

Recebido: 12.06.2021
Aceito: 16.12.2021

Como citar
este artigo

Andrade KS, Margatho AS, Dias BM, Zanetti ACB, Bernardes A, Gabriel CS. Análise dos Núcleos de Segurança do Paciente em serviços hospitalares. Rev Paul Enferm. 2022;33:A08. <https://doi.org/10.33159/25959484.repen.2022v33a08>

Análise dos Núcleos de Segurança do Paciente em serviços hospitalares

Analysis of Patient Safety Centers in Hospital Services

Análisis de los Núcleos de Seguridad del Paciente en servicios hospitalarios

Karina de Souza Andrade¹ ORCID: 0000-0001-5183-3270

Amanda Salles Margatho¹ ORCID: 0000-0002-1006-9357

Bruna Moreno Dias¹ ORCID: 0000-0002-7346-4848

Ariane Cristina Barboza Zanetti¹ ORCID: 0000-0002-4458-3274

Andrea Bernardes¹ ORCID: 0000-0002-9861-2050

Carmen Silvia Gabriel¹ ORCID: 0000-0003-2666-2849

¹ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, SP, Brasil

RESUMO

Objetivo: analisar a formação, composição e funcionamento dos Núcleos de Segurança do Paciente em hospitais de um município do interior de São Paulo. **Métodos:** estudo quantitativo, exploratório-descritivo, com dados coletados pelo pesquisador principal em Núcleos de Segurança do Paciente de hospitais gerais e especializados. Aplicado instrumento, desenvolvido e validado para este estudo, que contempla variáveis de caracterização do participante, instituição e informações relativas ao Núcleo. **Resultados:** os núcleos exercem suas funções com autonomia e, em 72,7%, seus profissionais atuam em outras instâncias deliberativas. Enfermeiros desempenham cargo de coordenação de 72,7% dos núcleos, sendo única categoria profissional presente em todos eles. A notificação de eventos adversos é realizada em 100% das instituições, embora o envolvimento dos núcleos em sua análise seja de 63,7%. O envolvimento do paciente é relatado em 54,5% das instituições. **Conclusão:** a composição multiprofissional, a autonomia e a interação com outros setores fazem com que os núcleos se constituam como potenciais espaços para melhoria da qualidade e segurança do paciente. A despeito disso, os processos e as dificuldades relatadas apontam a necessidade de os hospitais fomentarem o envolvimento do paciente, desenvolverem ações de sensibilização e capacitação profissional, e ampliar a capacidade de análise de eventos adversos.

Descritores: Segurança do Paciente; Hospitais; Gestão de Riscos; Qualidade da Assistência à Saúde; Garantia da Qualidade dos Cuidados de Saúde.

ABSTRACT

Objective: to analyze the conformation, composition and functioning of Patient Safety Centers in hospitals in a city in the interior of the state of São Paulo. **Methods:** quantitative, exploratory, descriptive study.

Autora
Correspondente



Carmen Silvia Gabriel
cgabriel@usp.br

Data was collected by the principal investigator in Patient Safety Centers from general and specialized hospitals. The data collection form was developed and validated for this study, and included characterization variables for the respondent, the institution and information related to the Center. **Results:** centers are autonomous and 72.7% of their professionals work in other deliberative instances as well. Nurses are responsible for coordinating 72.7% of the centers and are the only professional category working in all of the centers. The notification of adverse events is conducted in 100% of the institutions, although the centers are involved in 63.7% of the analysis. Patient involvement is reported in 54.5% of the institutions. **Conclusion:** the multidisciplinary composition, autonomy and interaction with other sectors make the centers constitute potential spaces for improving patient quality and safety. Regardless, the processes and hindrances reported indicate the need for hospitals to encourage patient involvement, to raise awareness, to provide professional training, and to expand the capacity to analyze adverse events. **Descriptors:** Patient Safety; Hospitals; Risk Management; Quality of Health Care; Quality Assurance, Health Care.

