

# Análise da estrutura organizacional do Núcleo de Segurança do Paciente dos hospitais da Rede Sentinela

*Organizational structure analysis of the Patient Safety Center in hospitals of the Sentinel Network*

*Análisis de la estructura organizacional del Núcleo de Seguridad del Paciente de los hospitales de la Red Sentinela*

Renata Soares de Macedo<sup>a</sup>  
Elena Bohomol<sup>a</sup>

## Como citar este artigo:

Macedo RS, Bohomol E. Análise da estrutura organizacional do Núcleo de Segurança do Paciente dos hospitais da Rede Sentinela. Rev Gaúcha Enferm. 2019;40(esp):e20180264. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180264>.

## RESUMO

**Objetivo:** Analisar a estrutura organizacional dos Núcleos de Segurança do Paciente.

**Método:** Exploratório e descritivo, composto por 12 coordenadores de Núcleo de Segurança do Paciente de hospitais da Rede Sentinela do município de São Paulo, num período de março a junho de 2016. Aplicado questionário estruturado e validado quanto à estrutura e processo. Realizado análise descritiva dos resultados e calculado o número e porcentagem das respostas.

**Resultados:** Constatou-se que o Núcleo de Segurança do Paciente foi implantado nos serviços e teve a participação e apoio da alta direção. Os recursos humanos e materiais foram compartilhados com outros setores. Foi identificado pontos de melhorias quanto às atividades do Núcleo, prevenção de evento sentinela, estratégias para gestão de risco e capacitação dos profissionais.

**Conclusão:** Há necessidade de desenvolver estratégias para cultura não punitiva, notificação dos eventos, prevenção de eventos sentinela, para principais atividades do núcleo, gestão de risco e capacitação dos profissionais.

**Palavras-chave:** Gestão de riscos. Segurança do paciente. Hospitais. Enfermagem. Organização e administração.

## ABSTRACT

**Objective:** To analyze the organizational structure of the Patient Safety Centers.

**Method:** This is an exploratory and descriptive study with 12 coordinators of the Patient Safety Center. Data were collected using a structured and validated questionnaire with two evaluation domains based on Donabedian's triad of structure and process.

**Results:** The Patient Safety Center was implemented in the services with the participation and support of senior management. Human resources and materials are shared with other sectors. Points for improvement were identified regarding the center's activities, sentinel event prevention, risk management strategies, and professional training.

**Conclusion:** Strategies are needed to ensure a non-punitive culture, event notification, sentinel event prevention, core activities, risk management, and professional training.

**Keywords:** Risk management. Patient safety. Hospitals. Nursing. Organization and administration.

## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar la estructura organizacional de los Núcleos de Seguridad del Paciente.

**Método:** Exploratorio y descriptivo, compuesto por 12 coordinadores de Núcleo de Seguridad del Paciente de hospitales de la Red Sentinela del municipio de São Paulo, en un período de marzo a junio de 2016. Aplicado cuestionario estructurado y validado en cuanto a la estructura y proceso. Realizado análisis descriptivo de los resultados y calculado el número y porcentaje de las respuestas.

**Resultados:** Se constató que el Núcleo de Seguridad del Paciente fue implantado en los servicios y tuvo la participación y apoyo de la alta dirección. Los recursos humanos y materiales se compartieron con otros sectores. Se identificaron puntos de mejora en cuanto a las actividades del Núcleo, prevención de evento sentinela, estrategias para gestión de riesgo y capacitación de los profesionales.

**Conclusión:** Hay necesidad de desarrollar estrategias para la cultura no punitiva, notificación de los eventos, prevención de eventos sentinela, para principales actividades del núcleo, gestión de riesgo y capacitación de los profesionales.

**Palabras clave:** Gestión de riesgos. Seguridad del paciente. Hospitales. Enfermería. Organización y administración.

<sup>a</sup> Universidade Federal de São Paulo (USP), Escola Paulista de Enfermagem, Departamento de Enfermagem. São Paulo, São Paulo, Brasil.

## ■ INTRODUÇÃO

A segurança do paciente tem gerado discussão ampla mundialmente. Diante da magnitude do problema, no Brasil, em 2002, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), criou o projeto de implantação da Rede Sentinela, com o objetivo de notificar ao Serviço Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) os produtos que apresentam falhas, fornecendo as informações necessárias para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária nos hospitais<sup>(1)</sup>. Este projeto foi base para a implantação da gestão de risco nas instituições de saúde brasileiras, com incentivo à cultura de notificação e melhoria da qualidade nos serviços de saúde<sup>(1-2)</sup>. Gestão de risco é entendida como aplicação sistematizada de políticas de segurança e estratégias de ações para identificar, comunicar, analisar, mitigar e controlar os riscos e eventos adversos (EA) que possam atingir o paciente, profissional, meio ambiente e a instituição<sup>(3)</sup>.

