participation" OR "seguranca do paciente" OR "reporting incidents" OR "Patient reports" OR "patient perspective" OR "patient-centered care" OR "patient engagement" OR "patient participation" OR "patient experience" OR "patient reporting experience")))) AND (fulltext:(("1" AND db:(("LILACS")) AND limit:(("humans" OR "female" OR "male" OR "adult" OR "aged") AND la:(("pt" OR "en" OR "es") AND year_cluster: ("2016" OR "2015" OR "2018" OR "2017" OR "2014" OR "2019" OR "2013" OR "2012" OR "2010" OR "2011" OR "2009" OR "2008"))))	739
MEDLINE via PubMed	((("patient safety"[Title/Abstract] OR "patient safety"[MeSH Terms]) AND (((("risk management"[MeSH Terms] OR "consumer participation"[Title/Abstract] OR "patient participation"[MeSH Terms] OR "patient participation"[Title/Abstract] OR "reporting incidents"[Title/Abstract] OR (((("patient reports"[Title/Abstract] OR "patient centered care"[Title/Abstract] OR "patient perspective"[Title/Abstract] OR "patient participation"[MeSH Terms] OR "patient experience"[Title/Abstract] OR "patient reporting improvement"[Title/Abstract] OR "safety management"[Title/Abstract])) AND ("loattrfree full text"[sb] AND "loattrfull text"[sb]) AND ("2008/01/01"[PDAT]: "2019/12/31"[PDAT]) AND "humans"[MeSH Terms])	1.554
Scopus	(TITLE ("patient safety") AND TITLE-ABS-KEY ((("risk management" OR "Consumer participation" OR "patient participation" OR "reporting incidents" OR "Patient reports" OR "patient perspective" OR "patient-centered care" OR "patient engagement" OR "patient participation")) OR TITLE-ABS-KEY ((("patient experience" OR "patient reporting experience")) AND (LIMIT-TO (DOCTYPE, "ar") OR LIMIT-TO (DOCTYPE, "ch") OR LIMIT-TO (DOCTYPE, "sh") OR LIMIT-TO (DOCTYPE, "bk")) AND (LIMIT-TO (PUBYEAR, 2019) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2018) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2017) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2016) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2015) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2014) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2013) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2012) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2011) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2010) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2009) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2008)) AND (LIMIT-TO (LANGUAGE, "English") OR LIMIT-TO (LANGUAGE, "Spanish") OR LIMIT-TO (LANGUAGE, "Portuguese"))	512

Fonte: elaboração própria.

foram excluídos. Ademais, foram excluídos artigos de revisão, opinião, editoriais, cartas, entrevistas, livros e capítulos de livro, teses, monografias, dissertações e trabalhos de conclusão de curso, e a literatura cinzenta. Portanto, privilegiou-se artigos resultantes de estudos empíricos com abordagens metodológicas diversas, publicados em periódicos científicos e submetidos à avaliação por pares. Complementarmente a essa etapa, procedeu-se à leitura de títulos e resumos de cada estudo contido nas referências bibliográficas dos 24 trabalhos selecionados. Nessa etapa, foram selecionados 16 artigos para leitura completa e após a aplicação dos critérios de exclusão foram incluídos 5 artigos.

Identificação dos estudos, seleção e extração de dados

Foram selecionados estudos com texto completo, disponibilizados e acessados por meio de biblioteca, nos idiomas inglês, espanhol e português, independentemente das abordagens metodológicas (quantitativa ou qualitativa) e desenhos de estudo (incluindo delineamento experimental, observacional, semiexperimental, correlacional, entre outros), publicados no período de janeiro 2008 a dezembro 2019. Justifica-se o recorte temporal pela importância do programa *Patients for Patient Safety* 4, estabelecido pela OMS em 2013, para a ampliação da discussão sobre o tema no cenário internacional; deste modo, elegeu-se como recorte temporal para esta revisão o período de 2008 a 2019, ou seja, 5 anos antes e 5 anos após o lançamento do referido programa, a fim de captar publicações que retratassem tanto insumos que balizaram o programa como aqueles que apresentassem resultados ou desdobramentos deste.

Os artigos selecionados foram organizados em um quadro sinóptico contendo as seguintes variáveis: autores; ano de publicação; local/país do estudo; delineamento do estudo; objetivos; principais resultados. Também foi considerada a terminologia usada para definir incidentes e eventos adversos.

Foi realizada síntese narrativa das informações coletadas de cada artigo, apresentadas em categorias agrupadas segundo análise temática de conteúdo, sendo: (i) terminologia usada para definir incidentes e eventos adversos; (ii) incidentes e eventos adversos identificados pelos pacientes, seus familiares e cuidadores; (iii) percepção do paciente quanto aos fatores contribuintes para o cuidado inseguro; e (iv) sugestões dos pacientes para prevenir a ocorrência de incidentes e eventos adversos. A operacionalização da primeira categoria foi baseada na Classificação Internacional de Segurança do Paciente (ICPS) ⁶, cujos conceitos centrais são: circunstância notificável, *near miss*, incidentes e eventos adversos. A segunda e terceira categorias buscaram considerar as seis metas internacionais de segurança do paciente da OMS, adotadas no Brasil: (1) identificação correta dos pacientes; (2) comunicação efetiva; (3) melhorar a segurança dos medicamentos de alta vigilância; (4) cirurgia segura; (5) reduzir os riscos de infecções associadas aos cuidados à saúde; (6) reduzir os riscos de lesões ao paciente decorrentes das quedas ¹⁴. A quarta categoria emergiu da necessidade de aprendizado organizacional advindo da perspectiva dos pacientes e familiares em prol de um cuidado mais seguro.

Os artigos selecionados foram lidos na íntegra e os conteúdos relacionados a essas categorias temáticas extraídos. Foram descritos os métodos e resultados, sendo estes destacados, analisados e interpretados à luz da literatura teórica e conceitual da área de qualidade do cuidado e segurança do paciente. Confirmou-se a relevância das categorias previamente definidas, estas foram reforçadas na leitura e mantidas. Alguns estudos englobavam mais de uma categoria.

Resultados

Inicialmente, foram identificados 2.805 trabalhos e após a remoção das duplicatas restaram 2.686. Depois da leitura de títulos, resumos e palavras-chave foram excluídos 2.519 estudos; 42,8% foram excluídos por tratarem da segurança do paciente na perspectiva dos profissionais, 18,5% não eram relacionados ao objeto e 7,7% trataram da segurança do paciente no uso de medicamentos (Tabela 2).

Depois dessa etapa, seguindo a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 172 artigos. Ao fim desse processo, foram selecionados 29 artigos considerando-se a questão de norteadora (Figura 1).

Dentre as 29 publicações selecionadas, 17,2% foram publicadas nos anos de 2018 e 2016, 13,7% nos anos de 2015 e 2008, 10,3% em 2013 e 6,8% em 2017 e 2012. Nos demais anos foi identificada somente uma publicação e nenhuma em 2010. O Canadá foi o país com o maior número de trabalhos (20,6%), seguido por Inglaterra (17,2%) e Estados Unidos (13,7%). Majoritariamente os artigos foram publicados em inglês, totalizando 79,3% dos estudos (Quadro 1).

Quanto ao delineamento dos estudos, observou-se que a maior parte deles (37,9%) utilizou métodos mistos ^{15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25} e a mesma proporção (31%) adotou abordagens qualitativa ^{26,27,28,29,30,31,32,33,34} e quantitativa ^{19,35,36,37,38,39,40,41}. Houve variação no tipo e tamanho amostral, expressando delineamento quantitativo e/ou qualitativo, e um estudo quantitativo incluiu 25.098 participantes ¹⁹, outro qualitativo se deteve em 11 pacientes ³⁰.

A maior parte dos trabalhos foi realizada com pacientes após alta hospitalar ^{16,19,21,23,24,25,26,29,33,38,41,42,43} e internados ^{15,18,20,22,27,31,32,36,37,39,40}. Três estudos usaram sistemas de notificação de incidentes e eventos adversos voltados para os pacientes ^{17,28,35}. Em dois estudos ^{30,34} não foi informado o momento da coleta de dados.

O estudo que captou a maior proporção de pacientes com preocupações ou relatos de incidentes e eventos adversos na prestação do cuidado foi desenvolvido nos Estados Unidos e identificou 65,8% de ocorrência nos casos amostrados ²⁸. O trabalho que apresentou a menor proporção também foi realizado no mesmo país e encontrou 4,3% de relatos de algum tipo de incidente ¹⁹.

Terminologia usada para definir incidentes e eventos adversos

Considerando-se a ICPS ⁶ foram identificadas diferentes terminologias e conceitos para abordar os problemas de segurança do paciente, tais como: circunstância notificável, *near miss*, incidentes e eventos adversos (Quadro 2).

Tabela 2

Motivos de exclusão dos estudos, 2020.