RESUMEN

Objetivo: analizar la formación, composición y funcionamiento de los Núcleos de Seguridad del Paciente en hospitales de un municipio del interior del estado de São Paulo. **Métodos:** estudio cuantitativo, exploratorio-descriptivo, con datos recolectados por el investigador principal en los Núcleos de Seguridad del Paciente de hospitales generales y especializados. Fue aplicado un instrumento, desarrollado y validado para este estudio, que contempla variables de caracterización del participante, institución e informaciones relativas al Núcleo. **Resultados:** los núcleos ejercieron sus funciones con autonomía y, en 72,7%, sus profesionales actúan en otras instancias deliberativas. Enfermeros desempeñan cargos de coordinación en 72,7% de los núcleos, siendo la única categoría profesional presente en todos ellos. La notificación de eventos adversos es realizada en 100% de las instituciones, aunque la participación de los núcleos en su análisis sea de 63,7%. La participación del paciente es relatada en 54,5% de las instituciones. **Conclusión:** la composición multiprofesional, la autonomía y la interacción con otros sectores hacen que los núcleos se constituyan como espacios potenciales para la mejora de la calidad y seguridad del paciente. Sin embargo, los procesos y las dificultades relacionadas indican la necesidad de que los hospitales fomenten la participación del paciente, desarrollen acciones de sensibilización y capacitación profesional, así como ampliar la capacidad de análisis de eventos adversos. **Descriptor:** Seguridad del Paciente; Hospitales; Gestión de Riesgos; Calidad de la Atención de Salud; Garantía de la Calidad de Atención de Salud.

INTRODUÇÃO

A ocorrência de eventos adversos decorrentes da assistência à saúde é relatada com frequência e entendida como um problema mundial. No sentido da prevenção de eventos adversos e adoção de ações voltadas à segurança do paciente, a publicação do relatório *To Err Is Human* (Errar é humano), em 1999, pelo *Institute of Medicine* (IOM) é considerada um marco para o desenvolvimento de políticas mundiais relacionadas ao tema⁽¹⁾. Nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou, em 2004, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, convocando todos os países membros a adotarem medidas para assegurar a qualidade e segurança da assistência prestada nos serviços de saúde⁽²⁾.

Entretanto, a ação para tornar a assistência à saúde mais segura progrediu de forma mais lenta do que previsto, conforme apontado no relatório da *National Patient Safety Foundation*, que avaliou a segurança do paciente quinze anos depois do *To Err Is Human*, e revelou que os danos evitáveis continuavam frequentes, com impacto na morbidade e mortalidade dos pacientes e na elevação de custos assistenciais⁽³⁾.

No sentido de promoção de um sistema de saúde mais seguro, no âmbito das ações desenvolvidas no Brasil, destaca-se o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído pelo Ministério da Saúde em 2013, com objetivo de promover estratégias voltadas para prevenção e redução dos riscos associados à assistência à saúde⁽⁴⁾.

De forma complementar ao PNSP, também em 2013, foi publicada a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, que, visando a adoção de ações para a promoção da segurança do paciente e de melhoria da qualidade, estabeleceu a obrigatoriedade da implantação de Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) nos serviços de saúde⁽⁵⁾.

Compete ao NSP a elaboração do Plano de Segurança do Paciente (PSP), que pode ser entendido como um roteiro fundamental para que os profissionais e lideranças instituem e avaliem ações de segurança e qualidade dos processos de trabalho nos serviços de saúde. Neste documento, são apresentadas as ações integradas de gerenciamento de risco, considerando a realidade local da instituição; desta forma, estabelece ações estratégicas voltadas para assegurar a qualidade dos cuidados de saúde e promoção da segurança do paciente⁽⁶⁾.

A implantação de um NSP, bem como outras ações voltadas para assegurar a segurança do paciente, é um complexo desafio para as instituições hospitalares. Diversos fatores institucionais podem influenciar a estruturação e o desenvolvimento dos NSP, tais como: fragilidade na cultura de segurança do paciente, cultura de culpabilização dos profissionais diante de um erro, restrições financeiras, necessidade de uma multidisciplinaridade nas equipes, estruturação dos processos de comunicação, entre outros^(7,8).

Frente à necessidade de exploração das questões relacionadas à implantação e funcionamento dos NSP, enquanto estratégia de fortalecimento da melhoria da segurança do paciente no Brasil, este estudo tem como objetivo analisar a formação, a composição e o funcionamento dos NSP em hospitais de um município do interior de São Paulo.

OBJETIVO

Iniciar com o verbo no infinitivo.

MÉTODOS

Estudo quantitativo, exploratório-descritivo, transversal, com coleta de dados primários, originários dos Núcleos de Segurança do Paciente de hospitais de um município de grande porte no interior do estado de São Paulo.

A seleção dos hospitais participantes foi realizada na base do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES). Foram incluídos hospitais gerais e especializados, que possuíam serviço de urgência/ emergência. Foram excluídos os hospitais destinados ao atendimento de internação parcial (hospital-dia), longa permanência, oftalmológicos, psiquiátricos, de reabilitação, casas de repouso e hospitais de apoio a pacientes com patologias crônicas. Dos 15 hospitais que atenderam aos critérios de seleção, 11 aceitaram o convite de participação.