Em 2013, foi instituído o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) pela Portaria nº 529, visando contribuir para a qualificação do cuidado prestado em todas as instituições de saúde do território nacional<sup>(4)</sup>. Entende-se Segurança do Paciente como a ausência de danos evitáveis que possam atingir o paciente durante o processo de cuidado<sup>(3)</sup>. O programa ressalta a importância da gestão de risco, que deve estar voltada para a qualidade e segurança do paciente, com princípios e diretrizes que orientem a criação de uma cultura de segurança e respaldem a estruturação e integração dos processos assistenciais com os organizacionais. Ainda, o PNSP orienta a implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP), com vistas a promover o desenvolvimento de programas voltados à segurança do paciente em diferentes áreas de atenção, organização e gestão de serviços de saúde<sup>(2-4)</sup>.

A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, de 2013, instituiu a obrigatoriedade dos NSP nas instituições públicas, privadas, filantrópicas, de ensino, entre outros, estabelecendo orientações para seu funcionamento. O NSP tem a responsabilidade de desenvolver o Plano de Segurança do Paciente (PSP), documentar as estratégias e ações de gestão de risco, apropriar-se do seu papel como instância promotora de prevenção, controle e mitigação de EA. Desta forma, o trabalho do NSP tem como finalidade integrar as diferentes instâncias que trabalham com riscos em uma instituição e promover a articulação dos processos de trabalho e informações, objetivando o cuidado seguro e com qualidade para aqueles que necessitam de atenção à saúde<sup>(3)</sup>. No entanto, a implantação de um NSP traz desafios para a instituição, tanto que até o momento 3.572 (52,6%) núcleos foram implantados até junho de 2018 em

um universo de 6.794 hospitais. Destes, 2.253 (63,1%) núcleos não fizeram nenhuma notificação de EA à ANVISA<sup>(5-6)</sup>. Desse modo, infere-se que os NSP cadastrados não estejam funcionando em sua totalidade.

Ainda são poucas as publicações sobre a implantação dos NSP nas instituições de saúde. Como exemplo, um estudo trata da experiência de uma instituição de saúde no estado da Paraíba ao descrever a implantação de seu NSP. Nele, os autores apresentam as ações para prevenção de EA, como a implantação da obrigatoriedade do uso da pulseira de identificação do paciente, identificação da medicação de alta vigilância e comunicação efetiva entre os membros da equipe, sem, contudo, apresentar os resultados diretos na assistência<sup>(7)</sup>. Portanto, tal contexto trata de uma lacuna no conhecimento sobre a gestão da qualidade e segurança nos serviços de saúde que necessita ser explorada. Visando conhecer como os NSP nas instituições de saúde estão constituídas, foi realizada a presente pesquisa com objetivo de analisar a estrutura organizacional do NSP dos hospitais da Rede Sentinela do Município de São Paulo.

## ■ MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, extraído da dissertação de mestrado intitulada Análise da estrutura organizacional dos Núcleos de Segurança do Paciente em instituições de saúde da Rede Sentinela do Município de São Paulo, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo em 2017<sup>(8)</sup>.

A população foi composta por 27 coordenadores dos NSP dos hospitais da Rede Sentinela do município de São Paulo. Desses, 15 aceitaram participar do estudo, porém 12 (44,4%) questionários foram devolvidos preenchidos, perfazendo a amostra do estudo. O critério de inclusão foi o respondente ser coordenador do Núcleo de Segurança do Paciente, sendo um pré-requisito para este cargo possuir graduação, independente da categoria profissional (farmacêutico, médico, enfermeiro).

O instrumento utilizado passou por duas etapas de validação: a primeira, foi a validação do instrumento preliminar quanto à clareza e pertinência por nove profissionais enfermeiros oriundos de serviços hospitalares e universidade pública e privada e foi atingido o consenso acima de 70%. A segunda etapa foi a validação do conteúdo do instrumento quanto à confiabilidade por 12 coordenadores de NSP, resultando em um alfa de Cronbach 0,857, considerado de alta confiabilidade<sup>(9)</sup>. A primeira etapa ocorreu no período de 01 de maio à 30 de junho de 2015 e a segunda etapa no período de 01 de março até 30 de junho de 2016.

O instrumento é composto por seis tópicos de avalia-

ção apresentados em dois domínios: estrutura e processo. O primeiro está inserido o tópico I. Recursos humanos e materiais, com sete itens. No domínio processo estão inseridos os seguintes tópicos: II. Implantação do NSP, com sete itens; III. Principais atividades do NSP, com 13 itens; IV. Diretrizes e ações de prevenção de evento sentinela, com sete itens; V. Estratégias e ações para gestão de risco, com 17 itens; e, VI. Capacitação dos profissionais, com 14 itens. Junto ao instrumento foi solicitado o preenchimento de dados relacionados à caracterização da instituição, coordenador e núcleo, com nove questões.

As possibilidades de respostas ao questionário foram escolhidas por meio de uma escala de Likert. No tópico I, as alternativas foram: **“Tem”**, **“Pretende ter”**, **“Não pretende ter”** e **“Uso de outro setor/ Divide com outro setor”**. Para os tópicos II, III, IV e V, as opções foram: **“Totalmente implantado”**, **“Parcialmente implantado”**, **“Planeja implantar”**, **“Não será implantado”** e **“Não se aplica”**. E, para o tópico VI, as respostas possíveis foram: **“Realizado”**, **“Realizado parcialmente”**, **“Planeja realizar”**, **“Não será realizado”** e **“Não se aplica”**.