Motivos	n
Monografia	1
Trabalho de conclusão de curso	1
Tese	1
Entrevista	3
Estudos sobre satisfação do paciente	5
Estudos não disponíveis em acesso gratuito ou por biblioteca	5
Carta	6
Dissertação	7
Segurança do paciente e tratamento no domicílio (<i>homecare</i>)	7
Livros	8
Segurança do paciente na odontologia	8
Estudos em outros idiomas	11
Segurança do paciente na perspectiva dos estudantes	11
Segurança do paciente nos laboratórios	11
Segurança do paciente no uso de dispositivos médicos	12
Artigo de opinião	15
Ensino de segurança do paciente	15
Segurança do paciente e saúde mental	15
Segurança do paciente nas maternidades e cuidados obstétricos	16
Segurança do paciente no uso de aparelhos que emitem radiações ionizantes	19
Resumo não disponível	22
Editorial	26
Ensaio clínico	49
Estudos sobre atenção primária	83
Estudos relacionados à pediatria e neonatologia	127
Revisões	147
Segurança do paciente no tratamento de patologias específicas (câncer, diabetes, ortopedia, do aparelho circulatório...)	149
Segurança do paciente no processo de medicamentos	195
Não relacionado ao objeto	467
Segurança do paciente na perspectiva dos profissionais	1.077
Total	2.519

Fonte: elaboração própria.

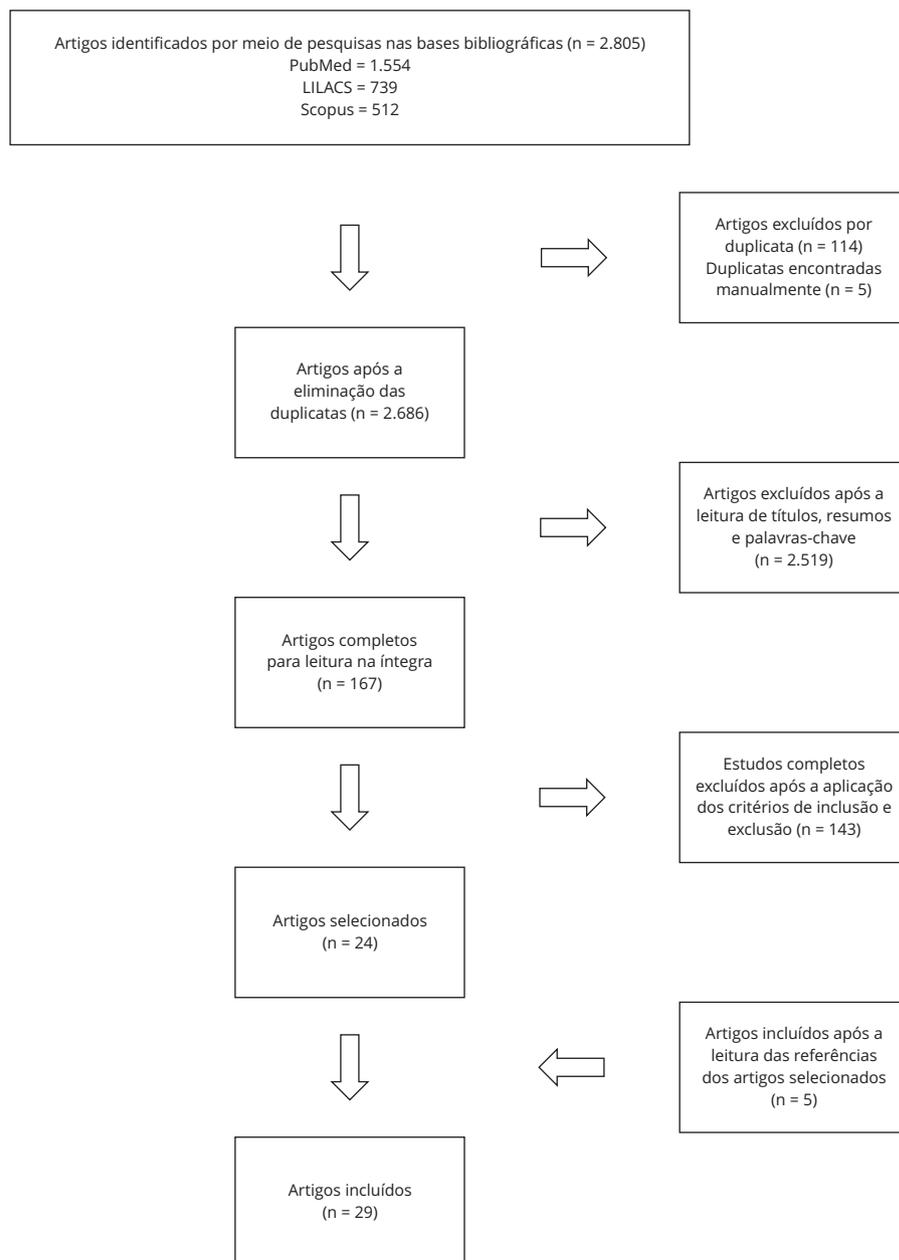
Também foram identificadas outras terminologias nos estudos selecionados, dentre elas: erro^{31,35,37}; erro médico^{17,23,25,28,29,34,38,40,41,42}, entendido como erro de qualquer profissional de saúde; erro diagnóstico^{28,36}; erro clínico^{36,37,41}; erro com dano e erro com lesão¹⁷; e erro de medicação²⁶. Dois estudos empregaram o termo situação insegura^{22,39} e preocupações de segurança relacionadas pelos pacientes^{17,20}. Ademais, também surgiram os termos preocupações com segurança²⁰, eventos catastróficos³³, desfechos adversos²¹ e situações inseguras³⁹.

Incidentes e eventos adversos identificados pelos pacientes

Dentre os incidentes e eventos adversos reportados pelos pacientes destacaram-se os problemas relacionados ao processo de medicamentos^{16,17,18,19,20,21,23,25,26,27,28,29,35,36,37,38,39,40,41,42,43}. A troca de medicamentos foi a principal preocupação referida em seis estudos^{18,19,27,38,39,40}, ao passo que as reações alérgicas a medicamentos foram abordadas em outros cinco^{18,19,28,36,37}. Foi possível identificar

Figura 1

Fluxograma de seleção dos estudos para revisão de literatura, 2020.



Fonte: elaboração própria.

erros e incidentes na administração; prescrição e dispensação ³⁵, como prescrição de medicamento ao qual o paciente era alérgico e fornecimento de medicamento não prescrito ²³; administração de dose errada e hemorragia após a administração de anticoagulante ¹⁸; medicamento errado ou desconhecimento por parte do paciente de quais medicamentos deveriam ter sido administrados e possíveis efeitos adversos ^{16,23,39,40,43}; e sobre o conhecimento dos pacientes acerca dos medicamentos em uso ^{18,26}.

Quadro 1

Características dos estudos selecionados, 2020.

Estudo (ano)	Local	Delineamento do estudo	Objetivos	Principais resultados
Heavey et al. ²⁶ (2019)	Inglaterra	Qualitativo; n = 28 entrevistas narrativas com pacientes após alta hospitalar.	Explorar as atribuições de responsabilidade dos pacientes com sua segurança em contextos clínicos.	Como atribuições de responsabilidade dos pacientes foram citadas experiência pessoal e dever de autocuidado. Foram mencionados erros de medicação nos relatos dos pacientes.
Armitage et al. ²⁷ (2018)	Inglaterra	Qualitativo; entrevistas n = 329 pacientes internados.	Comparar os resultados de nova ferramenta para captar relatos de incidentes com três outros métodos de detecção de incidentes de segurança do paciente existentes e identificar concordância entre métodos estudados.	77 forneceram 155 preocupações de segurança do paciente. Incidentes reportados foram relacionados ao cuidado geral (40%); prestação de cuidados (25%); comunicação (16%); medicação (15%) e múltiplas questões (4%).
Giardina et al. ²⁸ (2018)	Estados Unidos	Qualitativo; n = 465 registros de pacientes e familiares.	Analisar a base de dados onde pacientes e familiares reportaram erros e explorar fatores que contribuem para erros diagnósticos.	75,8% dos registros apontaram que o paciente sofreu pelo menos um evento adverso. O erro mais frequente reportado pelos pacientes foi o erro diagnóstico (79,9%), seguido por eventos adversos relacionados ao processo de medicamentos (56%), erro relacionado à cirurgia ou procedimento (54,3%) e infecção adquirida no hospital (46,2%). Os pacientes poderiam selecionar mais de uma categoria.
Hagensen et al. ²⁹ (2018)	Noruega	Qualitativo; n = 15 entrevistas a pacientes.	O objetivo do estudo foi apresentar as perspectivas dos pacientes sobre a ocorrência, divulgação e resposta das organizações de saúde a eventos adversos.	A análise revelou três tópicos principais a respeito das experiências dos pacientes com eventos adversos: 1 - ignorar preocupações ou sinais de complicações dos pacientes; 2 - falta de responsabilidade e correção do erro; e 3 - falta de apoio, lealdade e oportunidades de aprendizagem.
Jerng et al. ¹⁵ (2018)	Taiwan	Métodos mistos; n = 343 queixas de pacientes internados em unidades de tratamento intensivo (UTI) e n = 686 reclamações de enfermarias de cuidado geral.	Analisar e comparar as queixas de saúde nas UTIs e enfermarias gerais de um centro médico de ensino universitário para entender os tipos de queixas, e investigar os fatores associados à gravidade dos problemas levantados pelas queixas.	Foram identificadas 1.259 queixas, 441 em UTI e 818 em enfermarias, categorizadas em: respeito e direitos dos pacientes (16% e 18,1%), respectivamente; comunicação (6,3% e 3,2%); escuta (12,2% e 18,5%); processos institucionais (4,1% e 11,4%); ambiente (40,8% e 33,3%); segurança (4,3% e 2,7%); e qualidade (15,4% e 13%).
Sahlström et al. ³⁵ (2018)	Finlândia	Quantitativo; n = 656 registros eletrônicos.	Analisar incidentes de segurança dos pacientes reportados por eles, e seu uso nas organizações de saúde finlandesas.	Foram identificados incidentes relacionados ao fluxo de informação ou gerenciamento (32,6); medicação (18%); diagnóstico (7,5%); procedimento operativo (6%); dano (5,5%); assepsia/higiene (2,6%) procedimentos invasivos (1,6%).

