

Núcleos de Segurança do Paciente: estudo descritivo sobre a estrutura e os processos desenvolvidos em hospitais estaduais do Espírito Santo

Patient Safety Centers: descriptive study on the structure and processes developed in state hospitals in Espírito Santo

RESUMO

Shaiane Coslop^{1,*} 

Bárbara do Nascimento
Caldas^{II} 

Eliane de Fátima Almeida
Lima^I 

Flávia Batista Portugal^I 

Introdução: Em 2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) estabeleceu ações para promoção da segurança do paciente, como a estruturação de Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) nos serviços de saúde. **Objetivo:** Conhecer as características relacionadas à estrutura e processos dos NSP de hospitais públicos estaduais do Espírito Santo. **Método:** Estudo transversal e descritivo, com abordagem quantitativa e dados coletados entre novembro de 2020 a janeiro de 2021 por meio de instrumento validado. **Resultados:** Oito hospitais participaram, sendo 62,5% situados na região metropolitana. Sete (87,5%) informaram possuir equipes multiprofissionais; três (37,5%) indicaram a implantação total da maioria dos processos e três a predominância de processos parcialmente implantados. Os protocolos mais prevalentes foram o de identificação do paciente e higiene de mãos (87,5%). O protocolo de comunicação efetiva e o de incentivo ao envolvimento de paciente e familiares foram implantados por um e dois NSP, respectivamente. Apenas um hospital referiu notificar os eventos adversos no sistema nacional. **Conclusões:** A maioria dos NSP apresentaram resultados parciais sobre a implantação dos processos de segurança do paciente. Ações adicionais da parte de gestores do sistema e dos diretores dos hospitais devem ser somadas aos esforços no nível nacional para otimizar a implementação do PNSP.

PALAVRAS-CHAVE: Segurança do Paciente; Hospitais Públicos; Qualidade da Assistência à Saúde; Gestão de Segurança, Políticas de Saúde

ABSTRACT

Introduction: In 2013, the National Health Surveillance Agency established guidelines for the Health Services Establishments to promote patient safety, including the mandatory creation of Patient Safety Centers. **Objective:** To identify characteristics of the structure and processes of public state hospitals in the State of Espírito Santo. **Method:** Descriptive study with quantitative approach carried on at Patient Safety Centers in public hospitals of the State of Espírito Santo. Data collected between November 2020 and January 2021 using a validated tool. **Results:** Members of Patient Safety Centers of 8 hospitals were part of this study. 62.5% of them are in the metropolitan area. Seven Centers (87.5%) indicated having multiprofessional teams; three (37.5%) indicated having fully implemented most processes and three (37.5%) indicated having partially implemented most processes. The processes indicated as most implemented are “Patient Identification” and “Hands Hygiene” (87.5%). “Effective Communication” process was implemented by one Center (12.5%) and ‘Incentive for patients and family members to get involved in their own security’ by 2 Centers (25.0%). **Conclusions:** Most NSPs showed partial results regarding the implementation of patient safety processes. Additional actions by state level policymakers and hospital managers should be added to national level efforts to optimize PNSP implementation.

KEYWORDS: Patient Safety; Public Hospitals; Safety Management; Quality of Health Care; Health Policy

^I Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGSC), Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Vitória, ES, Brasil

^{II} Instituto Nacional de Cardiologia, Ministério da Saúde, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

* E-mail: shaiane.saude@gmail.com

Recebido: 03 maio 2023

Aprovado: 18 set 2023

Como citar: Coslop S, Caldas BN, Lima EFA, Portugal FB. Núcleos de Segurança do Paciente: estudo descritivo sobre a estrutura e os processos desenvolvidos em hospitais estaduais do Espírito Santo. *Vigil Sanit Debate*, Rio de Janeiro, 2023, v.11: e02196. <https://doi.org/10.22239/2317-269X.02196>



INTRODUÇÃO

Com o passar dos anos e o aumento da complexidade do cuidado de saúde, a segurança do paciente se destacou como importante dimensão da qualidade do cuidado, intensificando-se as iniciativas voltadas à sua promoção^{1,2}. No Brasil, nas últimas décadas, diversas ações com esse objetivo foram conduzidas (por exemplo, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n° 63, de 25 de novembro de 2011), sendo marco principal o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) instituído em 2013, que visa contribuir para qualificação do cuidado em todos os serviços do país³. O desenho do PNSP, no nível dos serviços de saúde, combina o foco em questões clínicas específicas (como a cirurgia segura) e o fortalecimento da capacidade organizacional para segurança do paciente, a partir da criação de equipes de gestão da segurança e gerenciamento de risco - os Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) - e do fortalecimento da cultura de segurança⁴. No mesmo ano, em alinhamento com o PNSP, a RDC da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) n° 36, de 25 de julho de 2013, instituiu ações para a segurança do paciente em todos os serviços de saúde - excluindo-se consultórios individuais, laboratórios clínicos, serviços móveis e domiciliares⁵.

As exigências introduzidas pela normativa da Anvisa incluem o estabelecimento de um NSP em cada serviço, cuja equipe deve coordenar a implementação do PNSP com a responsabilidade de elaborar um plano local de segurança do paciente para o hospital e de notificar incidentes ao sistema nacional⁵. O NSP também é responsável por apoiar as equipes assistenciais do hospital a implementar protocolos para redução de risco, entre eles os seis protocolos básicos: segurança na higiene de mãos, identificação segura dos pacientes, prevenção de lesões por pressão, prevenção de quedas, cirurgias seguras, e segurança na prescrição, dispensação e administração de medicamentos^{6,7}.