O primeiro contato com o coordenador do NSP foi realizado por *e-mail* com uma carta convite, informações sobre a pesquisa e garantia de anonimato. Após aceite, foi enviado novo *e-mail* com o instrumento e roteiro de orientação para o preenchimento das respostas e sua devolução. O período da coleta de dados ocorreu concomitante a segunda etapa de validação do instrumento, de 01 de março à 30 de junho de 2016. Os resultados foram analisados descritivamente. Cada um dos 12 NSP foram considerados como uma unidade amostral e foram calculados número e porcentagem de respostas para cada item.

Os procedimentos éticos para pesquisa no Brasil foram respeitados e todos os coordenadores assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) corresponde ao número: 53112616.8.0000.5505.

## ■ RESULTADOS

A amostra foi composta por 12 coordenadores, sendo seis (50%) enfermeiros, quatro (34%) médicos e um farmacêutico (8%). Desses, quatro (34%) eram especialistas, quatro (34%) mestres, três (25%) doutores. Um coordenador (8%) não informou sua categoria profissional e especialidade. Quanto ao tempo de formado, a média foi de 31 anos. Em relação à caracterização das instituições pesquisadas, 11 (92%) foram hospitais públicos e um (8%) hospital privado filantrópico. Quanto à classificação de atendimento, sete (58%) eram hospitais gerais e cinco (42%) hospitais

especializados. Todos os coordenadores afirmaram que os NSP possuem vínculo com a alta direção do hospital. No entanto, em três (25%) NSP, os coordenadores desempenhavam atividades dedicadas ao núcleo e, os demais, acumulam funções relacionadas à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), Educação Continuada, Qualidade dentre outros. Os integrantes do NSP referiram possuir autonomia para implementar o PSP em oito instituições (67%), a equipe multidisciplinar participou de 100% dos NSP e seus integrantes possuíam experiência e capacitação em segurança do paciente.

O domínio estrutura – recursos humanos e materiais no qual verificou-se que quatro (33%) NSP tinham área física própria; seis (50%) tinham computador e impressora, cinco (42%) possuíam telefone, oito (67%) tinham internet e sete (58%) dispunham de material de escritório. Uma parte destes núcleos compartilhavam esses recursos com outros setores da instituição. No entanto, chama atenção sobre os recursos humanos que apenas três (25%) núcleos dispunham de pessoas dedicadas ao setor, porém outro tanto não pretendiam ter e quatro (33%) utilizavam de outro setor.

A Tabela 1 apresenta o domínio processo – implantação do Núcleo de Segurança do Paciente, onde se observou que o NSP está **“Totalmente implantado”** em nove (75%) instituições. Também estavam **“Totalmente implantados”** os itens “Estratégias de prevenção de EA articulado com outros gestores” em cinco (50%) instituições; “A alta direção participa e apoia as estratégias de cultura de segurança” em nove (75%) instituições; “Há estratégias e ações para evitar responsabilização individual” e para “Estratégias de notificação de riscos e eventos ocorridos contemplados no PSP” em seis (50%) instituições. Verificou-se nesta tabela, que estavam **“Parcialmente implantados”** os itens: “Uso de ferramentas da qualidade para gerenciar os riscos de EA” e existia “Estratégias para divulgação dos resultados às equipes” em seis (50%) das instituições.

A Tabela 2 apresenta o domínio processo – principais atividades do NSP. Verificou-se que os itens “Arquivamento das notificações” e “Acompanhamento dos alertas sanitários” estavam **“Totalmente implantados”** nas instituições pesquisadas. Em oito (67%) instituições estavam **“Totalmente implantados”** os itens: “Identifica e avalia EA existentes nos processos e procedimentos”; “Elabora, implanta, divulga e atualiza o PSP”; “Estabelece barreira de prevenção de acidentes” e “Analisa e avalia os dados sobre incidentes e EA decorrentes da assistência prestada”. O item “Implanta os protocolos de segurança do paciente e monitora seus indicadores” estava **“Totalmente implantado”** em sete (58%) instituições; os itens “Promove ações para gestão de risco”, “Acompanha as ações vinculadas ao PSP” e “Divulga

à direção e aos profissionais os resultados da análise dos EA e incidentes” estavam **“Totalmente implantado”** em seis (50%) instituições. Estavam **“Parcialmente implantados”** os itens “Desenvolve, implanta e acompanha programas de capacitação em segurança do paciente” e “De-

senvolve ações para integração multiprofissional” em oito (67%) e sete (58%) instituições respectivamente. O item “Notifica os EA ao SNVS” estava **“Totalmente implantado”** em cinco (42%) das instituições e duas delas ainda planejam implantar.