(continua)

Quadro 1 (continuação)

Estudo (ano)	Local	Delineamento do estudo	Objetivos	Principais resultados
Walton et al. ¹⁶ (2017)	Austrália	Métodos mistos; n = 7.661 inquiridos com pacientes após alta hospitalar e análise de base de dados de pacientes internados.	Investigar a experiência dos pacientes que sofreram eventos adversos em hospitais.	Dentre os respondentes, 474 (7%) reportaram ter sofrido algum tipo de evento adverso.
Weingart et al. ¹⁷ (2017)	Estados Unidos	Métodos mistos; n = 37, notificação por telefone e Internet de pacientes, familiares e cuidadores.	Desenvolver e testar um protótipo piloto de sistemas de notificações para segurança do paciente, o Health Care Safety Hotline.	Dos 37 relatos, 20 foram considerados erros sem dano e 15 erros com dano. A maior parte dos problemas reportados foi relacionada a diagnóstico ou aconselhamento de um profissional de saúde. Também foram descritos atrasos em operações, exame superficial, profissionais inadequados e erros de medicamentos. Fatores contribuintes reportados incluem problemas com comunicação, coordenação do cuidado, acesso e capacidade de resposta dos profissionais.
Bezerra et al. ¹⁸ (2016)	Brasil	Métodos mistos (estudo descritivo e transversal); n = 80 entrevistas a pacientes internados clínica cirúrgica.	Identificar a ocorrência de incidentes percebidos pelos pacientes durante internação, analisar a opinião dos usuários sobre a ocorrência de incidentes e classificar os incidentes percebidos quanto ao tipo, causas e consequências.	Dos entrevistados, 17 (17,5%) relataram ter percebido algum incidente. Desses, a maior parte foi relacionada ao processo de medicamentos (78,5%).
Kemp et al. ¹⁹ (2016)	Canadá	Quantitativo (inquérito por telefone); n = 25.098 pacientes.	Analisar associação entre indicadores de segurança do paciente e escores de experiência do paciente para determinar o risco ajustado com experiências relatadas por profissionais.	Um total de 1.085 entrevistados, (4,3%) relataram ter tido pelo menos um incidente documentado. Os mais frequentes foram hemorragia (2%); eventos relacionados à obstetrícia (1,5%); à cirurgia (1%) e à infecção (0,8%).
O'Hara et al. ²⁰ (2016)	Inglaterra	Métodos mistos [intervenção complexa, multifacetada (ensaio randomizado controlado em <i>cluster</i>)]; n = 379 pacientes internados.	Explorar a viabilidade de coleta retrospectiva de dados de pacientes sobre segurança do cuidado; explorar a viabilidade e aceitação da intervenção PRASE pelos profissionais e entender mais sobre como os profissionais usam o <i>feedback</i> dos pacientes para a melhoria dos serviços.	Os relatos dos pacientes sobre preocupações de segurança foram: dignidade e respeito; acesso a recursos; comunicação e trabalho em equipe; atrasos; equipamentos; fluxo de informação; organização e planejamento de cuidados; papéis e responsabilidade dos profissionais; treinamento dos profissionais; tipo e <i>layout</i> da enfermaria.
Okoniewska et al. ²¹ (2016)	Canadá	Métodos mistos; n = 1.347 entrevistas telefônicas e após alta hospitalar, e análise de prontuários dos pacientes.	Desenvolver um modelo conceitual para avaliar os resultados de resultados adversos reportados pelos pacientes.	Dos 469 resultados adversos reportados pelos pacientes, 369 foram revisados, sendo 7,9% classificados como eventos adversos.

(continua)

Quadro 1 (continuação)

Estudo (ano)	Local	Delineamento do estudo	Objetivos	Principais resultados
van Melle et al. ²² (2016)	Holanda	Métodos mistos; estudo piloto n = 13 pacientes entrevistados e n = 12 registros avaliados.	Investigar se os incidentes transitórios podem ser identificados com base nos prontuários do hospital para avaliar a concordância entre os registros médicos e as entrevistas com os pacientes.	Foram identificados 28 incidentes transitórios, 57% foram classificados como situação insegura; 25% considerados <i>near miss</i> ; 25% erros que atingiram o paciente, mas não causaram dano; e 18% eventos adversos.
Bishop & Cregan (2015) ³⁰	Canadá	Qualitativo (entrevistas gravadas em vídeo); n = 11 pacientes e familiares.	Determinar o que as histórias de pacientes e familiares podem dizer sobre cultura de segurança do paciente dentro das organizações de cuidados de saúde e como os pacientes percebem a cultura de segurança do paciente.	Três temas emergiram: 1 – falha na continuidade do cuidado; 2 – ausência de diálogo; 3 – a pessoa por trás do paciente.
Gallardo et al. ³⁶ (2015)	Argentina	Quantitativo (descritivo de corte transversal); n = 37 pacientes internados.	Descrever a percepção de segurança dos pacientes quanto aos cuidados de saúde recebidos durante a sua internação.	O erro clínico mais percebido foi infecção (8,5%), seguida de reações alérgicas, erro diagnóstico (2,8%) e confusão com outro paciente (2,8%).
García-Diéguez ³¹ (2015)	Argentina	Qualitativo; n = 28 pacientes internados divididos em 4 grupos focais.	Descrever a percepção dos pacientes sobre a sua segurança durante a internação hospitalar.	Foram definidas dimensões e categorias por meio das opiniões fornecidas pelos participantes: relacionamento entre profissionais de saúde e o paciente; direitos do paciente; qualidade do processo assistencial; vulnerabilidade percebida; eventos adversos e erro.
Meléndez Méndez et al. ³⁷ (2015)	México	Quantitativo (descritivo e transversal); n = 127 pacientes hospitalizados.	Determinar a percepção de segurança que os pacientes têm em relação ao cuidado em saúde; identificar o número de pacientes que relataram ter sofrido um erro; e como o erro foi resolvido durante a sua hospitalização em um serviço de cirurgia de um hospital.	29,9% dos pacientes referiram haver sofrido um erro clínico durante a hospitalização. Os pacientes declararam ter sofrido infecção (7,1%), reação alérgica (4,7%), sido operado uma segunda vez (10,2%), erro diagnóstico (3,2%), confundido com outro paciente (3,1%) e sofreu erro na administração de infecções (1,6%).
Bishop et al. ³⁸ (2014)	Canadá	Quantitativo; n = 217, inquérito com pacientes de alta hospitalar.	Compreender se as percepções de segurança do paciente desempenharam um papel no envolvimento do paciente nas iniciativas voltadas para a sua segurança.	No geral, os entrevistados eram mais propensos a se envolver em práticas reais de segurança do paciente, como compartilhar lista de medicamentos usados com os profissionais (88%) e sempre fazer perguntas aos médicos sobre seu estado de saúde (53,5%) do que em práticas desafiadoras, como perguntar aos profissionais de saúde se lavaram as mãos (7,4%) ou se o paciente pediu para o profissional confirmar sua identidade antes de receber medicação ou tratamento (35%).
Davis et al. ²³ (2013)	Inglaterra	Métodos mistos; n = 80 inquérito com pacientes após alta hospitalar e análise de prontuários.	Investigar os relatos de eventos indesejados no cuidado em saúde de pacientes hospitalizados.	Foram reportados 258 eventos indesejáveis incluindo 136 (52,7%) problemas interpessoais, 90 (34,8%) complicações médicas e 32 (12,4%) problemas no processo de cuidado em saúde.