Os NSP devem ser cadastrados junto à Anvisa. Esse cadastro permite aos NSP o acesso ao Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária (Notivisa), sistema informatizado utilizado para notificação, por profissionais, cidadãos ou estabelecimentos e saúde, de incidentes, eventos adversos (EA) e queixas técnicas relacionadas a produtos⁸ e ao VigiMed (exclusivo para a notificação de eventos relacionados a medicamentos e vacinas)⁹.

O grau com que os NSP conseguem implantar os planos de segurança do paciente, apoiar as equipes assistenciais a implantar os protocolos e fortalecer a cultura de segurança depende de fatores organizacionais como liderança da alta gestão, dimensionamento e treinamento adequado dos profissionais e maturidade do sistema de melhoria da qualidade^{10,11,12}. Porém, uma revisão da literatura recente aponta um cenário desafiador para a melhoria da segurança do paciente em hospitais brasileiros, com barreiras materiais, simbólicas e relacionais à atuação das equipes de gestão da segurança¹³. Evidenciaram-se fragilidades relacionadas à estrutura organizacional e às atividades desempenhadas pelos núcleos^{14,15,16}, além de questões que dificultam a implementação de estratégias de segurança do paciente nos serviços de saúde, como déficit de profissionais e baixo apoio da direção^{17,18}.

A implementação do PNSP nos hospitais do Espírito Santo tem sido lenta. Oito anos após a criação do programa, dos 106 hospitais do estado (públicos, filantrópicos e privados)¹⁹, apenas 68 apresentavam NSP cadastrado junto à Anvisa²⁰. No período de abril de 2020 a março de 2021, os hospitais localizados no Espírito Santo foram responsáveis pela notificação de 3.620 incidentes, a maioria com danos leves ou sem danos aos pacientes²¹.

Os hospitais públicos estaduais desempenham papel relevante na rede de serviços de saúde do Espírito Santo. Porém, até o momento, pouco se sabe sobre como os NSP, tão importantes para o gerenciamento e a implementação das ações de segurança do paciente, estão estruturados nesses hospitais, nem que processos, previstos nas normativas do PNSP^{1,2} eles conseguiram implementar. A partir da aplicação de um questionário preenchido por representantes dos hospitais, o presente estudo buscou conhecer características relacionadas à estrutura e aos processos dos NSP de hospitais públicos estaduais do Espírito Santo.

MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo, com abordagem quantitativa, realizado em hospitais públicos estaduais do Espírito Santo. Foram convidados a participar da pesquisa os 13 hospitais (de um total de 18) que, em 2019, possuíam NSP cadastrado junto à Anvisa. Para responder ao instrumento, definiu-se a participação de um membro do NSP por instituição. Foi realizado um contato inicial com a direção de cada hospital, que direcionou a pesquisadora ao contato com os profissionais do NSP indicados para participar da pesquisa. Os contatos foram realizados por telefone e e-mail. Após três meses de tentativas, aqueles que não responderam foram considerados como recusa.

A coleta de dados foi realizada de novembro de 2020 a janeiro de 2021. Os dados foram coletados por meio de instrumento de autoavaliação de NSP validado²². O instrumento possui um tópico sobre a estrutura dos NSP: I. Recursos Humanos e Materiais (sete itens); e cinco tópicos sobre Processo: II. Implantação do NSP (sete itens); III. Principais atividades do NSP (13 itens); IV. Diretrizes e ações de prevenção de Evento Sentinela (sete itens); V. Estratégias e ações para Gestão de Risco (17 itens); VI. Capacitação dos profissionais (14 itens)²². O instrumento foi preenchido pelo profissional indicado em cada hospital, tendo sido disponibilizado por meio do *Google Forms*[®]. Adicionalmente, foram coletados dados sobre o perfil dos participantes (por exemplo, experiência e formação na área) e conformação dos NSP (por exemplo, data de criação e profissionais que compunham os NSP).

Os dados foram analisados descritivamente com auxílio do programa Microsoft Excel[®]. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) 26495419.8.0000.5060, parecer n° 4.335.066.



RESULTADOS

Dos 13 hospitais convidados, 12 manifestaram anuência inicial para participar da pesquisa, mas apenas oito preencheram o instrumento (um informou não possuir NSP estruturado e três foram considerados como recusa por não responderem aos e-mails subsequentes). Ao todo, participaram cinco (62,5%) hospitais da região metropolitana e três (37,5%) do interior do estado. Seis (75,0%) hospitais se caracterizavam por grande porte (acima de 150 leitos); um (12,5%) hospital de médio porte (51 a 150 leitos) e um (12,5%) de pequeno porte (menor que 50 leitos).

A maioria dos profissionais (62,5%) não soube informar a data de estruturação inicial do NSP, os demais foram criados entre 2013 e 2016. Quanto às características dos respondentes, 62,5% (n = 5) atuavam há pelo menos dois anos na área e não possuíam experiência na área da qualidade antes do trabalho no NSP. Ressalta-se também que sete respondentes participaram de curso na área de segurança e qualidade e somente quatro eram profissionais exclusivos do núcleo.