**Tabela 1** – Apresentação do domínio processo: implantação do Núcleo de Segurança do Paciente. São Paulo, SP, Brasil, 2016 (n = 12)

Itens	TI* n (%)	PI† n (%)	PLI‡ n (%)	NSI§ n (%)	NA   n (%)
O Núcleo de Segurança do Paciente está estruturado.	9 (75)	1 (8)			
Estratégias de prevenção de eventos adversos articulado com outros gestores.	6 (50)	6 (50)			
A alta direção participa e apoia as estratégias de cultura de segurança.	9 (75)	3 (25)			
Há estratégias e ações para evitar responsabilização individual.	6 (50)	5 (42)	1 (8)		
Usa ferramentas da qualidade para gerenciar os riscos de eventos adversos.	5 (42)	6 (50)			
Há estratégias para notificação de riscos e eventos ocorridos contemplados no Plano de Segurança do Paciente.	6 (50)	5 (42)	1 (8)		
Há estratégias para divulgação dos resultados às equipes.	4 (33)	6 (50)	2 (17)		

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

\*Totalmente implantado; †Parcialmente implantado; ‡Planeja implantar; §Não será implantado; ||Não se aplica.

N<12 = Não informado.

**Tabela 2** – Apresentação do domínio processo: principais atividades do Núcleo de Segurança do Paciente. São Paulo, SP, Brasil, 2016. (n = 12)

Itens	TI* n (%)	PI† n (%)	PLI‡ n (%)	NSI§ n (%)	NA   n (%)
Promove ações para gestão de risco.	6 (50)	6 (50)			
Desenvolve ações para integração multiprofissional.	5 (42)	7 (58)			
Identifica e avalia eventos adversos existentes nos processos e procedimentos.	8 (67)	4 (33)			
Elabora, implanta, divulga e atualiza o Plano de Segurança do Paciente.	8 (67)	4 (33)			
Acompanha as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente.	6 (50)	6 (50)			
Implanta os protocolos de segurança do paciente e monitora seus indicadores.	7 (58)	5 (42)			
Estabelece barreira de prevenção de acidentes.	8 (67)	4 (33)			
Desenvolve, implanta e acompanha programas de capacitação em segurança do paciente.	3 (25)	8 (67)	1 (8)		

Divulga à direção e aos profissionais os resultados da análise dos eventos adversos e incidentes.	6 (50)	4 (42)	1 (8)
Notifica os eventos adversos ao Serviço Nacional de Vigilância Sanitária.	5 (42)	5 (42)	2 (16)
Arquiva as notificações.	12 (100)		
Acompanha os alertas sanitários e outros comunicados de risco.	12 (100)		

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

\*Totalmente implantado; †Parcialmente implantado; ‡Planeja implantar; §Não será implantado; ||Não se aplica. N<12 = Não informado.

A Tabela 3 apresenta o domínio processo – diretrizes e ações de prevenção de evento sentinela. O item “Produtos e dispositivos” estava implantado em sua totalidade em 10 (83%) instituições. Os itens relacionados a “Procedimentos cirúrgicos” e “Eventos ambientais” estavam **“Totalmente implantados”** em sete (58%) serviços. Assim os itens relacionados à “Proteção do paciente”, “Gestão do cuidado” e “Eventos radiológicos” em seis (50%) instituições. O item relacionado a “Eventos criminais potenciais” foi **“Parcialmente implantado”** em três (25%) instituições enquanto outras quatro (33%) **“Planejam implantar”**.

Quanto à apresentação do domínio processo – estratégias e ações para gestão de risco, demonstrado na Tabela 4, o item “Incentivo à higiene das mãos” foi **“Totalmente**

**implantado”** em todos serviços pesquisados. A “Prevenção e controle de eventos adversos, incluindo infecção relacionada à assistência” foi **“Totalmente implantado”** em 10 (83%) instituições, enquanto os itens “Identificação do paciente”, “Lesão por pressão” e “Prevenção de queda” estavam em nove (75%). Em relação à “Segurança na prescrição, uso e administração de hemocomponentes”, “Segurança na prescrição, uso e administração de terapias nutricionais enterais e parenterais” e “Registra o uso de órteses e próteses, quando utilizado” estavam **“Totalmente implantados”** em oito (67%) instituições. Os itens “Segurança na utilização de equipamentos e materiais” e “Implementação dos protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde” estavam **“Totalmente implantados”** em seis (50%) dos hospitais.

**Tabela 3** – Apresentação do domínio processo: diretrizes e ações de prevenção de eventos sentinela. São Paulo, SP, Brasil, 2016 (n = 12)

Itens	TI* n (%)	PI† n (%)	PLI‡ n (%)	NSI§ n (%)	NA   n (%)
Procedimentos cirúrgico.	7 (58)	4 (34)			1 (8)
Produtos e dispositivos.	10 (83)	2 (17)			
Proteção do paciente.	6 (50)	4 (34)	1 (8)		1 (8)
Gestão do cuidado.	6 (50)	6 (50)			
Eventos ambientais.	7 (58)	2 (17)	3 (25)		
Eventos radiológicos.	6 (50)	2 (17)	2 (17)	1 (8)	1 (8)
Eventos criminais potenciais.	4 (34)	3 (25)	4 (33)	1 (8)	

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

\*Totalmente implantado; †Parcialmente implantado; ‡Planeja implantar; §Não será implantado; ||Não se aplica. NA: Não se aplica.

Contudo, o item “Integração dos diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos no serviço” foi **“Parcialmente implantado”** em 10 (84%) serviços, enquanto sete (58%) instituições estavam com os itens “Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos” e “Identificação, análise, monitoramento e comunicação de

riscos” na mesma situação. O item “Cirurgia segura” estava **“Parcialmente implantado”** em seis (50%) instituições e “Comunicação efetiva” em cinco (42). Sobre incentivar o paciente e familiares a se envolver na sua própria segurança, seis (50%) instituições **“Planejam implantar”**.