Para coleta de dados, foi utilizado um instrumento autoaplicável, elaborado especificamente para este estudo, composto por informações de caracterização do NSP, caracterização da instituição e por 20 itens baseados na RDC nº36/2013⁽⁵⁾.

O instrumento passou por validação semântica e de face e conteúdo visando análise da clareza de linguagem da redação e pertinência dos itens frente ao objetivo do estudo. A avaliação foi realizada por comitê composto por três juízes, enfermeiros, com titulação de pós-graduação *stricto sensu* e notória experiência na temática de segurança do paciente. Foi considerado grau de concordância entre os juízes igual ou maior a 80%; alterações propostas em que houve concordância dos juízes foram acatadas pelos pesquisadores.

A versão final do instrumento foi estruturada nas seguintes seções e variáveis: caracterização da instituição (número de leitos, tipo de hospital, participação na rede sentinela, participação em programa de qualidade, formação e composição do NSP (categoria profissional, nomeação por portaria, tempo de atuação, registros de atividades em ata, atuação independente ou subordinada a outros setores, profissional responsável pela coordenação, participação em outras instâncias diretivas, autonomia de decisões); plano de segurança do paciente (existência de PSP, periodicidade de revisão); notificações e comunicações de incidentes e eventos adversos (notificação de EA, responsável pela notificação, análise de dados, envolvimento de família/paciente, notificação à Anvisa, abordagem do EA junto ao trabalhador, acompanhamento de alertas da Anvisa, dificuldades enfrentadas, adoção de protocolos de segurança do paciente).

A coleta de dados foi realizada pelo pesquisador principal no período entre maio de 2017 a maio de 2018, por meio da aplicação do questionário validado previamente pelo comitê de juízes. Inicialmente, foi realizado contato por e-mail ou telefone com as instituições, com posterior agendamento para aquelas que aceitaram participar. O instrumento foi entregue ao participante, que foi orientado quanto ao objetivo e método do estudo. O formulário foi respondido por profissional indicado pela direção da instituição no dia e horário agendado com a instituição.

Foram realizadas análises descritivas de frequência para as variáveis nominais, e frequência, tendência central e dispersão para as variáveis contínuas. Para estruturação do banco de dados e análise estatística, foi utilizado o software IBM SPSS *Statistics*, versão 25.0.

A pesquisa segue as recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, foi submetida à análise e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, registrada sob o CAEE nº: 69987517.4.0000.5393. A participação dos juízes e representantes das instituições se deu mediante concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Todos os profissionais indicados pela instituição como responsáveis pelo preenchimento do instrumento, nos 11 hospitais participantes da pesquisa, foram enfermeiros; destes, 54,5% ocupavam cargo de gestão da qualidade, 18,2% cargo de gerenciamento de risco, 18,2% gestores de enfermagem, e 9,1% coordenadores de unidade.

A caracterização das 11 instituições participantes é apresentada na Tabela 1. Os hospitais possuíam mínimo de 23 e máximo de 893 leitos, com mediana de 70,0; predominaram as instituições com capacidade de 20 a 50 leitos de internação (36,4%), de atendimento geral (81,8%), de natureza jurídica privada (54,5%), não participantes da Rede Sentinela (54,5%); nove hospitais (81,8%) foram certificados ou acreditados por um ou mais programas.

Os aspectos relacionados à composição e características dos NSP são apresentados nas Tabelas 2 e 3. Observou-se que 63,6% dos Núcleos iniciaram suas atividades no ano de 2013 ou em data posterior; sendo que apenas 27,3% tiveram nomeação por Portaria; os demais informaram que a nomeação foi realizada pela diretoria da instituição, seguindo ou não os requisitos da Portaria.

Todos os Núcleos participantes (100%) informaram atuar com autonomia e ter registro de reuniões em atas; 45,5% deles estavam subordinados apenas à Diretoria Clínica do hospital, enquanto os demais relataram diferentes vinculações, tais como: Escritório de qualidade, Gerenciamento de risco, Diretoria Administrativa, Superintendência e Departamento de Atenção à Saúde; em 72,7% das instituições, o profissional responsável pelo NSP também atuava em outras instâncias deliberativas da instituição.