(continua)

Quadro 1 (continuação)

Estudo (ano)	Local	Delineamento do estudo	Objetivos	Principais resultados
Giles et al. ³² (2013)	Inglaterra	Qualitativo; n = 33 entrevistas a pacientes.	Explorar o quanto pacientes são capazes de fornecer feedback sobre os fatores contribuintes para os incidentes de segurança do paciente. Desenvolver indicadores para cada um dos fatores contribuintes na forma de questionário, testar e validar este questionário com pacientes e profissionais.	Foram identificados pelos pacientes os fatores contribuintes: comunicação; fatores individuais relacionados ao paciente; envolvimento físico; agendamento e gerenciamento de leito; gerenciamento de profissionais; carga de trabalho profissional; dignidade e respeito; treinamento e educação; responsabilidade dos profissionais; equipamentos e suprimentos; supervisão e liderança; fatores relacionados à equipe e apoio de funções centrais.
Howard et al. ³³ (2013)	Austrália	Qualitativo; n = 16 entrevistas com pacientes e seus representantes.	Explorar as ações tomadas por pacientes que foram internados no cuidado agudo de um hospital de Queensland e experimentaram insatisfação com a prestação de serviços.	Os temas que emergiram foram: comunicação inefetiva; tratamento desrespeitoso; padrões inconsistentes de cuidado; percepções de negligência; falta de informação sobre como realizar uma reclamação.
Schwappach et al. ³⁹ (2012)	Suíça	Quantitativo (intervenção quase experimental); n = 218 pacientes internados no grupo de intervenção e 202 no grupo controle.	Investigar os efeitos de aconselhamento de segurança do paciente na percepção de risco, comportamentos de segurança e experiência de incidentes dos pacientes.	No geral, os pacientes reportaram infecção (6%); erro de medicação (5%); e acreditavam que um erro médico havia acontecido no seu cuidado (5%).
Zhang et al. ⁴⁰ (2012)	China	Quantitativo; n = 959 questionários pacientes cirúrgicos.	Investigar o <i>status</i> inicial da conscientização, conhecimento e atitudes dos pacientes em relação à sua segurança e determinar os fatores que influenciam o envolvimento dos pacientes na sua própria segurança.	187 entrevistados (21%) já experimentaram um erro médico; 18% já experimentaram infecções nosocomiais; e 14% dos pacientes sabem sobre os efeitos colaterais dos medicamentos em uso.
Weingart et al. ²⁴ (2011)	Estados Unidos	Métodos mistos; n = 2.025, inquérito por telefone e revisão de prontuários pacientes, familiares e cuidadores.	Compreender em que extensão pacientes hospitalizados participavam de seus cuidados e a associação da participação do paciente com a qualidade do cuidado da sua segurança.	163 pacientes relataram pelo menos um evento adverso durante ou como resultado da hospitalização.
Mira et al. ⁴¹ (2009)	Espanha	Quantitativo; n = 384, inquérito com pacientes pós-alta.	Determinar a percepção de segurança clínica entre pacientes de alta hospitalar.	31 pacientes relataram um possível evento adverso. 5,8% dos casos foram relacionados aos erros de medicação e 6,1% à cirurgia, em 2,3% os dois tipos ocorreram.
Burns ³⁴ (2008)	Canadá	Qualitativo; n = 25 depoimentos de pacientes e familiares.	Promover suas histórias como ferramenta de aprendizado e aumentar a consciência sobre problemas de segurança do paciente.	Complicações ou erros cirúrgicos; erros em tratamentos medicamentosos; problemas com procedimentos; complicações no parto; diagnóstico não realizado e diagnóstico incorreto (misdiagnosis); negligência dos pacientes; triagens erradas na emergência; e infecções hospitalares.

(continua)

Quadro 1 (continuação)

Estudo (ano)	Local	Delineamento do estudo	Objetivos	Principais resultados
Friedman et al. ²⁵ (2008)	Canadá	Métodos mistos; n = 201 entrevistas após alta hospitalar e análise de base de dados institucionais.	Determinar se os pacientes e familiares são capazes de identificar eventos adversos no departamento de emergência, caracterizar os relatos de erros identificados pelos pacientes e comparar relatos dos pacientes com os registro dos profissionais.	Foram identificados 10 (5%) eventos adversos e 8 (4%) <i>near miss</i> . Os eventos adversos foram majoritariamente relacionados a atrasos ou inadequação da analgesia.
Mira et al. ⁴² (2008)	Espanha	Quantitativo; n = 336 inquéritos após alta hospitalar.	Descrever a frequência de erros clínicos do ponto de vista do paciente, sua percepção de segurança e sua relação com as informações recebidas.	Dos entrevistados, 38 (13%) informaram ter sofrido complicações por medicação ou intervenção cirúrgica. Desses, somente 10,5% consideraram que as complicações foram graves.
Weissman et al. ⁴³ (2008)	Estados Unidos	Métodos mistos; n = 998 inquéritos com pacientes após alta hospitalar.	Comparar eventos adversos relatados em entrevista pós-alta com os detectados em prontuários	Dos respondentes, 23% relataram ter sofrido pelo menos 1 evento adverso.

Fonte: elaboração própria.

Quadro 2

Terminologia utilizada nos estudos selecionados para definir incidentes e eventos adversos.

Terminologia	Estudo (ano)	Conceito adotado
Circunstância notificável	Bezerra et al. ¹⁸ (2016)	Circunstância na qual houve potencial significativo para o dano.
<i>Near miss</i>	Sahlström et al. ³⁵ (2018); van Melle et al. ²² (2016); Burns ³⁴ (2008)	Incidente que não atingiu o paciente.
Incidente	Armitage et al. ²⁷ (2018); Jerng et al. ¹⁵ (2018); Hagensen et al. ²⁹ (2018); Sahlström et al. ³⁵ (2018); Walton et al. ¹⁶ (2017); Bezerra et al. ¹⁸ (2016); Kemp et al. ¹⁹ (2016); van Melle et al. ²² (2016); Gallardo et al. ³⁶ (2015); Meléndez Méndez et al. ³⁷ (2015); Bishop et al. ³⁸ (2014); Giles et al. ³² (2013); Schwappach et al. ³⁹ (2012); Weissman et al. ⁴³ (2008)	Incidente que atingiu o paciente, mas não causou dano.
Eventos adversos	Hagensen et al. ²⁹ (2018); Walton et al. ¹⁶ (2017); Bezerra et al. ¹⁸ (2016); Okoniewska, et al. ²¹ (2016); van Melle et al. ²² (2016); Bishop & Cregan ³⁰ (2015); García-Diéguez ³¹ (2015); Davis et al. ²³ (2013); Schwappach et al. ³⁹ (2012); Zhang et al. ⁴⁰ (2012); Weingart et al. ³⁴ (2011); Mira et al. ⁴¹ (2009); Burns ³⁴ (2008); Friedman et al. ²⁵ (2008); Mira et al. ⁴² (2008); Weissman et al. ⁴³ (2008)	Incidente que resulta em dano para o paciente.

Fonte: elaboração própria.

Em um trabalho realizado nos Estados Unidos, 56% dos pacientes relataram ter sofrido eventos adversos a medicamentos ²⁸. No Brasil, incidentes relacionados à administração de medicamentos foram relatados por 78,5% dos pacientes amostrados, como troca de medicamentos, dose errada e reação alérgica ¹⁸. A preocupação com a segurança dos medicamentos também foi mencionada no estudo chinês, no qual apenas 14% dos pacientes consideraram-se conhecedores sobre os possíveis efeitos adversos dos medicamentos usados, 48% deles disseram ter algum conhecimento e 38% informaram nada saber ⁴⁰.

Preocupações com as infecções adquiridas no hospital estiveram presentes em 13 trabalhos ^{16,17,19,21,23,27,28,36,37,38,39,40,43}. Um estudo argentino destacou a infecção relacionada à assistência à saúde (IRAS) como o evento adverso mais frequente, relatada por 8,5% dos pacientes. Por sua vez, um estudo realizado nos Estados Unidos destacou que 184 pacientes experimentaram erros diagnósticos, dos quais 85 (46,2%) também referiram IRAS ²⁸. Apesar das preocupações descritas no estudo realizado na China, 28% dos pacientes não sabiam que poderiam ocorrer infecções no ambiente hospitalar ⁴⁰.

Incidentes relacionados à cirurgia ou procedimentos apareceram como preocupação em 11 estudos ^{17,18,19,21,28,34,35,38,39,41,42}. Dentre os problemas relacionados à cirurgia, reportados pelos pacientes, destacaram-se: presença de corpo estranho, instrumento quebrado no paciente, intervenção em paciente errado, sítio cirúrgico incorreto ^{16,25,34,35}, nova cirurgia não prevista ^{23,37} e danos relacionados a procedimentos ²¹, como dor, formigamento e dormência após punção venosa ^{18,23}, e complicações relacionadas à anestesia e cirurgia ^{19,34,42}.