**Tabela 4** – Apresentação do domínio processo: estratégias e ações para gestão de risco. São Paulo, Brasil, SP, 2016. (n = 12)

Itens	TI* n (%)	PI† n (%)	PLI‡ n (%)	NSI§ n (%)	NA   n (%)
Identificação do paciente.	9 (75)	3 (25)			
Incentivo à higiene das mãos.	12 (100)				
Cirurgia segura.	5 (42)	6 (50)			1 (8)
Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos.	4 (34)	7 (58)	1 (8)		
Segurança na prescrição, uso e administração de hemocomponentes.	8 (67)	3 (25)			
Incentiva o paciente e familiares a se envolver na sua própria segurança.	2 (17)	4 (33)	6 (50)		
Comunicação efetiva.	3 (25)	5 (42)	4 (33)		
Prevenção de lesão por pressão.	9 (76)	1 (8)	1 (8)		1 (8)
Prevenção de queda.	9 (75)	3 (25)			
Segurança na utilização de equipamentos e materiais.	6 (50)	5 (42)	1 (8)		
Identificação, análise, monitoramento e comunicação de riscos.	5 (42)	7 (58)			
Integração dos diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos no serviço.	1 (8)	10 (84)	1 (8)		
Implementação dos protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde.	6 (50)	6 (50)			
Segurança na prescrição, uso e administração de terapias nutricionais enterais e parenterais.	8 (67)	1 (8)	2 (17)		1 (8)
Registra o uso de órteses e próteses, quando utilizados.	8 (67)	2 (17)	1 (8)		
Prevenção e controle de eventos adversos, incluindo infecção relacionada à assistência.	10 (83)	2 (17)			
Ações de incentivo à ambiente seguro.	3 (25)	7 (58)	2 (17)		

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

\*Totalmente implantado; †Parcialmente implantado; ‡Planeja implantar; §Não será implantado; ||Não se aplica. N<12 = Não informado.

O domínio processo: capacitação dos profissionais de saúde está apresentado na Tabela 5. O item “Sistema de notificação de eventos adversos” foi **“Realizado”** em 10 (84%) instituições e “Gerenciamento e Gestão de Risco” em oito (67%). A capacitação dos profissionais para “Qualidade e segurança do paciente”, “Tipos de eventos adversos relacionados à assistência à saúde”, “Protocolos de segurança do paciente” e “Núcleo de Segurança do Paciente” foi **“Realizada”** em seis (50%) dos serviços. Apenas cinco (42%) instituições **“Realizaram”** treinamentos para os itens “Cultura de segurança”, “Plano de Segurança do Paciente” e “Investigação de EA”. A capacitação para “Análise da causa-raiz” foi

**“Realizado parcialmente”** em quatro (34%) instituições. O item “Princípios básicos em segurança do paciente” foi **“Realizado parcialmente”** em três (25%) instituições e outras quatro (33%) **“Planejam realizar”**, o mesmo ocorre para o item “Estratégias para melhoria da qualidade e segurança” em quatro (33%) e três (25%) instituições respectivamente. Contudo, quatro (33%) instituições **“Realizaram parcialmente”** e **“Planejam realizar”** a capacitação para o item “Indicadores de segurança do paciente”. Por fim, quatro (33%) instituições **“Planejam realizar”** a capacitação para o item “Análise de Modos de Falhas e Efeitos (FMEA)” e três (25%) afirmaram que **“Não será realizado”**.



**Tabela 5** - Apresentação do domínio processo: capacitação dos profissionais de saúde. São Paulo, SP, Brasil, 2016 (n = 12)

Itens	R* n (%)	RP <sup>+</sup> n (%)	PLR <sup>‡</sup> n (%)	NSR <sup>§</sup> n (%)	NA <sup>  </sup> n (%)
Qualidade e segurança do paciente.	6 (50)	5 (42)	1 (8)		
Princípios básicos em segurança do paciente.	5 (42)	3 (25)	4 (33)		
Tipos de eventos adversos relacionados à assistência à saúde.	6 (50)	3 (25)	3 (25)		
Protocolos de segurança do paciente.	6 (50)	3 (25)	3 (25)		
Indicadores de segurança do paciente.	4 (34)	4 (33)	4 (33)		
Estratégias para melhoria da qualidade e segurança.	5 (42)	4 (33)	3 (25)		
Cultura de segurança.	5 (42)	3 (25)	3 (25)	1 (8)	
Núcleo de Segurança do Paciente.	6 (50)	5 (42)		1 (8)	
Plano de Segurança do Paciente.	5 (42)	2 (17)	4 (33)	1 (8)	
Gerenciamento e gestão de risco.	8 (67)	3 (25)	1 (8)		
Sistema de notificação de eventos adversos.	10 (84)	1 (8)	1 (8)		
Investigação de eventos adversos.	5 (42)	5 (42)	1 (8)	1 (8)	
Análise da causa-raiz.	3 (25)	4 (34)	3 (25)	1 (8)	1 (8)
Análise de Modos de Falhas e Efeitos (FMEA)	2 (17)	2 (17)	4 (33)	3 (25)	1 (8)

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

\*Realizado; †Realizado parcialmente; ‡Planeja realizar; §Não será realizado; ||Não se aplica.