Tabela 1 - Caracterização dos hospitais participantes. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2018

Variável	N	%
Número de leitos		
20-50	4	36,4
51-100	3	27,3
101-200	1	9,1
Mais que 201	3	27,3
Tipo de hospital		
Geral	9	81,8
Especializado	2	18,2
Natureza jurídica		
Privado	6	54,5
Público	3	27,3
Filantrópico	2	18,2
Rede Sentinela		
Não	6	54,5
Sim	4	36,4
Não respondeu	1	9,1
Programa de qualidade		
Sim	9	81,8
Não	2	18,2
Qual programa de qualidade		
ONA*	5	45,5
CQH**	3	27,3
ONA e Acreditação Canadense	1	9,1
Nenhum	2	18,2

*ONA - Organização Nacional de Acreditação; **CQH – Compromisso com a Qualidade hospitalar

Tabela 2 - Caracterização dos Núcleos de Segurança do Paciente. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2018

Variável	N	%
Nomeação por Portaria		
Sim	3	27,3
Não	8	72,7
Subordinação		
Diretoria clínica	5	45,5
Diretoria clínica e outro órgão	2	18,2
Escritório de qualidade	1	9,1
Outros	3	27,3
Registro de atas de reuniões		
Sim	11	100
Não	0	0
Início das atividades		
Antes de 2013	4	36,4
Em 2013 ou após	7	63,6
Categoria profissional da coordenação		
Enfermeiro	8	72,7
Médicos e enfermeiros	2	18,2
Médico	1	9,1

Continua

Continuação da Tabela 2

Variável	N	%
Participação do profissional responsável em outras instâncias deliberativas da instituição		
Sim	8	72,7
Não	3	27,3
Autonomia na decisão		
Sim	11	100
Não	0	0

Em sua estrutura, observou-se que a maior parte dos NSP contava com a participação de membros da diretoria do hospital; quanto às categorias profissionais, dentre as sete categorias informadas, observa-se que o enfermeiro foi a única categoria presente em todos os Núcleos investigados (100%); este profissional também é responsável pela coordenação de 72,7% dos NSP. Nos hospitais F, E e K verificou-se maior diversidade de profissionais na composição das equipes.

Tabela 3 – Composição dos Núcleos de Segurança do Paciente dos hospitais de acordo com a categoria profissional. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2018

Categoria profissional	Hospital											% hospitais por categoria profissional
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	
Assistente social	-	-	-	-	X	X	-	-	-	-	-	18,2
Diretor	X	-	X	X	X	X	-	-	X	-	-	54,6
Enfermeiro	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	100
Farmacêutico	-	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	90,9
Fisioterapeuta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	9,1
Médico	X	X	X	-	-	X	X	X	-	X	X	72,7
Nutricionista	-	X	-	-	X	X	-	-	X	-	X	45,4
Psicólogo	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	X	18,2

O PSP foi elaborado em 90,9% das instituições (Tabela 4). O início das atividades do PSP, em 81,8% das instituições, ocorreu em data posterior ao ano de 2013. No tocante à atualização do PSP, com exceção da instituição que não o possuía, as demais informaram atualizações, em iguais proporções, com frequências anual e bienal.

Tabela 4 - Caracterização do Plano de Segurança do Paciente (PSP). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2018

Variável	N	%
Possui PSP		
Sim	10	90,9
Não	1	9,1
Início das atividades do PSP		
2016	2	18,2
2015	3	27,3
2014	4	36,4
2010	1	9,1
Sem PSP	1	9,1
Periodicidade de revisão		
Anual	5	45,5
Bienal	5	45,5
Sem PSP	1	9,1

Quanto à comunicação de incidentes e eventos adversos, todas as instituições referiram realizar a notificação; sendo que predominaram as notificações realizadas, concomitantemente, por meios manual e eletrônico (54,5%).

O responsável pela notificação, frequentemente, foi o trabalhador (45,5%), cabendo destaque para o fato de apenas três instituições (27,3%) envolverem no processo de notificação, além do trabalhador e gestor, o paciente.

No que concerne ao envolvimento do paciente, em 54,5% das instituições, este era informado sobre a ocorrência de incidentes ou eventos adversos; em 27,3% das instituições o paciente era informado apenas na ocorrência de eventos considerados graves.