Em relação à estruturação das equipes, 87,5% informaram possuir equipes multiprofissionais, sendo que médicos e enfermeiros estavam presentes na maioria dos núcleos (100,0% e 87,5%, respectivamente), e farmacêuticos em 75,0%. Um núcleo informou

possuir somente um membro, médico. Somente um núcleo informou a participação da direção do hospital. Observou-se a indisponibilidade de área física própria, acesso à internet, impressora e recursos humanos em um núcleo (12,5%) (Tabela 1).

Dos NSP estudados, somente 37,5% informaram a maioria dos processos totalmente implantados (NSP 1, 2 e 6). Houve predominância de processos parcialmente implantados em três NSP (NSP 3, 5 e 8). Dois núcleos (NSP 4 e 7) apontaram predominância de processos ainda em planejamento de implantação (Tabela 2).

Em relação aos processos relacionados à implantação dos núcleos (Tabela 3), todos informaram implantar (total ou parcialmente) estratégias para prevenção de EA em articulação com os gestores e as estratégias para notificação de riscos e eventos ocorridos contemplados no Plano de Segurança do Paciente (PSP). Somente um núcleo (12,5%) informou possuir totalmente implantadas as estratégias para divulgação dos resultados às equipes. Além disso, um NSP (12,5%) não havia implantado nenhuma estratégia ou ação para evitar a responsabilização individual e dois (25,0%) não utilizavam ferramentas de qualidade para gerenciar os riscos de EA.

Quanto às atividades desempenhadas pelos núcleos (Tabela 3), observa-se maior prevalência das ações para integração multiprofissional, identificação e avaliação de EA, acompanhamento das ações vinculadas ao PSP e arquivamento de notificações (62,5%). Somente um núcleo (12,5%) apontou a implantação total da notificação dos EA ao Notivisa.

Quanto às estratégias para gestão de riscos, observa-se maior prevalência da implantação de ações voltadas para a identificação do paciente e higiene de mãos (87,5%). Um núcleo (12,5%) informou implantar estratégias para comunicação efetiva e dois (25,0%) para o incentivo ao paciente e familiares a se envolverem na sua própria segurança. Sobre as ações com eventos sentinela, cinco NSP (62,5%) informaram implantar para prevenção de eventos em procedimentos cirúrgicos (62,5%), e quatro (50,0%) em gestão do cuidado e no uso de produtos e dispositivos. As diretrizes menos implantadas se referiam às de prevenção de eventos criminais potenciais (n = 2; 25,0%) e um NSP (12,5%) informou que essa diretriz não será implantada (Tabela 4).

Tabela 1. Estrutura dos Núcleos de Segurança do Paciente participantes, Espírito Santo, 2020-2021.

Estrutura	Sim		Não	
	%	n	%	n
Área física	87,5	7	12,5	1
Computador	100,0	8	0,0	0
Impressora	87,5	7	12,5	1
Telefone	100,0	8	0,0	0
Acesso à internet	87,5	7	12,5	1
Material e escritório	100,0	8	0,0	0
Recursos humanos	87,5	7	12,5	1

Fonte: Elaborada pelos autores, 2023.

Tabela 2. Processos implantados por Núcleos de Segurança do Paciente participantes, Espírito Santo, 2020-2021.

Implantação de processos	I		PIM		PLI		NSI		NSA	
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
NSP 1	87,9	51	12,1	7	0,0	0	0,0	0	0,0	0
NSP 2	87,9	51	12,1	7	0,0	0	0,0	0	0,0	0
NSP 3	6,9	4	55,2	32	37,9	22	0,0	0	0,0	0
NSP 4	12,1	7	29,3	17	55,2	32	1,7	1	1,7	1
NSP 5	32,8	19	50,0	29	17,2	10	0,0	0	0,0	0
NSP 6	98,3	57	0,0	0	0,0	0	0,0	0	1,7	1
NSP 7	10,3	6	31,0	18	39,7	23	0,0	0	19,0	11
NSP 8	32,8	19	58,6	34	6,9	4	0,0	0	1,7	1

Fonte: Elaborada pelos autores, 2023.

I: Implantado; PIM: Parcialmente implantado; PLI: Planeja implantar; NSI: Não será implantado; NSA: Não se aplica.



Tabela 3. Distribuição dos principais processos e atividades desenvolvidas pelos Núcleos de Segurança do Paciente, Espírito Santo, 2020-2021.