## ■ DISCUSSÃO

A presente pesquisa demonstrou que a coordenação do NSP é realizada por enfermeiro na metade das instituições estudadas. A atuação multidisciplinar na gestão de risco é livre, porém, estudos apontam o enfermeiro como um dos profissionais mais atuantes nesse setor<sup>(10)</sup>. Todavia, recomenda-se que a composição do NSP seja alinhada à experiência prévia dos profissionais em segurança do paciente e qualidade e que tenha vínculo com as áreas de CCIH, gerência de risco, enfermagem, qualidade, entre outros<sup>(3)</sup>. Chama atenção que a maioria das instituições pesquisadas são públicas, o que demonstra sua importância em oferecer serviços de qualidade para a população assistida por elas. A Política Nacional de Atenção Hospitalar estabelece diretrizes para organização hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde por meio da Portaria nº 3.390 de 2013<sup>(11)</sup>, nela está previsto diretrizes que determinam as responsabilidades do Ministério da Saúde (MS), de cada esfera federativa e dos hospitais. Nesse último, fortalece a obrigatoriedade dos serviços de saúde em implantar o NSP e elaborar o PSP, propostos pelo PNSP.

Os NSP estão vinculados à alta direção em todos os hospitais pesquisados. Sua decisão confere o primeiro e mais importante passo para a composição do NSP, assegurando a autonomia necessária para implantação dos objetivos do PNSP<sup>(3-4)</sup>. No entanto, os profissionais nomeados à coordenação do núcleo acumularam atividades de funções anteriores na maioria dos serviços. Não é possível afirmar se a situação é de caráter transitório, objetivando atender às prerrogativas da resolução, uma vez que não se configura obrigatoriedade de dedicação exclusiva<sup>(3)</sup>. Desse modo, à medida que se desenvolvem programas relacionados à segurança do paciente e o gerenciamento das atividades de melhoria de processos, verifica-se a estruturação e delimitação de serviços em organogramas institucionais, como escritórios de qualidade e gerência de risco.

Verifica-se a importância de ter recursos humanos e materiais para a execução das atividades do núcleo, como computador e internet, fundamentais para a notificação de eventos, embora alguns respondentes afirmem que compartilham esses recursos com outros setores. Tal fato pode estar relacionado à inexperiência com todas as atividades que se impõe ao NSP, que deverão trazer informações e apresentar as melhorias implantadas. Todavia, outra possi-

bilidade é ainda a falta de informações sobre o custo que um NSP estruturado tem. Em um estudo realizado no nordeste brasileiro a questão financeira é apresentada como uma das dificuldades para a formação do núcleo e, conseqüentemente, desenvolvimento de seus programas<sup>(7)</sup>.

Ficou demonstrada a importância do comprometimento da alta direção para a implementação do NSP. Sem o compromisso da direção do serviço não há apoio e incentivo para qualidade e segurança do paciente. Estudo realizado em hospitais espanhóis corrobora com essa afirmativa e destaca esse vínculo como fator primordial para implantação de um modelo de gestão de segurança<sup>(12)</sup>. A pesquisa aponta que as ações para promover a cultura de segurança estão contempladas no PSP e são apoiadas pela direção da maioria dos serviços. Estudos revelam que a cultura de segurança organizacional deve ser uma preocupação dos dirigentes, de modo que os coordenadores tenham a percepção que ela existe e não tenham temores em apontar erros ou fragilidades no sistema, sendo este um dos caminhos para o aprendizado organizacional e conseqüentemente envolvimento das pessoas no processo de melhoria<sup>(13)</sup>.

Ao analisar as notificações de eventos, é possível conhecer e estruturar barreiras de prevenção, obter informações sobre incidência e oportunidades de melhorias. Todavia, é necessário instituir estratégias para incentivar a notificação de EA e evitar a responsabilização individual<sup>(13)</sup>, visto neste estudo que apenas metade das instituições as desenvolvem.

Quanto às principais atividades do NSP, destaca-se que a notificação de EA ao SNVS ainda não está totalmente implantada, fator importante para alimentar o banco de dados da vigilância sanitária. Atualmente, dos 3.572 NSP cadastrados, apenas 1.319 (36,9%) documentaram pelo menos uma notificação ao SNVS<sup>(5)</sup>. Pesquisas evidenciam a subnotificação atrelada ao temor à punição, sobrecarga de atividades e falta de tempo para o preenchimento das notificações<sup>(2,13)</sup>. Desse modo, infere-se a possibilidade de receio por parte dos coordenadores quanto à aplicação de punições à instituição ou a uma visão externa de má qualidade do serviço. Este ainda é um desafio institucional para que os profissionais e instituições aprendam com os seus erros e os analisem para implantar processos de melhoria.