Tabela 5 – Comunicação de incidentes e eventos adversos nos hospitais participantes. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2018

Variável	n	%
Notificação de incidentes e eventos adversos		
Sim	11	100
Não	0	0
Tipo de notificação		
Manual e eletrônica	6	54,5
Eletrônica	3	27,3
Manual	2	18,2
Quem notifica eventos adversos		
Trabalhador	5	45,5
Trabalhador e gestor	1	9,1
Trabalhador e paciente	1	9,1
Trabalhador, gestor e paciente	2	18,2
Gestor da área	2	18,2
Quem analisa eventos adversos		
Escritório de qualidade	2	18,2
NSP	3	27,3
NSP e outros órgãos	4	36,4
Outros	2	18,2
Informa ao paciente os eventos adversos		
Sim	6	54,5
Sim, quando erros graves	3	27,3
Não	2	18,2
Notificação à Anvisa		
Sim	8	72,7
Não	3	27,3
Motivo da não notificação à Anvisa		
Complexidade do formulário e quantidade de dados do sistema	1	9,1
Não conseguiram fazer a notificação	2	18,2
Não se aplica	8	72,7
Devolutiva ao trabalhador		
Sim	10	90,9
Não	1	9,1
Responsável pela abordagem do trabalhador		
Coordenador de área	6	54,5
Coordenador de área e outros	3	27,3
Gestor enfermagem	1	9,1
Não faz abordagem	1	9,1

Continua

Continuação da Tabela 5

Variável	n	%
Acompanhamento de alertas da Anvisa*		
Sim	11	100
Não	0	0
Utilização de protocolos do Ministério da Saúde		
Sim	11	100
Não	0	0
Utilização de outros protocolos		
Sim	4	36,4
Não	7	63,6

*Anvisa: Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Em 63,7% das instituições, o NSP esteve envolvido na análise de notificações de incidentes e eventos adversos. Mediante a análise, a devolutiva ao trabalhador envolvido nas notificações de incidentes e eventos adversos ocorria em 90,9% das instituições. O coordenador da área foi apontado como o profissional responsável pela abordagem aos trabalhadores envolvidos nas notificações em 81,8% das instituições.

Dentre as estratégias para melhor abordagem dos eventos listadas pelos Núcleos destacaram-se: sugestão de melhorias e/ou modificação do processo de trabalho; análise do evento e feedback por e-mail e/ou telefone; comunicação ao trabalhador por escrito; abordagem individual e relato em impresso específico; ações de orientação e treinamento.

No que tange a interface com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), 72,7% relataram notificação à Anvisa, enquanto 27,3% descreveram dificuldades para realização da notificação. Todas as instituições mencionaram acompanhar os alertas e informes publicados pela Agência (100%).

De forma complementar, todas as instituições (100%) referiram adotar os protocolos básicos do Ministério da Saúde referentes à Segurança do Paciente. Parte das instituições (36,4%), adicionalmente, adotava também outros protocolos.

Ao analisar o processo de implantação do NSP, apenas um hospital negou o enfrentamento de dificuldades. De maneira geral, as principais dificuldades citadas foram: conscientização e adesão das equipes, aceitação de normas e protocolos estabelecidos, engajamento de equipe médica e coordenação, implementação de barreiras para mitigar incidentes e eventos adversos, medo dos trabalhadores em notificar e capacitação dos profissionais para utilização do sistema.

DISCUSSÃO

Os achados deste estudo revelam a formação dos NSP após a instituição do PNSP, o que reforça o programa como importante iniciativa no campo da segurança do paciente, com ações que se somaram às iniciativas prévias e movimentos para a melhoria da qualidade, tais como os programas nacionais de certificação e acreditação da qualidade.

Nesse aspecto, os programas de certificação de qualidade e acreditação, caracterizados pela avaliação periódica e voluntária da instituição, têm auxiliado as instituições de saúde a avançarem no autoconhecimento da organização, contribuindo para a promoção da qualidade da assistência e controle de riscos⁽⁹⁾.

A composição dos NSP tem perfil multiprofissional, ainda que haja a participação de outros profissionais, constatou-se a desproporcionalidade na distribuição quantitativa e de formação entre os profissionais identificados. Os achados coadunam estudo realizado em NSP de hospitais paulistas, em que foi observado que na metade das instituições pesquisadas o enfermeiro ocupava o cargo de coordenação no NSP, sendo esse um dos profissionais mais atuantes⁽¹⁰⁾.

Cabe destacar que, a atuação multiprofissional na abordagem da temática de segurança do paciente favorece a obtenção de melhores resultados, uma vez que a assistência à saúde tem caráter coletivo, sendo ofertada por diferentes categorias profissionais, que além de serem corresponsáveis pelo cuidado prestado ao paciente, são capazes de promover soluções para problemas relacionados à assistência⁽⁷⁾.

Outra característica destacada na composição dos NSP participantes deste estudo é o envolvimento de membros da diretoria do hospital. Considerando seu caráter estratégico, recomenda-se que o NSP esteja vinculado e atue de forma articulada com órgãos gestores do hospital e com demais instâncias relacionadas à qualidade da assistência.