	I		PIM		PLI		NSI		NSA	
	%	n	%	n	%	%	n	%	n	%
Implantação do NSP										
NSP estruturado	87,5	7	12,5	1	0,0	0	0,0	0	0,0	0
A alta direção participa e apoia as estratégias de cultura de segurança	62,5	5	25,0	2	12,5	1	0,0	0	0,0	0
Usa ferramentas da qualidade para gerenciar os riscos de EA	62,5	5	12,5	1	25,0	2	0,0	0	0,0	0
Há estratégias para notificação de riscos e eventos ocorridos contemplados no PSP	62,5	5	37,5	3	0,0	0	0,0	0	0,0	0
Há estratégia de prevenção de EA articulado com outros gestores	50,0	4	50,0	4	0,0	0	0,0	0	0,0	0
Há estratégias e ações para evitar responsabilização individual	37,5	3	37,5	3	25,0	2	0,0	0	0,0	0
Promove ações para a Gestão de Risco	37,5	3	62,5	5	0,0	0	0,0	0	0,0	0
Há estratégias para divulgação dos resultados às equipes	12,5	1	62,5	5	25,0	2	0,0	0	0,0	0
Principais atividades do NSP										
Desenvolve ações para integração multiprofissional	62,5	5	37,5	3	0,0	0	0,0	0	0,0	0
Identifica e avalia EA existentes nos processos e procedimentos	62,5	5	25,0	2	12,5	1	0,0	0	0,0	0
Acompanha as ações vinculadas ao PSP	62,5	5	25,0	2	12,5	1	0,0	0	0,0	0
Elabora, implanta, divulga e atualiza o PSP	50,0	4	25,0	2	25,0	2	0,0	0	0,0	0
Desenvolve, implanta e acompanha programas de capacitação em segurança do paciente	50,0	4	25,0	2	25,0	2	0,0	0	0,0	0
Analisa e avalia os dados sobre incidentes e EA decorrentes da assistência prestada	50,0	4	37,5	3	12,5	1	0,0	0	0,0	0
Promove ações para a Gestão de Risco	37,5	3	62,5	5	0,0	0	0,0	0	0,0	0
Implanta os protocolos de segurança do paciente e monitora seus indicadores	37,5	3	50,0	4	12,5	1	0,0	0	0,0	0
Estabelece barreira de prevenção de acidentes	37,5	3	37,5	3	25,0	2	0,0	0	0,0	0
Divulga à direção e aos profissionais os resultados da análise dos EA e incidentes	37,5	3	37,5	3	25,0	2	0,0	0	0,0	0
Acompanha os alertas sanitários e outros comunicados de riscos	37,5	3	37,5	3	25,0	2	0,0	0	0,0	0
Notifica os EA ao Serviço Nacional de Vigilância Sanitária	12,5	1	50,0	4	37,5	3	0,0	0	0,0	0

Fonte: Elaborada pelos autores, 2023.

I: Implantado; PIM: Parcialmente implantado; PLI: Planeja implantar; NSI: Não será implantado; NSA: Não se aplica; NSP: Núcleos de Segurança do Paciente; PSP: Plano de Segurança do Paciente; EA: Eventos adversos.

Quanto à realização de atividades educativas, todos os núcleos relataram desenvolver capacitações, prevalecendo aquelas sobre NSP (75,0%). Somente um núcleo informou a realização de capacitação sobre cultura de segurança (Tabela 5).

DISCUSSÃO

Os 18 hospitais públicos estaduais do Espírito Santo respondem pelo atendimento de média e alta complexidade em diversas especialidades, representando aproximadamente 26,5% da oferta de leitos gerais e especializados (2.686 de 10.142) e 37,8% da oferta de leitos de terapia intensiva (adulto, pediátrica e neonatal) (880 de 2.216) do estado¹⁹. O conjunto é composto por unidades de diferentes portes, sete hospitais de grande porte (acima de 150 leitos), sete de médio porte (51 a 150 leitos) e

quatro de pequeno porte (menor que 50 leitos); e mecanismos de gestão - quatro hospitais são geridos por Organizações Sociais (OS) mediante contrato com a Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA-ES). A grande parte dos hospitais se situa na Região Metropolitana de Saúde do estado (11 hospitais), dois hospitais se situam na Região Sul de Saúde e quatro na Região Central/Norte¹⁹.

Em julho de 2019, 13 hospitais públicos estaduais apresentaram NSP cadastrado junto à Anvisa. Além do cadastro de NSP, a Anvisa busca acompanhar a adesão às práticas de segurança do paciente por parte dos hospitais com leitos de terapia intensiva promovendo uma autoavaliação anual²³. Dos hospitais públicos estaduais com esse perfil, somente três apresentaram resultado de alta adesão na avaliação realizada em 2019; a alta adesão



foi mantida por dois hospitais na avaliação realizada em 2020, quando novos critérios de avaliação foram introduzidos²⁴.

Ao levantar características importantes a respeito da estruturação dos NSP nos hospitais públicos estaduais do Espírito Santo e os processos que estes conseguiram implantar, o presente estudo oferece informações para gestores e formuladores de política, ao mesmo tempo que contribui para a literatura sobre o tema. Apesar de não abranger a totalidade de hospitais estaduais, o número de NSP participantes se mostrou representativo dos hospitais estaduais de grande porte e localizados na região metropolitana. Os achados se assemelham aos de estudos realizados em outros estados do país, tais como os relacionados à estrutura física adequada, porém, com limitações no que se refere aos recursos humanos^{14,15,25}, por

exemplo, profissionais em número insuficiente que acumulam a função do NSP com outras funções e, na maioria das vezes, com pouca experiência e formação na área da qualidade e segurança. O perfil de implantação dos protocolos de segurança do paciente dos NSP participantes da pesquisa também é semelhante ao de outros estudos, uma vez que os protocolos de identificação do paciente, higienização de mãos, prevenção de quedas, controle de infecções relacionadas à assistência à saúde e cirurgia segura estão entre os protocolos implantados com maior frequência, e comunicação efetiva^{26,27,28} e envolvimento do paciente em sua segurança^{27,28} entre os implantados por um número menor de NSP^{14,16,25,27,28}.