Evento sentinela é um EA com maior gravidade ao paciente, podendo resultar em perda de função de um membro ou órgão ou até o óbito<sup>(3)</sup>. As diretrizes para prevenção desses eventos se não estão totalmente implantadas, estão em desenvolvimento na maioria das instituições. Dado a sua gravidade quando ocorrem, é preocupante principalmente quando o serviço não pretende

implantar, como evidenciado para os itens de prevenção para eventos radiológicos e ambientais. Estudo enfatiza a importância de estimar a mortalidade relacionada a erros e adotar políticas voltadas para a notificação de eventos sentinela. Além de apontar a necessidade de auditorias sistemáticas e desenvolver as lideranças empenhadas nos processos de melhoria<sup>(14)</sup>.

Das estratégias para gestão de risco, somente aquelas voltadas para higiene das mãos estão implantadas em sua totalidade em todas instituições pesquisadas, sendo esse um dos seis protocolos básicos para segurança do paciente, divulgado pelo MS<sup>(15)</sup>. Destaca-se a importância de implantar estratégias como prevenção de quedas, comunicação efetiva, segurança na prescrição e uso de medicamentos, entre outras ações, a fim de otimizar a prevenção de EA e incidentes evitáveis em pontos críticos do processo assistencial. Estudos demonstram que barreiras de prevenção e ações específicas para cada situação colaboram para uma prática segura, embora em algumas instituições, estejam distantes do ideal<sup>(16)</sup>.

Ressalta-se o item "Incentiva o paciente e seus familiares a se envolver em sua própria segurança" estar ainda no planejamento da metade das instituições. Autores apontam os benefícios desse envolvimento quando os pacientes são encorajados a participarem de suas decisões de cuidado e educá-los a identificar situações potencialmente danosas, contribuindo para sua própria segurança. É necessário, contudo, treinar primeiramente a equipe de atendimento quanto ao movimento de participação do paciente e familiares, inclusive estimulando os profissionais a conhecer metodologias educacionais para orientar os pacientes a estarem aptos a identificar situações que possam pôr em risco a sua segurança e, dessa forma, cooperarem para melhoria da qualidade da assistência<sup>(17)</sup>.

O preparo do profissional de saúde acerca dos conceitos que permeiam a qualidade e segurança do paciente é fundamental para que haja compreensão da importância desses aspectos, adesão aos protocolos, práticas seguras e fortalecimento do comprometimento da equipe. As estratégias devem buscar a educação e sensibilização quanto as boas práticas consolidando a segurança do paciente<sup>(18)</sup>. No presente estudo, verifica-se que há inclinação para esta vertente. Autores identificam que a capacitação sobre segurança do paciente e qualidade, geralmente ocorre após a formação do profissional e esses sugerem a importância de focar este assunto no ambiente acadêmico, quando o estudante está em formação<sup>(19)</sup>. Todavia, ainda se verifica que este é um processo em desenvolvimento, possivelmente explicado pelo pouco tempo de atuação dos NSP de um modo geral, o que permitirá uma atuação bastante



evidenciada ao propor programas continuados relacionados à segurança do paciente.

## ■ CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou conhecer a estrutura organizacional de 12 Núcleos de Segurança do Paciente dos hospitais da Rede Sentinela do município de São Paulo, considerando os aspectos estrutura e processo. Verificou-se que o uso de recursos humanos e materiais não é próprio em parte dos núcleos e esses recursos são compartilhados com outros setores. As instituições têm o Núcleo de Segurança do Paciente implantado e com o apoio da alta direção para compor estratégias para a implantação do Plano de Segurança do Paciente. Em sua maioria composta por equipe multiprofissional, com autonomia para a tomada de decisão em relação às estratégias que necessita desenvolver. Foi possível constatar que a maioria das instituições tem estratégias para prevenção de eventos adversos implantados ou parcialmente implantados. Quanto às principais atividades do núcleo, os itens estão implantados na maioria dos núcleos, destacando a integração multiprofissional e o desenvolvimento dos programas de capacitação parcialmente implantados em sua maioria. No entanto, há necessidade de desenvolver melhor as estratégias para cultura não punitiva, notificação dos eventos ocorridos, divulgação dos resultados às equipes, prevenção de eventos sentinela, as estratégias de gestão de risco: cirurgia segura, segurança na prescrição, uso e administração de medicação, incentivo ao paciente e familiares a se envolver na sua própria segurança, comunicação efetiva, integração dos diferentes processos de gestão, ações de incentivo à ambiente seguro e capacitação dos profissionais como aspectos para concretizar as ações do Núcleo de Segurança do Paciente.

O presente estudo tem como limitações: a amostra dos Núcleos de Segurança do Paciente estudada reflete um número pequeno diante do cenário de instituições de saúde do município de São Paulo e, principalmente do Brasil, portanto, as informações aqui obtidas não podem ser generalizadas. As informações foram obtidas por meio do preenchimento de um questionário pelo coordenador do núcleo que, em muitos casos, eram pessoas recentes na função, o que pode trazer um viés nas respostas dadas.

Espera-se que este estudo contribua para uma autoavaliação e comparação entre instituições de saúde e dessa forma enriquecer as discussões acerca das dificuldades e facilidades inerentes à implantação do NSP, colaborando para o crescimento e fortalecimento das ações e diretrizes propostas pelo PNSP e melhoria da qualidade nas instituições de saúde.