Os relatos sobre queda emergiram em sete estudos ^{16,18,19,21,23,34,43}. Identificou-se o relato de queda de um paciente ao tentar levantar sem o auxílio da enfermagem, pois não foi atendido após solicitação. Ademais, o acidente foi relatado apenas como queda que resultou em cefaleia intensa, sem avaliação profissional da situação do paciente após o evento adverso ¹⁸. A questão da lesão por pressão apareceu em três estudos realizados com pacientes após alta hospitalar ^{19,23,43}.

Outras questões relacionadas à prestação do cuidado seguro também mencionadas foram os erros diagnósticos ^{15,16,17,21,22,23,25,28,29,34,35,36,37} e atrasos no diagnóstico ^{15,28,29}. Os pacientes relataram diversos tipos de erro diagnóstico, tais como: atrasos no diagnóstico e tratamento (76,1%); diagnóstico incorreto (*misdiagnosis*) do problema de saúde em paciente sintomático (65,2%); exames necessários não solicitados (48,4%); e resultados de exames perdidos, extraviados ou desconsiderados (17,9%) ²⁸. Também foram mencionados a não realização de exames solicitados, repetição de exame por engano, cancelamento de exames e erro nos resultados ²³.

Os relatos dos pacientes também destacaram problemas de maior gravidade como hemorragia, hematomas, dores e fraturas, e complicações no sistema nervoso central, obstétricas, respiratórias, cardíacas, gastrointestinais e endócrinas. Além disso, foram referidos eventos que ameaçaram a vida ou órgãos importantes, danos não procedimentais, eventos adversos relacionados ao controle de fluidos e eventos tromboembólicos venosos ^{17,19,23}.

Percepção do paciente quanto aos fatores contribuintes para o cuidado inseguro

A percepção de segurança pelo paciente pode influenciar o seu engajamento e de seus familiares quanto às práticas seguras ³⁸. Fatores contribuintes relacionados à comunicação, identificação e higienização das mãos emergiram nos relatos dos pacientes, sendo estes relacionados a seis metas de segurança. Além do mais, foram apontados outros fatores relacionados aos profissionais, equipe, recursos materiais e estruturais.

Nos trabalhos analisados, a comunicação entendida por efetividade no intercâmbio e compartilhamento de informações entre funcionários, pacientes, grupos, departamentos e serviços ³² foi identificada como achado central e possível desencadeador de problemas na prestação do cuidado ^{15,16,17,18,20,23,28,29,30,31,32,35,38,41}. Na percepção do paciente, questões relacionadas à comunicação apresentaram-se de diferentes maneiras, identificadas como problemas relacionados ao respeito e à dignidade ^{20,23,31,32}, à escuta do paciente ^{15,17}, ao relacionamento profissional/paciente ^{16,23,28,31}, ao direito dos pacientes ^{15,31} e ao fluxo e gerenciamento de informações ^{16,23,29,35}.

Destacou-se a falta de diálogo entre profissionais e pacientes. Em um estudo norte-americano, as reclamações dos pacientes mais frequentes foram: não serem ouvidos, serem ignorados pela equipe de saúde, pouco tempo dispensado pela equipe de saúde com o paciente e dificuldade no trabalho em

equipe pelos profissionais¹⁷. Em alguns casos os pacientes relataram sentir-se apenas um número, havendo a sensação de que a pessoa real por trás da doença era omitida do cuidado³⁰.

Ser tratado com dignidade e respeito também despontou como preocupação relacionada à segurança do paciente, assim como o treinamento da equipe, organização e planejamento do cuidado, papéis e responsabilidade da equipe^{20,23}.

Foram identificados quatro tipos de comportamentos problemáticos: profissionais ignoraram o conhecimento dos pacientes; desrespeito aos pacientes por meio de tratamento com termos pejorativos; falha na comunicação da informação para o paciente e a família; e profissionais manipulando informação e utilizando o medo para influenciar as decisões de pacientes e familiares, ou enganar ou deixar o paciente desinformado²⁸.

A falha na continuidade e coordenação do cuidado foi identificada pelos pacientes como fator contribuinte para a ocorrência de problemas de segurança do paciente^{17,30}. Com a multiplicidade de profissionais de saúde, o cuidado em alguns casos pareceu-lhes ser fragmentado. De acordo com os pacientes, os médicos não eram capazes de fornecer um diagnóstico baseado na história do paciente, mas somente nas condições e sintomas presentes³⁰. Nesse sentido, a comunicação está relacionada diretamente com a tomada de decisão compartilhada entre profissionais e pacientes perante a uma decisão sobre diagnóstico ou tratamento³⁶.

Problemas com a identificação do paciente estiveram presentes em seis trabalhos^{16,18,36,37,38,39}. Um estudo mexicano destacou que quatro (3,1%) pacientes foram confundidos com outros³⁷, e na Suíça os pacientes relataram terem sido confundidos com outros pacientes, chamados pelo nome errado e recebido cuidados não destinados a eles³⁹.

A higienização das mãos como forma de prevenir IRAS emergiu em quatro estudos^{27,33,37,39}. Pacientes foram capazes de identificar a não higienização de mãos por parte da equipe e sua importância²⁷. No entanto, em um estudo canadense poucos relataram solicitar aos profissionais que lavassem as mãos³⁸. Num estudo chinês, 68% dos pacientes estavam dispostos a lembrar os profissionais sobre lavar as mãos⁴⁰.

No único estudo brasileiro¹⁸, a omissão de cuidado foi relatada por três pacientes: um relatou ausência de monitoramento de reações à medicação após relatar desconforto; outra paciente imobilizada no leito por 30 dias levantou sozinha e caiu sobre lixeiras, após sua solicitação à enfermagem não ter sido atendida; e num terceiro caso, a enfermagem solicitou avaliação médica após identificar elevação dos níveis pressóricos, porém não foi atendida. Os incidentes reportados pelos pacientes foram atribuídos a problemas relacionados à comunicação, alta rotatividade de profissionais e sobrecarga de trabalho.

Problemas relacionados ao treinamento e responsabilidade dos profissionais, gestão dos profissionais e carga de trabalho, supervisão, liderança e fatores relacionados à equipe foram mencionados pelos pacientes como possíveis desencadeadores de incidentes e eventos adversos³². Além dos aspectos mencionados, problemas relacionados aos recursos materiais e estruturais do hospital podem interferir na percepção do paciente sobre a qualidade do cuidado prestado^{16,20,32}. Também foram identificadas reclamações sobre aspectos do conforto e amenidades durante as internações hospitalares, problemas com a alimentação, relacionados ao estacionamento e longo tempo de espera¹⁶.

Sugestões para prevenir a ocorrência de incidentes e eventos adversos na percepção do paciente

Uma das estratégias chave para melhorar a segurança do paciente é envolvê-los para reconhecer riscos e prevenir danos³⁸. Um estudo realizado na Inglaterra²⁰ elaborou um plano de ação baseado na perspectiva dos pacientes, neste havia ações simples: alterações na disposição dos móveis das enfermarias e quartos, e a disponibilização de uma caixa para colocar medicamentos trazidos de casa pelos pacientes, auxiliando-os no gerenciamento dos mesmos. Por outro lado, havia ações mais complexas e envolvendo mais recursos, como investigação de atrasos e treinamentos dos profissionais.

Como ações sugeridas pelos pacientes para a mitigação de incidentes e eventos adversos foram elencados quatro temas. O primeiro e mais frequentemente sugerido foi checar e revisar os processos do tratamento, gerenciar o risco e revisar o cuidado dirigido ao paciente, contabilizando 43,2% das sugestões. A esse tema foram atribuídas a adesão à lista de verificação (*checklist*), adequação de supri-

mentos e equipamentos e familiaridade dos profissionais de saúde com as doenças dos pacientes, resultados laboratoriais, alergias e informações disponíveis antes das consultas médicas e durante os cuidados.

O segundo tema, profissionalismo e competência dos profissionais, foi mencionado em 27,2% das sugestões. Essa sugestão destacou a importância de garantir as habilidades profissionais necessárias inclusive em feriados e ausências de profissionais. Também foi destacada a redução das taxas de rotatividade de enfermeiros para garantir o fluxo da informação e a importância da troca de informações entre colegas.

O terceiro tema foi a necessidade de cooperação entre pacientes, familiares e profissionais, mencionado em 21,1% das sugestões. Pacientes reforçaram que incidentes podem ser prevenidos por meio da escuta aos pacientes e familiares sobre questões relacionadas ao cuidado e com orientações mais claras na internação e alta hospitalar. Também foi incluída nesse tema a necessidade da empatia no trato aos pacientes. O último tema foi relativo a melhorias na segurança do ambiente (9,5%), dentre estas incluiu-se trancar as portas no caso de pacientes com deficiência de memória, verificar a segurança das camas e manter os corredores organizados evitando que os pacientes tropecem ³⁵.