O estudo apresenta um diagnóstico inicial sobre a estruturação e a atuação dos NSP nos hospitais públicos estaduais do Espírito

Tabela 4. Apresentação das estratégias para gestão de risco desenvolvidas pelos Núcleos de Segurança do Paciente, Espírito Santo, 2020-2021.

	I		PIM		PLI		NSI		NSA	
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Diretrizes para prevenção de eventos sentinela										
Procedimentos cirúrgicos	62,5	5	25,0	2	0,0	0	0,0	0	12,5	1
Produtos e dispositivos	50,0	4	12,5	1	25,0	2	0,0	0	12,5	1
Gestão do cuidado	50,0	4	25,0	2	25,0	2	0,0	0	0,0	0
Eventos ambientais	37,5	3	12,5	1	37,5	3	0,0	0	12,5	1
Eventos radiológicos	37,5	3	0,0	0	37,5	3	0,0	0	25,0	2
Proteção do paciente	25,0	2	37,5	3	37,5	3	0,0	0	0,0	0
Eventos criminais potenciais	25,0	2	0,0	0	37,5	3	12,5	1	25,0	2
Estratégias e ações para gestão de risco										
Identificação do paciente	87,5	7	0,0	0	12,5	1	0,0	0	0,0	0
Incentivo à higiene das mãos	87,5	7	12,5	1	0,0	0	0,0	0	0,0	0
Cirurgia segura	62,5	5	25,0	2	12,5	1	0,0	0	0,0	0
Segurança na prescrição, uso e administração de hemocomponentes	62,5	5	12,5	1	25,0	2	0,0	0	0,0	0
Prevenção de queda dos pacientes	62,5	5	25,0	2	12,5	1	0,0	0	0,0	0
Prevenção e controle de EA, incluindo infecção relacionada à assistência	62,5	5	37,5	3	0,0	0	0,0	0	0,0	0
Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos	50,0	4	37,5	3	12,5	1	0,0	0	0,0	0
Prevenção de lesão por pressão	50,0	4	37,5	3	12,5	1	0,0	0	0,0	0
Implementação dos protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde	50,0	4	25,0	2	25,0	2	0,0	0	0,0	0
Registra o uso de órteses e próteses, quando utilizado	50,0	4	12,5	1	12,5	1	0,0	0	25,0	2
Ações de incentivo ao ambiente seguro	50,0	4	12,5	1	25,0	2	0,0	0	12,5	1
Segurança na utilização de equipamentos e materiais	37,5	3	50,0	4	12,5	1	0,0	0	0,0	0
Identificação, análise, monitoramento e comunicação dos riscos	37,5	3	37,5	3	25,0	2	0,0	0	0,0	0
Integração dos diferentes processos de Gestão de Risco desenvolvidos no serviço	37,5	3	25,0	2	25,0	2	0,0	0	12,5	1
Segurança na prescrição, uso e administração de terapias nutricionais enterais e parenterais	37,5	3	25,0	2	25,0	2	0,0	0	12,5	1
Incentiva o paciente e familiares a se envolverem na sua própria segurança	25,0	2	62,5	5	12,5	1	0,0	0	0,0	0
Comunicação efetiva	12,5	1	62,5	5	25,0	2	0,0	0	0,0	0

Fonte: Elaborada pelos autores, 2023.

I: Implantado; PIM: Parcialmente implantado; PLI: Planeja implantar; NSI: Não será implantado; NSA: Não se aplica; EA: Eventos adversos.



Tabela 5. Capacitações realizadas pelos Núcleos de Segurança do Paciente, Espírito Santo, 2020-2021.

	R		PR		PLR		NSR		NSA	
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Capacitação dos profissionais										
Núcleo de Segurança do Paciente	75,0	6	12,5	1	12,5	1	0,0	0	0,0	0
Protocolos de segurança do paciente	50,0	4	25,0	2	12,5	2	0,0	0	0,0	0
Plano de Segurança do Paciente	50,0	4	25,0	2	12,5	2	0,0	0	0,0	0
Sistema de notificação e EA	50,0	4	25,0	2	12,5	2	0,0	0	0,0	0
Qualidade e segurança do paciente	37,5	3	50,0	4	12,5	1	0,0	0	0,0	0
Princípios básicos em segurança do paciente	37,5	3	50,0	4	12,5	1	0,0	0	0,0	0
Tipos de EA relacionados à assistência à saúde	37,5	3	37,5	3	12,5	2	0,0	0	0,0	0
Estratégias para melhoria da qualidade e segurança	37,5	3	25,0	2	12,5	2	0,0	0	12,5	1
Investigação de EA	37,5	3	50,0	4	12,5	1	0,0	0	0,0	0
Análise de causa-raiz	37,5	3	25,0	2	12,5	3	0,0	0	0,0	0
Análise de Modos de Falhas e Efeitos	37,5	3	12,5	1	12,5	3	0,0	0	12,5	1
Indicadores de segurança do paciente	25,0	2	50,0	4	12,5	2	0,0	0	0,0	0
Gerenciamento e Gestão de Risco	25,0	2	50,0	4	12,5	2	0,0	0	0,0	0
Cultura de segurança	12,5	1	37,5	3	12,5	4	0,0	0	0,0	0

Fonte: Elaborada pelos autores, 2023.