Entende-se que, o apoio do corpo diretivo e o engajamento das lideranças são fundamentais para a atuação efetiva do NSP⁽⁸⁾, uma vez que as interações entre os diferentes níveis hierárquicos possibilitam o alcance de práticas mais seguras, com as diferentes equipes atuando como protagonistas para a resolução de problemas e desenvolvimento de estratégias⁽¹¹⁾.

A melhoria da qualidade e segurança do paciente será efetiva se houver o envolvimento da organização como um todo, possibilitando, além da adoção de iniciativas, a sustentação de esforços; ou seja, é preciso que os membros do corpo diretivo, lideranças, gerências e profissionais estabeleçam maior engajamento na segurança do paciente⁽³⁾.

Outro aspecto administrativo analisado diz respeito à nomeação do NSP, apenas 27,3% dos NSP participantes deste estudo tiveram nomeação por portaria, o que, em tese, confere maior autoridade e autonomia para a execução do PSP⁽⁵⁾.

A autonomia no processo decisório dos NSP foi apontada por todas as instituições participantes, tendo sido relatadas, ainda, a atuação com envolvimento de diferentes setores, o registro de ações em atas e a devolutiva aos trabalhadores. A autonomia e o poder decisório e normativo estão relacionados à posição ocupada no organograma e ao envolvimento e concordância entre a estrutura organizacional e o funcionamento da organização. Nesse sentido, reforça-se a importância da adoção de modelos de gestão capazes de apoiar e incentivar a prática segura e de qualidade, com maior envolvimento de coordenadores e fomento ao aprendizado organizacional alinhado à cultura de segurança⁽¹⁰⁾.

As estratégias e ações de gestão de riscos estabelecidas pelo NSP constituem o PSP, identificado em 90,9% das instituições pesquisadas. Tendo em vista que o PSP é o instrumento norteador de ações, seu desenvolvimento transcorre de forma dinâmica e contínua, almejando a organização e revisão de processos de trabalho, bem como o melhor preparo para a execução de funções⁽⁶⁾. Por este motivo, o PSP deve ser revisitado e atualizado periodicamente, o que fora identificado no presente estudo.

O monitoramento dos incidentes e eventos adversos é prerrogativa do NSP e, por isso, estratégia chave contemplada no PSP para a mitigação de danos e o aprendizado para a segurança do paciente. Todas as instituições referiram realizar a notificação de tais circunstâncias, seja manual ou eletronicamente.

A notificação voluntária, ainda que não deva ser método isolado de identificação de incidentes e eventos adversos, cumpre importante função na coleta de informações, assim como possibilitando o fortalecimento da cultura de segurança por meio de maior envolvimento dos funcionários. Ressalta-se que, a utilização de sistemas informatizados otimiza o processo de notificação, tornando-o mais ágil, rápido, sem intermediários, além de viabilizar a obtenção de dados sistematizados, favorecendo a organização e análise das informações⁽¹²⁾.

O principal notificador, apontado neste estudo, foi o trabalhador da assistência direta ao paciente; contexto em que cabe destacar a importância de sensibilização dos profissionais para a identificação de eventos adversos e prevenção de novas ocorrências.

Sabe-se que o registro dos erros, bem como o levantamento dos dados notificados, é um grande desafio para as instituições, pois ainda remete à exposição e possibilidade de punição

por parte de quem comete a falha, sem considerar a coparticipação e a corresponsabilidade de todos na manutenção da segurança.

Superar a cultura punitiva implica em mudanças de hábitos, valores e comportamentos em relação à assistência à saúde; ou seja, implica em novas práticas assistenciais, que apenas serão alcançadas se, além de normas e diretrizes, as instituições promoverem ações educativas e melhores condições de comunicação, favorecendo a prática de notificação e desenvolvimento de cultura de segurança⁽¹³⁾.

O fortalecimento da cultura de segurança resulta, além da superação da cultura punitiva, na possibilidade de ampliar a qualificação e o compromisso profissional, revendo o processo de trabalho para identificação de possíveis fatores responsáveis por acentuar a subnotificação, tais como a sobrecarga de trabalho ou o despreparo para utilização de um sistema ou ficha de notificação da instituição⁽¹⁴⁾.

A notificação dos incidentes e eventos adversos possibilita, ainda, o aprendizado e a implantação de medidas capazes de reduzir os riscos, tornando-se essencial o feedback ao notificante.

