

Núcleos de segurança do paciente no estado do Espírito Santo, Brasil: potencialidades e desafios

Patient safety centers in the state of Espírito Santo, Brazil: potentials and challenges

Flávia Batista Portugal¹ 

Shaiane Coslop² 

Maysa Silva Castelar Costa³ 

Kallen Dettmann Wandekoken⁴ 

^{1,3}Universidade Federal do Espírito Santo (Vitória). Espírito Santo, Brasil.

²Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (Vitória). Espírito Santo, Brasil.

⁴Autora para correspondência. Universidade Federal do Espírito Santo (Vitória). Espírito Santo, Brasil. kallendw@gmail.com

RESUMO | OBJETIVO: Conhecer as potencialidades e os desafios do trabalho dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) de hospitais públicos no estado do Espírito Santo. **MÉTODOS E MATERIAIS:** Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa realizado a partir de oito entrevistas individuais com profissionais atuantes em NSP de hospitais públicos. Posteriormente, os dados foram submetidos à análise temática. **RESULTADOS:** Emergiram oito categorias, sendo as seis primeiras: Rotatividade da equipe; Sobrecarga de atividades; Ausência de envolvimento profissional e desvalorização; Ausência de experiência profissional na área; Desafios na implementação prática das ações de segurança do paciente e Reconhecimento/ engajamento. Nota-se que destas seis categorias, apenas a última se trata de facilitador para atuação dos NSP. Já as duas últimas categorias elencadas também se tratam de facilitadores, mas foram apresentadas por apenas um entrevistado, são elas: Estrutura organizacional do NSP e Gerenciamento eficiente de planos de ação. **CONCLUSÃO:** Constatou-se vários desafios a serem superados para que o Programa Nacional de Segurança do Paciente tenha suas diretrizes implantadas e, assim, haja o fortalecimento da cultura de segurança nos estabelecimentos de saúde, de modo a impactar na qualidade da assistência ofertada.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão de riscos. Qualidade da Assistência à Saúde. Segurança do Paciente.

ABSTRACT | OBJECTIVE: To understand the potentials and challenges of the work of Patient Safety Centers (PSCs) in public hospitals in the state of Espírito Santo. **METHODS AND MATERIALS:** This is a qualitative study conducted through eight individual interviews with professionals working in PSCs in public hospitals. Subsequently, the data were subjected to thematic analysis. **RESULTS:** Eight categories emerged, with the first six being: Team turnover; Workload overload; Lack of professional involvement and undervaluation; Lack of professional experience in the field; Challenges in the practical implementation of patient safety actions; and Recognition/ engagement. It is worth noting that, of these six categories, only the last one is a facilitator for the PSC's operation. The last two categories listed also serve as facilitators, but they were presented by only one interviewee, namely: Organizational structure of the PSC and Efficient management of action plans. **CONCLUSION:** Several challenges were identified to be overcome for the National Patient Safety Program to implement its guidelines and, thus, to strengthen the culture of safety in healthcare facilities, ultimately impacting the quality of care provided.

KEYWORDS: Risk Management. Quality of Health Care. Patient Safety.

1. Introdução

A segurança do paciente é considerada como a redução ao mínimo aceitável de danos decorrentes da assistência à saúde.¹ Iniciativas direcionadas para a segurança do paciente já aconteciam em todo Brasil, entretanto, em 2013, com a instituição do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) observa-se um avanço sistemático. O PNSP visa contribuir com a qualidade da assistência à saúde em todos os serviços, a partir de ações articuladas com os mais variados setores do governo federal, estaduais e municipais.²

Um grande marco foi a publicação da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) nº 36 em 2013. A RDC descreve detalhadamente as ações necessárias para desenvolver a segurança do paciente nos serviços de saúde e determina a criação dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP), os quais são responsáveis por desenvolver ações direcionadas à segurança do paciente nas instituições.¹

Os NSP são responsáveis pela articulação entre os diversos setores que trabalham com a gestão de riscos nas instituições. Devem ser compostos por uma equipe multiprofissional com médico, farmacêutico e enfermeiro, como, também, por profissionais de outros setores, por exemplo, gerenciamento de resíduos e controle de infecção hospitalar.³

Apesar do arcabouço legal, ainda se nota dificuldades no desenvolvimento de ações voltadas para a segurança do paciente nos serviços de saúde, inclusive para estabelecimentos considerados referência em municípios e estados, responsáveis por diversos procedimentos de alta complexidade.⁴ Aponta-se um distanciamento do proposto legalmente, das ações executadas, devido à falta de recurso materiais, estrutura física inadequada, qualidade imprópria de materiais e recursos humanos insuficientes.⁵