R: Realizado; PR: Parcialmente realizado; PLR: Planeja realizar; NSR: Não será realizado; NSA: Não se aplica; EA: Eventos adversos.

Santo. Pode-se considerar como um diagnóstico inicial, pois estuda “o que” os NSP fazem, mas não “como” fazem, nem que dificuldades encontram nessa atuação. Para fazer um trabalho efetivo, que consiga reduzir os riscos e danos decorrentes do cuidado de saúde, os hospitais devem ser capazes de estabelecer ciclos virtuosos nos quais o aprendizado gerado a partir das falhas identificadas orienta mudanças nas práticas no nível da organização e das equipes assistenciais^{10,29}. Para isso, relações de trabalho cooperativo entre equipes de gestão da segurança (que organizam o aprendizado) e direção e áreas assistenciais (responsáveis pelas mudanças no nível organizacional e departamental, respectivamente) são condição *sine qua non*. Porém, os achados apontam pouca interação entre os NSP e a alta gestão e as lideranças clínicas (por exemplo, apenas um participante relatou haver estratégias para divulgação dos resultados às equipes, e três participantes relataram divulgar à direção e aos profissionais os resultados da análise dos EA e incidentes), sugerindo que a maioria dos hospitais públicos estaduais do ES ainda não tenha estabelecido tais ciclos.

Os resultados indicam ainda situações que podem comprometer o desenvolvimento das estratégias de segurança do paciente. Nesse sentido, o fortalecimento de estratégias que compreendam o envolvimento da alta direção³⁰, o engajamento de equipes³¹, a minimização da cultura punitiva dentro das organizações³² e o desenvolvimento contínuo de estratégias educativas³³, ainda pouco exploradas pelos NSP estudados, representam caminhos para o avanço da atuação dos NSP.

Mais de sete anos após o estabelecimento do PNSP, nem todos os hospitais públicos estaduais do ES haviam estabelecido NSP.

Dos que apresentavam NSP, muitos estavam ainda implantando a maioria dos processos, e, pelo que sugerem os achados, é provável que poucos tenham estabelecido processos de aprendizado organizacional que fortalecem a cultura de segurança. Isso mostra o quão desafiador é implantar de modo efetivo programas de segurança do paciente em larga escala, como o PNSP. Ações adicionais da parte de gestores do sistema e dos diretores dos hospitais devem ser somadas aos esforços no nível nacional (tais como oferecer cursos de capacitação e estabelecer um sistema de monitoramento da adesão às práticas de segurança) para otimizar a implementação do PNSP. Estudo recente sugere que otimizar a implementação do PNSP em hospitais públicos de modo a fortalecer a cultura de segurança envolve o tratamento de questões estruturais (por exemplo: capacidade de gestão limitada, dimensionamento e treinamento inadequados e ausência de recursos para investir em melhorias), o desenvolvimento da capacidade local de liderança para segurança do paciente, e evitar o monitoramento de natureza burocrática que promove a verificação de itens em vez da compreensão dos problemas¹¹.

Os gestores de sistemas de saúde com hospitais sob sua administração direta ou indireta devem assegurar que os NSP tenham profissionais exclusivos e com acesso a capacitações e treinamentos necessários. O dimensionamento e treinamento adequados das equipes assistenciais também devem ser uma preocupação³⁴. Além das questões de recursos humanos, as questões materiais influenciam diretamente a capacidade dos NSP e das equipes assistenciais para colocar em prática os protocolos de segurança, como os insumos para a prevenção das lesões por pressão e as mudanças ambientais para prevenção de quedas (por exemplo, barras nos banheiros e chão antiderrapante), e



devem ser priorizadas pelos gestores de sistemas de saúde e diretores de hospitais evidenciando o compromisso com a segurança e facilitando a implementação de práticas de segurança^{35,36}.

O papel fundamental da liderança para a segurança do paciente é consolidado na literatura³⁵. Secretarias de saúde podem apoiar os hospitais promovendo ações de capacitação para liderança em segurança do paciente e estabelecendo uma rede de aprendizado e interação entre os pares. Lideranças locais para segurança apoiam a implementação efetiva do PNSP pela presença nas iniciativas locais de segurança, participação na elaboração dos planos de segurança e garantia de recursos para execução das ações¹¹.

Por fim, secretarias de saúde podem otimizar a implementação do PNSP nos hospitais ao estabelecer uma dinâmica de monitoramento que privilegie o aprendizado de modo a conhecer e apoiar a gestão no nível dos hospitais³⁵. A ação de monitoramento da implementação do PNSP nos hospitais realizada consiste em uma avaliação anual da adesão às práticas de segurança, realizada por iniciativa da Anvisa, e em parceria com a vigilância sanitária estadual²³. Além de ser efetuada somente em hospitais que possuem unidade de terapia intensiva. Tal avaliação levanta informações objetivas sobre práticas, porém tem baixa capacidade de avaliar como as ações estão sendo desenvolvidas na prática ou quais dificuldades as equipes locais de gestão da segurança têm encontrado para colocar em prática o PSP. Nesse sentido, as vigilâncias sanitárias poderiam desenvolver ações para o conhecimento deste panorama, de forma a auxiliar as secretarias de saúde nas ações de melhoria.