Discussão

Esta revisão identificou os principais incidentes, eventos adversos e fatores contribuintes relacionados à segurança na prestação do cuidado hospitalar segundo a perspectiva do paciente, além da variação na terminologia correntemente empregada nos estudos analisados.

Algumas terminologias adotadas nos artigos revisados diferem da recomendada pela OMS por meio da IPCS, o que dificultou a comparação dos resultados, em particular a identificação das frequências de sua ocorrência. A variação na terminologia e a não adesão à taxonomia internacional podem interferir no aprendizado organizacional, compreensão e mesmo notificação precisa de incidentes e eventos adversos ⁶. Ressalta-se que a terminologia “erro” foi citada como erro médico, erro diagnóstico, erro clínico e erro com dano. Nessa perspectiva, vale destacar que o “erro” é compreendido como atitude não intencional, é uma falha na execução do plano ou aplicação de um plano incorreto, não exclusiva do médico, mas de todos os profissionais de saúde ⁴⁴. Algumas vezes o erro foi entendido pelos pacientes como resultado de procedimentos técnicos pontuais e falha humana, em outros casos, estavam relacionados ao cansaço e falta de organização. No primeiro entendimento, o erro é atribuído a uma situação particular e pontual, independentemente do contexto; no segundo, a situação é resultado de múltiplas variáveis do sistema ³¹.

Problemas relacionados às etapas do uso de medicamentos ^{15,16,17,18,19,20,21,23,25,26,27,28,35,36,37,38,39,40,41,42,43} se destacaram dentre os incidentes e eventos adversos reportados pelos pacientes no cuidado hospitalar, comparativamente a outros processos do cuidado. Esse destaque pode estar relacionado às experiências anteriores no uso de medicação, que podem influenciar o autocuidado de forma positiva ^{18,26}, contribuindo para a prevenção de incidentes e eventos adversos. Outro achado importante foram as questões relacionadas à comunicação; estas exercem um papel primordial em todos os aspectos da qualidade do cuidado em saúde. Problemas relacionados à comunicação foram reportados pelos pacientes como fatores contribuintes e possíveis desencadeadores de incidentes e eventos adversos ^{15,16,17,18,20,23,28,29,30,31,32,35,38,41}.

Os resultados desta revisão corroboram estudos anteriores voltados para a melhoria da qualidade do cuidado em saúde ^{9,10}, que destacaram problemas relacionados ao processo de uso de medicamentos e sobretudo à comunicação. Preocupação relevante e legítima devido às evidências que identificaram que as falhas na comunicação estão associadas à ocorrência de eventos adversos ⁴⁵. Por sua vez, erros de medicação figuram dentre os mais comuns incidentes no cuidado em saúde, podendo acontecer em todas as etapas do processo de cuidado ⁴⁶, sendo, em alguns casos, também relacionados à comunicação ⁴⁷.

Outras categorias de incidentes, eventos adversos e fatores contribuintes relacionados às metas internacionais de segurança do paciente ¹⁴, como infecções ^{16,18,20,27,28,30,31,32,33,37}, problemas relacionados às cirurgias ^{16,17,20,24,28,32,35,40}, quedas ^{17,18,20,24}, lesão por pressão ¹⁸ e problemas relacionados à identificação do paciente ^{17,30,31,32,37} também foram identificadas pelos pacientes, denotando a

capacidade destes em identificar situações inseguras para o cuidado, frequentemente destaque na literatura sobre o tema.

Quanto aos fatores contribuintes para a ocorrência de incidentes e eventos adversos, destacaram-se elementos relacionados aos (i) profissionais, como competência profissional, saúde física e mental; (ii) ao processo de trabalhos, como falhas de comunicação; (iii) ao ambiente de trabalho, como contingente de pessoal e habilidades, carga de trabalho e turnos; e (iv) organizacionais e gerenciais, como recursos financeiros e restrições, e estrutura organizacional ^{16,18,31,41,48}.

É fundamental reconhecer, compreender e mitigar os fatores contribuintes identificados, entretanto, as falhas de comunicação merecem especial atenção. A comunicação efetiva entre profissionais e pacientes exerce papel fundamental para o cuidado centrado no paciente, contribuindo para a criação de um vínculo entre profissionais e pacientes, letramento e educação em saúde, adesão ao autocuidado e tratamento proposto. Nesse contexto, urge que pacientes e profissionais tomem decisões em conjunto, o que encoraja a transparência e a incorporação de valores, crenças e escolhas do paciente durante o seu percurso de atendimento ¹⁹.

O reconhecimento de que os pacientes são detentores de conhecimento importante e único sobre a sua situação de saúde é essencial para a efetividade e segurança do tratamento ²⁹. Ademais, o conhecimento e compreensão das experiências de pacientes e familiares quando ocorrem eventos adversos fornecem informações importantes para o fortalecimento da cultura da segurança no âmbito organizacional. Compartilhar essas perspectivas pode incentivar a comunicação aberta e uma mudança na cultura de segurança do paciente não baseada na culpa ou estigma individual, embora a negligência deliberada seja inaceitável ³⁰.

O envolvimento do paciente na segurança do cuidado, seja no seu próprio cuidado ou na melhoria futura dos processos em curso, vem sendo compreendido como meio de reduzir riscos associados aos cuidados de saúde, dependente claro do tipo de colaboração que pacientes possam estabelecer com os profissionais ³⁸. Idealmente, pacientes e familiares envolvidos no cuidado tornam-se mais ativos e engajados nas discussões e tomadas de decisão, desde a identificação de situações inseguras antes que incidentes ocorram, contribuição para o uso seguro da medicação advinda do conhecimento daqueles utilizados e dos possíveis efeitos ou eventos adversos, participação nas iniciativas de controle de infecção e estímulo à lavagem das mãos, até o incentivo da comunicação aberta de complicações e eventos adversos em prol de uma cultura não punitiva e do aprendizado organizacional ⁴⁹.

Contraponto a essas fortalezas, além do temor, muitos pacientes desconhecem que sua atitude frente ao tratamento pode reduzir o risco de um incidente ou evento adverso ^{26,41}, campanhas educativas podem minimizar esta lacuna de conhecimento e mesmo criar situações em prol da melhoria do cuidado ^{18,39}. Analogamente, características individuais dos pacientes podem influenciar a notificação desses incidentes, como o conhecimento e crenças sobre segurança, as experiências emocionais com a prestação do cuidado de saúde, incluindo as demográficas. Incluem-se, também, aquelas relacionadas à doença, tais como estágio e gravidade, sintomas, plano de tratamento ⁵⁰ e experiência anterior com a ocorrência de incidentes e eventos adversos ^{26,31,50}.

Em geral, comparados aos profissionais de saúde, os pacientes possuem uma visão diferente sobre o que são incidentes e eventos adversos ⁹. Pacientes compreendem mais amplamente o que seria um problema na prática do cuidado, pois consideram toda sua trajetória de cuidado, incluindo os distintos níveis assistenciais, a residência e a comunidade onde estão inseridos e são capazes de identificar incidentes e eventos adversos não identificados pelos profissionais ⁷. As preocupações com a segurança do cuidado reportadas pelos pacientes podem ser ignoradas pelos sistemas de notificação de incidentes e eventos adversos vigentes, majoritariamente voltados para notificações pelos profissionais. Contudo, esse ponto de vista é vital para a detecção de eventos adversos ¹¹. A perspectiva de pacientes e familiares é valiosa em muitas arenas, desde o desenho do ambiente organizacional, planejamento do cuidado, notificações de incidentes e eventos adversos, até mesmo a sua participação na análise da causa raiz ⁵¹ e proposição de soluções.

Nesse sentido, são necessárias iniciativas voltadas para a segurança do paciente que também considerem a opinião destes, o principal beneficiário ou vítima do sistema de saúde. Para que isso aconteça, seria ainda importante o redesenho dos sistemas de notificação de incidentes, incorporando também a visão dos pacientes, sobretudo daqueles que experimentaram problemas durante o uso dos serviços de saúde. Evidentemente, isso deveria alinhar-se a outras estratégias educacionais e sistemas

de notificação de problemas pelos profissionais. Complementar a essas, a criação de espaços virtuais de comunicação em que os pacientes possam contar suas experiências pode ser mais um caminho, pois é provável que incidentes relacionados à segurança do paciente relatados por eles nestes espaços não sejam captados pelos outros métodos de detecção^{27,36}; além da capilaridade das redes sociais e ouvidorias há o fato de terem independência ou estarem fora do ambiente institucional.

O desenvolvimento de ferramentas para identificar circunstâncias, incidentes ou eventos adversos relevantes do ponto de vista dos pacientes é um desafio que exige a colaboração entre familiares e profissionais. Desse modo, a literatura aponta a importância de incorporar a opinião dos pacientes nos atuais sistemas de coleta de informação voltados ao monitoramento e garantia da segurança do paciente^{11,51}. Ademais, há necessidade de reconhecer a emergência de novas temáticas sociopsicológicas, que se debruçam sobre aspectos cognitivos e emocionais do cuidado no nível dos pacientes e familiares, que despontam como uma questão para a segurança do paciente⁷ e, sobretudo, do cuidado centrado no paciente¹⁹.