## ■ REFERÊNCIAS

- Oliveira CG, Rodas ACD. Postmarketing surveillance in Brazil: vascular catheters: an overview of notifications of adverse events and technical complaints. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017;22(10):3247-57. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320172210.17612017>.
- Siqueira CL, Silva CC, Teles JKN, Feldman LB. Management: perception of nurses of two hospitals in the South of the State of Minas Gerais, Brazil. *Rev Min Enferm*. 2015;19(4):919-26. doi: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20150071>.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). 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 da União [da] República Federativa do Brasil*. 2013 Jul 26; 150(143 Seção 1):32-3.
- Alabi MA, Mendes VLPS, Pinto KA, Alabi J. [Factors related to patient's fall in a public hospital: perception of nursing coordinators]. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2016;40(supl. 1):168-81. Portuguese. doi: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2016.v40.n0.a2674>.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR) [Internet]. Brasília: Anvisa; c2005-2017 [citado 2017 ago 11]. Segurança do Paciente - Relatório dos Estados: eventos adversos: arquivos; [aprox. 1 tela]. Disponível em: <https://www20.ANVISA.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/category/relatorios-dos-estados>.
- Ministério da Saúde (BR). DATASUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; c2005-2017 [citado 2017 set 09]. CNES: Estabelecimentos por tipo: Brasil; [aprox. 1 tela]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/estabbr.def>.
- Azevedo KCC, Alves AMPM, Félix ZC, Viana ACG. Implementation of the patient safety core in a health service. *Rev Enferm UFPE on line*. 2016 [cited 2017 Aug 09];10(12):4692-5. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11540/13447>.
- Macedo RS. Análise da estrutura organizacional dos Núcleos de Segurança do Paciente em instituições de saúde da Rede Sentinela do município de São Paulo [dissertação]. São Paulo (SP): Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo; 2017.
- Macedo, RS. Validação de instrumento de autoavaliação dos Núcleos de Segurança do Paciente. *Rev Bras Enferm*. No prelo 2018.
- Ruthes RM, Feldman LB, Cunha ICKO. Focus on the customer: an essential tool in management competence in nursing. *Rev Bras Enferm*. 2010;63(2):317-21. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000200023>.
- Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). *Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil*. 2013 dez 31 [citado 2017 set 09];143(253 Seção 1):54-6. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390\\_30\\_12\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html).
- Saura RM, Moreno P, Vallejo P, Oliva G, Álava F, Esquerria M, et al. Diseño, implantación y evaluación de un modelo de gestión de la seguridad del paciente en hospitales de Cataluña. *Med Clin (Barc)*. 2014 [citado 2017 jul 15];143(supl 1):48-54. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-diseno-implantacion-evaluacion-un-modelo-50025775314005569>.
- Silva-Batalha EMS, Melleiro MM. Patient safety culture in a teaching hospital: differences in perception existing in the different scenarios of this institution. *Texto Contexto Enferm* 2015;24(2):432-41. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-07072015000192014>.

14. Kavanagh DT, Saman DM, Bartel R, Westerman K. Estimating Hospital-related deaths due to medical error: a perspective from patient advocates. *J Patient Saf*. 2017 Mar;13(1):1-5. doi: <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000364>.
15. Ministério da Saúde (BR). Anexo 01: Protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, Anvisa, Fiocruz; 2013 [citado 2017 set 16]. Disponível em: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/000002428z8pha4.pdf>.
16. Sunol R, Wagner C, Arah OA, Shaw CD, Kristensen S, Thompson CA, et al. Evidence-based organization and Patient Safety strategies in European hospitals. *Int J Qual Health Care*. 2014;26(Suppl 1):47-55. doi: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzu016>.
17. Kim JY, Jung MG, Kwon MH, Noh SO, Kim HJ. Patient involvement in reducing errors during X-ray imaging in an orthopedic outpatient clinic. *J Eval Clin Pract*. 2017;23(6):1227-31. doi: <https://doi.org/10.1111/jep.12764>.
18. Hemesath MP, Santos HB, Torelly SEM, Barbosa AS, Magalhães AMM. Educational strategies to improve adherence to patient identification. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015 dez;36(4):43-8. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.04.54289>.
19. Mira JJ, Navarro IM, Guilabert M, Poblete R, Franco AL, Jiménez P, et al. A Spanish-language patient safety questionnaire to measure medical and nursing students' attitudes and knowledge. *Rev Panam Salud Publica*. 2015 [cited 2017 Sep 16];38(2):110-9. Disponível em: [https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892015000700003&lng=en&nrm=iso&tlng=en](https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892015000700003&lng=en&nrm=iso&tlng=en).

## ■ AGRADECIMENTO

Dayene Vasques Teixeira – graduanda do curso de Enfermagem da Escola Paulista de Enfermagem. Contribuiu no período da coleta de dados.

## ■ FOMENTO

Editais Universal - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) sob o número do projeto/chamada CNPq 442486/2014-6.

## ■ Autor correspondente:

Renata Soares de Macedo  
E-mail: [re\\_mcd@hotmail.com](mailto:re_mcd@hotmail.com)

Recebido: 11.08.2018  
Aprovado: 08.11.2018