Nesse contexto, torna-se amplamente reconhecida a necessidade de fomentar a notificação dos eventos adversos, atuar na divulgação dos resultados às equipes e na prevenção de eventos, bem como promover demais estratégias de gestão de risco, tais como, comunicação efetiva, integração dos diferentes processos de gestão e capacitação dos profissionais⁽¹⁰⁾.

O incentivo ao envolvimento do paciente e familiares na segurança do paciente também deve ser fortalecido nas instituições⁽¹⁰⁾, uma vez que sua participação contribui para o desenvolvimento da cultura de segurança⁽¹³⁾.

Visando maior envolvimento do paciente em sua segurança, são apontadas como possíveis estratégias: comunicação aberta e efetiva entre profissionais, acompanhantes e pacientes; orientações e informações sobre o plano de cuidado para o reconhecimento de eventos adversos; fiscalização e vigilância de cuidados pelos pacientes e acompanhantes; promoção de autocuidado do paciente; informar pacientes e familiares sobre a ocorrência de eventos adversos, bem como integrá-los na missão de redução de incidentes⁽¹⁵⁾.

Por conseguinte, frente às evidências alusivas à importância da inserção do paciente e familiar na promoção da segurança, entende-se que são necessárias ações sistemáticas para criar uma cultura de segurança na qual os pacientes sejam vistos como parceiros dos profissionais e da instituição⁽¹⁶⁾.

No tocante à adoção de protocolos como estratégia de redução de variabilidade clínica e redução de riscos, as organizações incluídas nesse estudo referiram adotar os protocolos de segurança do paciente recomendados pelo Ministério da Saúde, além da adoção de outros, tais como: segurança na terapia transfusional, prevenção de flebite, Tromboembolismo Venoso (TEV), sepse, pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV), infecções de sítio cirúrgico (ISC), infecção de corrente sanguínea relacionada a cateter venoso central (ICSRC) e infecções do trato urinário (ITU).

Nessa perspectiva, é fundamental enfatizar que a implantação de protocolos não deve ser restrita às ações prescritivas, ou seja, além da prescrição do protocolo, deve-se buscar sua implementação prática e real, prevendo estrutura física, recursos adequados e qualificação para tal⁽¹¹⁾.

Por fim destaca em todos os sistemas de saúde, a atuação de órgãos ou organizações nacionais, com vistas a organizar e supervisionar os dados e informações notificados⁽³⁾. No Brasil, estas informações estão sob a coordenação da Anvisa, que disponibiliza ferramentas eletrônicas para o monitoramento e análise dos eventos notificados pelos serviços de saúde. Desde 2014, os registros dos eventos adversos relacionados à assistência são mandatórios, via Sistema de Notificações para a Vigilância Sanitária (NOTIVISA)⁽¹⁷⁾.

Ainda que a notificação à Anvisa seja mandatória, evidenciou-se nesse estudo que 27,3% dos hospitais não realizavam a notificação via NOTIVISA, tendo sido apontada dificuldade

para tal notificação. Nesse cenário, cabe salientar a importância deste banco de dados para identificação de vulnerabilidades e estabelecimento de ações prioritárias, por meio do aprendizado a partir das notificações, além de se constituir como fonte de investigação, ferramenta de vigilância e gestão de serviços de saúde⁽¹⁷⁾.

O estudo sinaliza aos gestores em saúde a necessidade fomentarem o envolvimento do paciente em sua segurança, desenvolverem ações de sensibilização e capacitação de todos os profissionais envolvidos com o cuidado e com o gerenciamento de unidades e serviços, além de ampliar a capacidade de análise de eventos adversos e riscos relacionados à assistência à saúde. Do ponto de vista do ensino, destaca-se que a temática se constitui como eixo transversal da saúde, devendo ser contemplada em todos os níveis de formação e categorias profissionais, incentivando o engajamento e o desenvolvimento da cultura de segurança. Ademais, pesquisadores poderão utilizar os achados deste estudo para compreender processos e lacunas relacionadas à dinâmica de organização e funcionamento dos serviços de saúde no contexto da segurança do paciente, por meio da utilização simultânea de outros métodos e contexto, ampliando a capacidade de análise na perspectiva da assistência à saúde segura.

Como limitação deste estudo, aponta-se realização em instituições hospitalares de apenas um município, muito embora possíveis vieses podem ser reduzidos em razão da participação de instituições com diferentes perfis assistenciais e natureza jurídica.