Este estudo apresenta algumas limitações. Não foram obtidos dados sobre o resultado da atuação dos NSP. Assim, achados

sobre estrutura e processos não estão associados a medidas de resultado. Além disso, a indicação dos respondentes à pesquisa por parte da direção dos hospitais pode ter resultado em um panorama mais otimista do real. A coleta de dados foi realizada na vigência da pandemia da COVID-19, trazendo limitações adicionais. O impacto da pandemia nos serviços, com o aumento da carga de trabalho e a redução das equipes pelo acometimento da doença nos profissionais e/ou seus familiares, pode ter reduzido o número de hospitais participantes. Por conta da restrição de circulação nos hospitais, a coleta de dados foi adaptada para o autopreenchimento em formulário digital; dificuldades de acesso à internet podem ter limitado a participação. O autopreenchimento não possibilitou melhor compreensão da prática (por exemplo, como “Segurança na prescrição, uso e administração de terapias nutricionais enterais e parenterais” não se aplicaria em um hospital?).

CONCLUSÕES

O presente estudo apresenta um diagnóstico inicial sobre a estruturação e atuação dos NSP nos hospitais públicos estaduais do Espírito Santo e aponta caminhos para a otimização de sua atuação. Os achados da nossa pesquisa estão alinhados aos de estudos semelhantes realizados em outras regiões do país, sugerindo se tratar de um perfil/tendência nacional. Estudos mais aprofundados sobre o trabalho desenvolvido pelos NSP podem trazer informação adicional sobre os desafios encontrados por essas equipes. Estudos abrangentes, incluindo avaliação de processos e de resultados, são necessários para compreender se a implantação do PNSP tornou o cuidado de saúde mais seguro.

REFERÊNCIAS

1. Haugen AS, Søfteland E, Sevdalis N, Eide GE, Nortvedt MW, Vincent C et al. Impact of the norwegian national patient safety program on implementation of the who surgical safety checklist and on perioperative safety culture. *BMJ Open Qual.* 2020;9(3):1-9. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-000966>
2. Haraden C, Leitch J. Scotland's successful national approach to improving patient safety in acute care. *Health Aff.* 2011;30(4):755-63. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0144>
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 529, de 1 de abril de 2013. Institui o programa nacional de segurança do paciente (PNSP). *Diário Oficial União.* 2 abr 2013.
4. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. Documento de referência para o programa nacional de segurança do paciente. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2014[acesso 21 out 2021]. Disponível em: http://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf
5. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. 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. *Diário Oficial União.* 26 jul 2013.
6. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os protocolos básicos de segurança do paciente. *Diário Oficial União.* 26 set 2013.
7. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 1.377, de 9 de julho de 2013. Aprova os protocolos básicos de segurança do paciente. *Dário Oficial União.* 10 jul 2013.
8. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. Implantação do núcleo de segurança do paciente em serviços de saúde. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2016[acesso 25 out 2021]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes>
9. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. Vigimed. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2021[acesso 14 maio 2021]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/fiscalizacao-e-monitoramento/notificacoes/vigimed>
10. Singer SJ, Vogus TJ. Reducing hospital errors: interventions that build safety culture. *Ann Rev Public Health.* 2013;34:373-96. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031912-114439>