Os desafios encontrados passam por questões estruturais dos serviços de saúde e relacionam-se a processos de trabalho. Uma forma de minimizar esse impacto é o apoio da alta gestão e o desenvolvimento de uma cultura não punitiva^{6,7}, a partir da qual compreende-se que a segurança do paciente necessita de um olhar sistêmico e que a ocorrência de evento adverso é consequência de uma cascata de

lacunas presentes nos serviços e não simplesmente decorrente da culpa de um profissional.^{1,8}

Assim, frente aos aspectos mencionados, este artigo visa conhecer as potencialidades e os desafios do trabalho dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) de hospitais públicos do estado do Espírito Santo, a partir da percepção dos profissionais.

2. Métodos e materiais

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo com abordagem qualitativa, realizado em 2020 com profissionais atuantes em NSP de hospitais públicos do estado do Espírito Santo (ES). Ao todo, o estado possui 18 hospitais públicos em sua rede, e destes foram selecionados aqueles que em 2020 possuíam NSP cadastrado na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Selecionou-se 13 hospitais, dos quais 12 apresentaram anuência em participar da pesquisa. Quanto à seleção do participante, adotou-se como critério de inclusão ser profissional formalmente nomeado para atuar no NSP e ter sido designado pela direção do hospital para participar da pesquisa como representante do NSP em questão.

A rede de atenção hospitalar pública do ES é composta por 02 hospitais especializados e 16 gerais, perfazendo um total de 2.486 leitos e 840 leitos de unidades de tratamento intensivo (UTI). Segundo número de leitos, 04 são de pequeno porte (menos que 50 leitos), 07 de médio porte (51 a 150 leitos) e 07 são de grande porte (151 a 500 leitos). O perfil de atendimento é variado, abrangendo as mais diversas especialidades.⁹

A coleta de dados ocorreu entre novembro de 2020 e janeiro de 2021, e devido à situação da pandemia de COVID-19, a entrevista foi realizada online, por meio de uma plataforma de interação social. Inicialmente, foi aplicado um questionário de caracterização do participante, com questões referentes a gênero, formação, tempo de formação e tempo dedicado ao trabalho do núcleo. As entrevistas foram guiadas por duas questões norteadoras: "Quais as ações desenvolvidas pelo NSP?" e "Quais as facilidades e as dificuldades no trabalho do NSP?". As entrevistas foram gravadas, com uma duração média de 40 minutos, e, posteriormente transcritas na íntegra. Após a transcrição, realizou-se a análise temática, segundo as

etapas: aproximação com os dados (leitura e releitura), geração de códigos iniciais (definição de características importantes), agrupamento dos códigos em temas, revisão dos temas (geração de mapas temáticos), definição e nomeação dos temas e produção do relatório de análise.¹⁰

O presente estudo foi submetido à plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo (parecer número 4.335.066). Todos os participantes concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes do início das entrevistas.

3. Resultados

Entre os hospitais que manifestaram anuência para a pesquisa, 01 informou que o hospital não possuía NSP estruturado e 03 foram considerados como recusa, após três tentativas de contato; 08 profissionais participaram da entrevista. A maioria dos participantes era do sexo feminino (06), com média de tempo de atuação profissional de 12,6 anos (mínimo de 08 e máximo de 24 anos) e metade atuava exclusivamente no núcleo. Quanto à formação, 04 eram enfermeiros, 02 médicos, 01 farmacêutico e 01 psicólogo.

Considerando as entrevistas, após a categorização dos dados, emergiram oito categorias, sendo as seis primeiras denominadas: Rotatividade da equipe; Sobrecarga de atividades; Ausência de envolvimento profissional e desvalorização; Ausência de experiência profissional na área; Desafios na implementação prática das ações de segurança do paciente e Reconhecimento/engajamento. Nota-se que destas seis categorias, apenas a última se trata de facilitador para atuação dos NSP.

Já as duas últimas categorias elencadas se distanciam ainda mais das anteriores, não apenas por se tratar de facilitadores, mas por terem sido apresentadas por apenas um entrevistado (E1), são elas: Estrutura organizacional do NSP e Gerenciamento eficiente de planos de ação.