CONCLUSÕES

O estudo revela a aproximação das instituições com a temática da segurança do paciente, com a RDC nº 36 e com a qualidade da assistência. As instituições participantes possuem núcleos implantados e ativos; em sua maioria, dispõem de PSP, atuam de forma autônoma e contam com profissionais de outras instâncias deliberativas do hospital.

A composição multiprofissional, a autonomia e a interação com outros setores fazem com que os núcleos se constituam como potenciais espaços para melhoria da qualidade e segurança do paciente.

As potencialidades identificadas voltam-se para os sistemas de notificação, eletrônicos e/ou manuais; a adoção de modelos de qualidade; o envolvimento de profissionais de diferentes categorias; o envolvimento de diferentes setores na análise dos incidentes; o retorno aos trabalhadores envolvidos; o acompanhamento de alertas da Anvisa e a utilização de protocolos de segurança.

A despeito disso, os processos e as dificuldades relatadas apontam a necessidade de os hospitais fomentarem o envolvimento do paciente, desenvolverem ações de sensibilização e capacitação profissional, e ampliar a capacidade de análise de eventos adversos.

Os principais achados deste estudo enfatizam a relevância dos NSP na implementação da cultura de segurança, no gerenciamento de riscos e na adoção de ações de mudança. Os resultados reforçam o importante papel da Anvisa como instituição que promove e apoia iniciativas específicas, na edição de alertas e no monitoramento de resultados obtidos pelos NSP.

AGRADECIMENTO

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental (PPGEF) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

REFERÊNCIAS

1. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. To Err Is Human. Building a Safer Health System. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000. <https://doi.org/10.17226/9728>

2. Donaldson SLJ, Fletcher MG. The WHO World Alliance for Patient Safety: towards the years of living less dangerously. *Med J Aust.* 2006;184(S10). <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2006.tb00367.x>
3. National Patient Safety Foundation. *Free from Harm: Accelerating Patient Safety Improvement Fifteen Years after To Err Is Human.* Boston, MA: National Patient Safety Foundation; 2015.
4. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)[Internet]. 2013[cited 2020 Jul 26]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
5. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências [Internet]. 2013[cited 2020 Jul 26]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html
6. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). *Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde.* Brasília: ANVISA; 2016.
7. Herr GEG, Aozane F, Kolankiewicz ACB. Segurança do paciente: uma discussão necessária. *Rev Eletrôn Gestão Saúde* [Internet]. 2015[cited 2020 Jul 26];6(Supl. 3):2300–10. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5560284.pdf>
8. Prates CG, Magalhães AMM, Balen MA, Moura GMSS. Patient safety nucleus: the pathway in a general hospital. *Rev Gaúcha Enferm.* 2019;40(spe). <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180150>
9. Ferreira NCLQ, Meneguetti MG, Almeida CL, Gabriel CS, Laus AM. Evaluation of nursing care quality standards using process indicators. *Cogitare Enferm.* 2019;24. Available from: <https://doi.org/10.5380/ce.v24i0.62411>
10. Macedo RS, Bohomol E. Organizational structure analysis of the Patient Safety Center in hospitals of the Sentinel Network. *Rev Gaúcha Enferm.* 2019;40(spe). <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180264>
11. Siman AG, Braga LM, Amaro MOF, Brito MJM. Practice challenges in patient safety. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(6):1504–11. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0441>
12. Capucho HC, Arnas ER, Cassiani SHDB. Patient safety: a comparison between handwritten and computerized voluntary incident reporting. *Rev Gaúcha Enferm.* 2013;34(1):164–72. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000100021>
13. Siman AG, Cunha SGS, Brito MJM. The practice of reporting adverse events in a teaching hospital. *Rev da Esc Enferm.* 2017;51. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016045503243>
14. Silva AKM, Costa DCM, Reis AMM. Risk factors associated with in-hospital falls reported to the Patient Safety Committee of a teaching hospital. *Einstein (São Paulo).* 2019;17(1). https://doi.org/10.31744/einstein_journal/
15. Silva TO, Bezerra ALQ, Paranaguá TTB, Teixeira CC. Patient involvement in the safety of care: an integrative review. *Rev Eletrôn Enferm.* 2016;18. <https://doi.org/10.5216/ree.v18.33340>
16. Sahlström M, Partanen P, Rathert C, Turunen H. Patient participation in patient safety still missing: patient safety experts' views. *Int J Nurs Pract.* 2016;22(5):461–9. <http://doi.wiley.com/10.1111/ijn.12476>
17. 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 Saúde.* 2018;27(2). <https://doi.org/10.5123/s1679-49742018000200004>