11. Caldas N, Portela MC, Singer SJ, Aveling EL. How can implementation of a large-scale patient safety program strengthen hospital safety culture? Lessons from a qualitative study of national patient safety program implementation in two public hospitals in Brazil. *Med Care Res Rev.* 2022;79(4):562-75. <https://doi.org/10.1177/10775587211028068>
12. Reed JE, Kaplan HC, Ismail SA. A new typology for understanding context: qualitative exploration of the model for understanding success in quality (MUSIQ). *BMC Health Serv Res.* 2018;18(1):1-14. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3348-7>
13. Coslop S, Caldas BN, Pereira MSR, Calazans MSC, Lima EFA, Portugal FB. Estrutura e atividades dos núcleos de segurança do paciente em hospitais: uma revisão integrativa. *Vigil Sanit Debate.* 2022;10(1):55-63. <https://doi.org/10.22239/2317-269X.01917>
14. Serra JN, Barbieri AR, Cheade MFM. Situação dos hospitais de referência para implantação/funcionamento do núcleo de segurança do paciente. *Cogitare Enferm.* 2016;21(spe):1-9. <https://doi.org/10.5380/ce.v21i5.45925>
15. Costa EAM, Lobão WM, Ribas CLM, Passos NM. Segurança do paciente em serviços de saúde: uma análise na cidade de Salvador, Bahia. *Rev Sobecc.* 2020;25(1):17-24. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425202000010004>
16. Macedo RS, Bohomol E. Análise da estrutura organizacional do núcleo de segurança do paciente dos hospitais da rede sentinela. *Rev Gauch Enferm.* 2019;40(spe):1-10. <http://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180264>
17. Reis GAX, Oliveira JLC, Ferreira AMD, Vituri DW, Marcon SS, Matsuda LM. Dificuldades para implantar estratégias de segurança do paciente: perspectivas de enfermeiros gestores. *Rev Gauch Enferm.* 2019;40(spe):1-7. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180366>
18. Siman AG, Brito MJM. A dimensão prescrita e real de práticas de profissionais de saúde no contexto da segurança do paciente. *Rev Enferm UERJ.* 2018;26:1-6. <https://doi.org/10.12957/ruerj.2018.23703>
19. Ministério da Saúde (BR). Cadastro nacional de estabelecimentos de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2021[acesso 9 maio 2021]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>
20. Agência Nacional e Vigilância Sanitária - Anvisa. Núcleos de segurança do paciente. Brasília: Agência Nacional e Vigilância Sanitária; 2021[acesso 18 jun 2021]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/acessoinformacao/dadosabertos/informacoes-analiticas/nucleos-de-seguranca-do-paciente>
21. Agência Nacional e Vigilância Sanitária - Anvisa. Relatório de eventos adversos. Brasília: Agência Nacional e Vigilância Sanitária; 2021[acesso 18 jun 2021]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/relatorios-de-notificacao-dos-estados/eventos-adversos>
22. Macedo RS, Bohomol E. Validation of self-assessment instrument for the patient safety center. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(supl.1):259-65. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0657>
23. Agência Nacional e Vigilância Sanitária - Anvisa. Plano integrado para a gestão sanitária da segurança do paciente em serviços de saúde: monitoramento e investigação de eventos adversos e avaliação de práticas de segurança do paciente. Brasília: Agência Nacional e Vigilância Sanitária; 2015[acesso 18 jun 2021]. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/plano_integrado-1.pdf
24. Agência Nacional e Vigilância Sanitária - Anvisa. Avaliação nacional das práticas de segurança do paciente. Brasília: Agência Nacional e Vigilância Sanitária; 2021[acesso 17 jun 2021]. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/seguranca-do-paciente/copy_of_avaliacao-nacional-das-praticas-de-seguranca-do-paciente
25. Siman AGS, Braga LM, Amaro MOF, Brito MJM. Desafios da prática na segurança do paciente. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(6):1581-8. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0441>
26. Santos RP, Soppa FBF, Ruths JC, Rizzotto MLF. Avaliação da implantação de um núcleo de segurança do paciente. *Rev Enferm UFPE.* 2019;13(2):532-7. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i02a238189>
27. Cavalcante EFO, Pereira IRBO, Leite MJVF, Santos AMD, Cavalcante CAA. Implementação dos núcleos de segurança do paciente e as infecções relacionadas à assistência à saúde. *Rev Gauch Enferm.* 2019;40(spe):1-10. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180306>
28. Macedo RS, Teixeira DV, Bohomol E. Implantação do núcleo de segurança do paciente em hospital universitário. *Nursing.* 2018;21(246):2435-9.
29. Vogus TJ, Sutcliffe KM, Weick KE. Doing no harm: enabling, enacting, and elaborating a culture of safety in health care. *Acad Manag Perspec.* 2010;24(4):60-77. <https://doi.org/10.2139/ssrn.1904620>
30. Clarke JR, Lerner JC, Marella W. The role for leaders of health care organizations in patient safety. *Am J Med Qual.* 2007;22(5):311-8. <https://doi.org/10.1177/1062860607304743>
31. Thomas L, Galla C. Building a culture of safety through team training and engagement. *BMJ Qual Saf.* 2013;22(5):425-34. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001011>
32. Gutiérrez Ubeda SR. ¿Se necesita un esfuerzo para reemplazar la cultura punitiva por la de seguridad del paciente? *Rev Cal Asist.* 2016;31(3):173-6. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2015.09.007>
33. Marinho MM, Radünz V, Rosa LM, Tourinho FSV, Ilha P, Misiak M. Results of educational interventions on patient safety in error and adverse event reporting. *Rev Baiana Enferm.* 2018;32:1-12. <https://doi.org/10.18471/rbe.v32.25510>
34. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *J Am Med Assoc.* 2002;288(16):1987-93. <https://doi.org/10.1001/jama.288.16.1987>



35. Dixon-Woods M, Baker R, Charles K, Dawson J, Jerzembek G, Martin G et al. Culture and behaviour in the english national health service: overview of lessons from a large multimethod study. *BMJ Qual Saf.* 2014;23(2):106-15. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-001947>

36. Aveling EL, Kayonga Y, Nega A, Dixon-Woods M. Why is patient safety so hard in low-income countries? A qualitative study of healthcare workers' views in two african hospitals. *Global Health.* 2015;11(1):4-11. <https://doi.org/10.1186/s12992-015-0096-x>

Contribuição dos Autores

Coslop S - Concepção, planejamento (desenho do estudo), aquisição, análise, interpretação dos dados e redação do trabalho. Portugal FB - Concepção, planejamento (desenho do estudo), análise, interpretação dos dados e redação do trabalho. Caldas BN - Análise, interpretação dos dados e redação do trabalho. Lima EFA - Redação do trabalho. Todos os autores aprovaram a versão final do trabalho.

Conflito de Interesse

Os autores informam não haver qualquer potencial conflito de interesse com pares e instituições, políticos ou financeiros deste estudo.



Licença CC BY. Com essa licença os artigos são de acesso aberto que permite o uso irrestrito, a distribuição e reprodução em qualquer meio desde que o artigo original seja devidamente citado.