Limitações e contribuições do estudo

Apesar de a temática ter ganhado maior fôlego desde 2013⁴ e o papel ativo do paciente vir sendo reconhecido como um nó crítico e essencial ao longo do tempo, o volume de estudos selecionados foi menor que o esperado. Assim, a presente revisão apresenta limitações, algumas inerentes ao desenho do estudo: revisão da literatura. Embora tenham sido inicialmente utilizados termos amplos, como limitações do estudo apontamos imprecisões na equação de busca aplicada às bases bibliográficas consultadas e a inclusão somente de artigos científicos publicados de acesso livre ou disponíveis por meio de biblioteca, excluindo a literatura cinza, livros ou trabalhos de conclusão, isto pode explicar o número restrito de trabalhos selecionados para esta revisão.

Contudo, espera-se aqui difundir o estado da arte acerca da participação do paciente na garantia e melhoria do cuidado seguro no contexto nacional, vis-à-vis os avanços internacionais. Embora haja produção acadêmica e mesmo uma política ministerial voltada para a segurança do paciente, a cultura organizacional, as características da relação paciente/profissional de saúde e o nível do letramento em saúde da população são ainda barreiras, maiores aqui. Para que de fato o paciente ocupe a centralidade no processo de cuidado e que a sua voz seja ouvida na tomada de decisão é importante que haja espaço para reclamações sem constrangimento ou prejuízo de nenhuma ordem, sobretudo em uma sociedade com tal grau de desigualdade socioeducacional, de acesso, uso, adequação e efetividade do cuidado em saúde.

Considerações finais

Os pacientes são capazes de identificar incidentes e eventos adversos no cuidado, e sua participação e contribuição em iniciativas voltadas para a melhoria da qualidade e da segurança do cuidado devem ser encorajadas e crescentemente valorizado o seu protagonismo.

Nesta revisão destacaram-se os problemas relacionados à comunicação e ao uso de medicamentos como relatos mais recorrentes. Esses resultados estão em consonância com revisões anteriores^{9,10}. Além dessas, questões relacionadas às Metas Internacionais de Segurança do Paciente, como cirurgia segura, IRAS, identificação do paciente, quedas e lesão por pressão foram encontradas nos estudos revistos. Também foram relatados fatores organizacionais, como atrasos, diagnóstico incorreto e falhas na continuidade do cuidado; atributos relacionados aos profissionais, como sobrecarga de trabalho e pouca escuta ao paciente; e relacionados ao ambiente e estrutura dos serviços, denotando que a percepção dos pacientes sobre segurança vai além da referida pelos profissionais.

Assim, ressalta-se novamente a importância de conhecer os incidentes, eventos adversos e fatores contribuintes reportados pelos pacientes e familiares, para que somados aos identificados pelos profissionais contribuam para a elaboração de um plano de melhoria da qualidade do cuidado. Representando um passo na garantia do papel central do paciente nesse processo em diversos âmbitos.

Esta revisão destaca-se em relação às anteriores por trazer para o debate estudos de língua portuguesa e hispânica, ampliando o leque de países e respectivos contextos culturais. Além disso, vale frisar

a carência de trabalhos no contexto nacional, o que aponta a necessidade de estudos e iniciativas para a sua inserção e engajamento, assim como a coleta de dados periódica sobre segurança do paciente e outras dimensões da qualidade do cuidado, na perspectiva dos pacientes, familiares e cuidadores.

Do ponto de vista organizacional, apesar da reconhecida relevância da questão, os sistemas de notificação atuais, ainda, não parecem capazes de captar todas as preocupações dos pacientes quanto à qualidade do cuidado que recebem. Para tal, novos arranjos que incorporem a participação ativa e o protagonismo do paciente no cuidado deveriam ser fomentados e desenvolvidos. Paradoxalmente, no contexto atual brasileiro de carência de insumos e precarização da estrutura dos serviços hospitalares, dar voz aos pacientes é tanto urgente como necessário aos princípios fundantes do Sistema Único de Saúde – universalidade, equidade, integralidade e participação popular.

Colaboradores

V. C. F. L. Villar, S. C. M. Duarte e M. Martins participaram da concepção e projeto, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Informações adicionais

ORCID: Vanessa Cristina Felipe Lopes Villar (0000-0002-4469-2796); Sabrina da Costa Machado Duarte (0000-0001-5967-6337); Mônica Martins (0000-0002-9962-0618).

Agradecimentos

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq; PQ 306100/2019-3).

Referências

1. Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America; Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To err is human: building a safer health system*. Washington DC: National Academies Press; 2000.
2. Bates DW, Singh H. Two decades since *To Err Is Human*: an assessment of progress and emerging priorities in patient safety. *Health Aff (Millwood)* 2018; 37:1736-43.
3. Vincent CA, Couter A. Patient safety: what about the patient? *Qual Saf Health Care* 2002; 11:76-80.
4. World Health Organization. Patients for patient safety. http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/en/ (acessado em 13/Jul/2018).
5. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
6. World Health Organization. Conceptual framework for the International Classification for Patient Safety. Final technical report. Geneva: World Health Organization; 2009.
7. Vincent C, Carthey J, Macrae C, Amalberti R. Safety analysis over time: seven major changes to adverse event investigation. *Implement Sci* 2017; 12:151.
8. Lawton R, O'Hara JK, Sheard L, Reynolds C, Cocks K, Armitage G, et al. Can staff and patient perspectives on hospital safety predict harm-free care? An analysis of staff and patient survey data and routinely collected outcomes. *BMJ Qual Saf* 2015; 24:369-76.
9. Harrison R, Walton M, Manias E, Smith-Merry J, Kelly P, Iedema R, et al. The missing evidence: a systematic review of patients' experiences of adverse events in health care. *Int J Qual Health Care* 2015; 27:424-42.

10. Ward JK, Armitage G. Can patients report patient safety incidents in a hospital setting? A systematic review. *BMJ Qual Saf* 2012; 21:685-99.
11. O'Hara JK, Reynolds C, Moore S, Armitage G, Sheard L, Marsh C, et al. What can patients tell us about the quality and safety of hospital care? Findings from a UK multicentre survey study. *BMJ Qual Saf* 2018; 27:673-82.
12. Berger Z, Flickinger TE, Pfoh E, Martinez KA, Dy SM. Promoting engagement by patients and families to reduce adverse events in acute care settings: a systematic review. *BMJ Qual Saf* 2014; 23:548-55.
13. Harrison JD, Auerbach AD, Anderson W, Fagan M, Carnie M, Hanson C, et al. Patient stakeholder engagement in research: a narrative review to describe foundational principles and best practice activities. *Health Expect* 2019; 22:307-16.
14. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2017. (Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde).
15. Jerng J-S, Huang S-F, Yu H-Y, Chan Y-C, Liang H-J, Liang H-W, et al. Comparison of complaints to the intensive care units and those to the general wards: an analysis using the Healthcare Complaint Analysis Tool in an academic medical center in Taiwan. *Crit Care* 2018; 22:335.
16. Walton MM, Harrison R, Kelly P, Smith-Merry J, Manias E, Jorm C, et al. Patients' reports of adverse events: a data linkage study of Australian adults aged 45 years and over. *BMJ Qual Saf* 2017; 26:743-50.
17. Weingart SN, Weissman JS, Zimmer KP, Giannini RC, Quigley DD, Hunter LE, et al. Implementation and evaluation of a prototype consumer reporting system for patient safety events. *Int J Qual Health Care* 2017; 29:521-6.
18. Bezerra ALQ, Silva TO, Paranaçuá TTB, Souza ACS, Silva AEBC, et al. Conhecimentos de usuários de uma clínica cirúrgica sobre a ocorrência de incidentes. *Cogitare Enferm* 2016; 21:1-9.
19. Kemp KA, Santana MJ, Southern DA, McCormack B, Quan H. Association of inpatient hospital experience with patient safety indicators: a cross-sectional, Canadian study. *BMJ Open* 2016; 6:e011242.
20. O'Hara JK, Lawton RJ, Armitage G, Sheard L, Marsh C, Cocks K, et al. The patient reporting and action for a safe environment (PRASE) intervention: a feasibility study. *BMC Health Serv Res* 2016; 16:676.
21. Okoniewska B, Santana MJ, Holroyd-Leduc J, Flemmons W, O'Beirne M, White D, et al. A framework to assess patient-reported adverse outcomes arising during hospitalization. *BMC Health Serv Res* 2016; 16:357.
22. van Melle MA, Erkelens DCA, van Stel HF, de Wit NJ, Zwart DLM. Pilot study on identification of incidents in healthcare transitions and concordance between medical records and patient interview data. *BMJ Open* 2016; 6:e011368.
23. Davis RE, Servdalis N, Neale G, Massey R, Vincent CA. Hospital patients' reports of medical errors and undesirable events in their health care. *J Eval Clin Pract* 2013; 19:875-81.
24. Weingart SN, Zhu J, Chiappetta L, Stuver SO, Schneider EC, Epstein AM, et al. Hospitalized patients' participation and its impact on quality of care and patient safety. *Int J Qual Health Care* 2011; 23:269-77.
25. Friedman SM, Provan D, Moore S, Hanneman K. Errors, near misses and adverse events in the emergency department: what can patients tell us? *CJEM* 2008; 10:421-7.
26. Heavey E, Waring J, De Brún A, Dawson P, Scott J. Patients' conceptualizations of responsibility for healthcare: a typology for understanding differing attributions in the context of patient safety. *J Health Soc Behav* 2019; 60:188-203.
27. Armitage G, Moore S, Reynolds C, Laloë P-A, Coulson C, McEachan R, et al. Patient-reported safety incidents as a new source of patient safety data: an exploratory comparative study in an acute hospital in England. *J Health Serv Res Policy* 2018; 23:36-43.
28. Giardina TD, Haskell H, Menon S, Hallisy J, Southwick FS, Sarkar U, et al. Learning from patients' experiences related to diagnostic errors is essential for progress in patient safety. *Health Aff (Millwood)* 2018; 37:1821-7.
29. Hagensen G, Nilsen G, Mehus G, Henriksen N. The struggle against perceived negligence. A qualitative study of patients' experiences of adverse events in Norwegian hospitals. *BMC Health Serv Res* 2018; 18:302.
30. Bishop AC, Cregan BR. Patient safety culture: finding meaning in patient experiences. *Int J Health Care Qual Assur* 2015; 28:595-610.
31. García-Díeguez M, Ocampo A, Cragno A, Gallardo F, Lamponi Tappatá L, Gazzoni C, et al. Estudio cualitativo sobre la percepción de seguridad de los pacientes en dos hospitales de Bahía Blanca. *Rev Argent Salud Pública* 2015; 6:15-20.
32. Giles SJ, Lawton RJ, Din I, McEachan RRC. Developing a patient measure of safety (PMOS). *BMJ Qual Saf* 2013; 22:554-62.
33. Howard M, Fleming ML, Parker E. Patients do not always complain when they are dissatisfied: Implications for service quality and patient safety. *J Patient Saf* 2013; 9:224-31.
34. Burns KK. Canadian patient safety champions: collaborating on improving patient safety. *Healthc Q* 2008; 11:95-100.
35. Sahlström M, Partanen P, Turunen H. Patient-reported experiences of patient safety incidents need to be utilized more systematically in promoting safe care. *Int J Qual Health Care* 2018; 30:778-85.

36. Gallardo MF, Trobbiani JJ, Gazzoni C, Lamponi Tappatá L, Cabrera AC, Monaldi A, et al. Adaptación y aplicación de un cuestionario de percepción de seguridad en pacientes internados. *Rev Asoc Med Bahía Blanca* 2015; 25:33-9.
37. Meléndez Méndez C, Garza Hernández R, Castañeda-Hidalgo H, González Salinas JF, Turrubiates Pérez J. Percepción del paciente quirúrgico acerca de la seguridad en el ámbito hospitalario. *Rev Cuid (Bucaramanga)* 2015; 6:1054-61.
38. Bishop AC, Baker GR, Boyle TA, MacKinnon NJ. Using the Health Belief Model to explain patient involvement in patient safety. *Health Expect* 2014; 18:3019-33.
39. Schwappach DLB, Frank O, Buschmann U, Babst R. Effects of an educational patient safety campaign on patients' safety behaviours and adverse events. *J Eval Clin Pract* 2012; 19:285-91.
40. Zhang Q, Li Y, Li J, Mao X, Zhang L, Ying Q, et al. Patients for patient safety in China: a cross sectional study. *J Evid Based Med* 2012; 5:6-11.
41. Mira JJ, Lorenzo S, Vitaller J, Ziadi M, Ortiz L, Ignacio E, et al. El punto de vista de los pacientes sobre la seguridad clínica de los hospitales: validación del Cuestionario de Percepción de Seguridad. *Rev Méd Chile* 2009; 137:1441-8.
42. Mira JJ, Aranaz JM, Vitaller J, Ziadi M, Lorenzo S, Rebasa P, et al. Percepción de seguridad clínica tras el alta hospitalaria. *Med Clín* 2008; 131:26-32.
43. Weissman JS, Schneider EC, Weingart SN, Epstein AM, David-Kasdan J, Feibelman S, et al. Comparing patient-reported hospital adverse events with medical record review: do patients know something that hospitals do not? *Ann Intern Med* 2008; 149:100-8.
44. Mendes W. Taxonomia em segurança do paciente. In: Souza P, Mendes W, organizadores. *Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2014. p. 57-71.
45. Guttman OT, Lazzara EH, Keebler JR, Webster KLW, Gisick LM, Baker AL. Dissecting communication barriers in healthcare: a path to enhancing communication resiliency, reliability, and patient safety. *J Patient Saf* 2018; (Online ahead of print).
46. Santos PRA, Rocha FLR, Sampaio CSJC. Ações para segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos em unidades de pronto atendimento. *Rev Gaúcha Enferm* 2019; 40:e20180347.
47. Johnson A, Guirguis E, Grace Y. Preventing medication errors in transitions of care: a patient case approach. *Pharm Today* 2015; 21:79-90.
48. Vincent C, Amalberti R. *Cuidado de saúde mais seguro: estratégias para o cotidiano do cuidado*. Rio de Janeiro: Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente; 2016.
49. Canadian Patient Safety Institute. *The engaging patients in patient safety: a Canadian guide*. Edmonton: Canadian Patient Safety Institute; 2018.
50. Davis RE, Jacklin R, Sevdalis N, Vincent CA. Patient involvement in patient safety: what factors influence patient participation and engagement? *Health Expect* 2007; 10:259-67.
51. Gandhi TK, Kaplan GS, Leape L, Berwick DM, Edgman-Levitan S, Edmondson A, et al. Transforming concepts in patient safety: a progress report. *BMJ Qual Saf* 2018; 27:1019-26.

Abstract

The goal was to review the literature on incidents and adverse events and their contributing factors in hospital care, described according to the patient's perspective. A review was carried out of articles published in the MEDLINE, Scopus and LILACS databases between 2008 and 2019. From the 2,686 studies initially found, 167 were pre-selected for reading and then 24 were selected and classified based on a thematic analysis of their content. Four categories resulted from the information extracted from the 24 articles: terminology used to define incidents and adverse events, especially different terms such as error and medical error; incidents and adverse events identified by patients, family members and caregivers related to medication, surgery, health care-related infections, falls and pressure injuries; patients' perception of factors that contribute to unsafe care, especially problems related to communication, hand washing and patient identification; suggestions from patients to prevent the occurrence of incidents and adverse events, including training staff, drawing up checklists, listening to patients and adapting the environment. Patients were able to identify incidents, adverse events and contributing factors in health care. Alongside information from staff, their reports can potentially contribute to the provision of safer health care.

Patient Safety; Patient-centered Care; Patient Preference; Patient Participation

Resumen

El objetivo fue revisar la literatura sobre los incidentes, eventos adversos y factores que contribuyen al cuidado hospitalario, descritos según la perspectiva del paciente. Se realizó una revisión en artículos publicados en las bases MEDLINE, Scopus y LILACS entre los años de 2008 y 2019. Entre los 2.686 estudios inicialmente recabados, 167 fueron preseleccionados para la lectura, 24 seleccionados y categorizados de acuerdo con el análisis temático de contenido. En la síntesis de la información extraída de los 24 artículos emergieron cuatro categorías: terminología usada para definir incidentes y eventos adversos, destacándose diferentes nomenclaturas como error y error médico; incidentes y eventos adversos identificados por los pacientes, familiares y cuidadores, relacionados con el proceso de medicación, cirugía, infecciones relacionadas con la asistencia a la salud, caídas y lesión por presión; percepción del paciente respecto a los factores contribuyentes para el cuidado inseguro, destacándose problemas relacionados con la comunicación, higienización de las manos e identificación del paciente; sugerencias de los pacientes para prevenir la ocurrencia de incidentes y eventos adversos, incluyendo entrenamiento de profesionales, elaboración de listas de verificación, escucha del paciente y adecuación del ambiente. Los pacientes fueron capaces de identificar incidentes, eventos adversos y factores contribuyentes en la práctica del cuidado que aliados a la información procedente de los profesionales de salud pueden potencialmente contribuir a la prestación de un cuidado en salud más seguro.

Seguridad del Paciente; Atención Dirigida al Paciente; Prioridad del Paciente; Participación del Paciente

Recebido em 19/Nov/2019
Versão final rerepresentada em 11/Ago/2020
Aprovado em 17/Ago/2020