3.1. Rotatividade da equipe

Essa categoria retrata a alta rotatividade da equipe que, por vezes, pode ser compreendida devido às

dificuldades da atuação no núcleo e instabilidade profissional, mas contribui para interrupção do fluxo de trabalho, além de sobrecarga de alguns profissionais e diminuição do compromisso com as atividades do núcleo. Questões essas que podem ser percebidas nos relatos abaixo:

“Quando elas veem [as pessoas/profissionais] que o trabalho está difícil, tá requerendo muito, ‘ah eu vou sair, eu não posso mais, isso e aquilo” (E4).

“Empresa sai daqui um mês: processos fragilizados devido à instabilidade de todos com o término do contrato da OSS” (E4).

“Como desafio para as ações do NSP tem-se o quantitativo de profissionais com contratos temporários, que tem que sair periodicamente. Quando saem tem que haver novo treinamento para os novos profissionais” (E2).

“Tem que diminuir essa rotatividade. É uma coisa muito deletéria sabe, para qualquer projeto que seja sabe [...]. Porque entra, você tem que explicar de novo, fazer a pessoa entender o projeto, fazer a pessoa se sensibilizar. Então isso é muito desgastante” (E8).

3.2. Sobrecarga de atividades

Outro fator apontado como dificultador pelos entrevistados foi a sobrecarga de atividades. Como, na maioria dos casos, não há uma equipe exclusiva para o núcleo de segurança do paciente, os profissionais envolvidos possuem disponibilidade reduzida, o que se constata nos trechos abaixo:

“Eu acho que seria importante as pessoas terem horários protegidos para essas ações do núcleo. O que a gente vê são pessoas sobrecarregadas, equipes desfalcadas, principalmente a de enfermagem né, enfermagem e técnico, e quando você chega depois que está implantado, depois que conseguiu, a visão muda né, poxa, isso ajuda meu trabalho, isso facilita meu trabalho, mesmo quando estou sobrecarregado. Mas quando você chega com mais coisa pra uma pessoa que está desesperada, só tem ela naquele quadrado pra cuidar de 20 pacientes” (E8).

“[...] porque às vezes eles querem que a gente faça, mas não dá nem condição pra gente se reunir, e a gente se reunir no horário de trabalho não pode, porque tem que fazer assistência, então não dá” (E2).

“O núcleo tem uma gama de profissionais diversificada: psicólogo, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, administrativo, técnico de enfermagem, enfermeiro, médico [...] mas eu vejo também que as pessoas têm pouca disponibilidade. Não existe uma exclusividade de ninguém lá no grupo. (E4)

“Nós não temos equipe mínima exclusiva, entendeu? Nem que fosse um administrador e um técnico de enfermagem. Por exemplo, enfermeiro e técnico de enfermagem, sei lá, pra poder cuidar de algumas coisas que são aquelas burocráticas, que ninguém tem como ficar muito atrás. E quando chega pra gente fazer, porque eu tenho um tanto de atendimento pra fazer, um tanto de problemas pra dar conta, que eu falo ‘não tenho como resolver isso também’ o que inviabiliza muito, entendeu... Então esse é um grande entrave” (E5).

3.3. Ausência de envolvimento profissional e desvalorização

Foi possível perceber, ainda, ao analisar as entrevistas, uma ausência de envolvimento profissional, tanto da alta gestão quanto dos profissionais fora do núcleo:

“Uma coisa muito importante que a gente precisa ter, que a gente não tem é o apoio da alta gestão. Assim, apoio de fato. Não culpando, mas estão sempre envolvidos em outros problemas” (E8).

“A gente se depara com a questão da aceitação e do envolvimento da equipe né... Essa é uma fragilidade muito grande que a gente tem é... Vivenciado” (E6).

“Então pra gente implantar a cultura, não basta você colocar, falar, se as pessoas não se envolverem na cultura de segurança não tem jeito” (E2).

Além disso, o trabalho relacionado à segurança do paciente ainda é altamente desvalorizado, o que, naturalmente, gera certa desmotivação em prosseguir com o trabalho:

“Ainda é muito difícil assim, infelizmente associar qualidade e segurança do paciente, eles acham que é perda de tempo e alto custo, então, é bem desafiador mesmo” (E4).

3.4. Ausência de experiência profissional na área

Outra categoria abordada nos relatos de três profissionais refere-se à “ausência de experiência profissional na área”, o que amplia os desafios para atuação no núcleo, até porque este exige compreensão

aprofundada dos elementos relacionados à qualidade da segurança. Essa compreensão é crucial, destacando-se a responsabilidade dos gestores, conforme ressaltado nos trechos a seguir:

“Um desafio seria principalmente a contratação de pessoas qualificadas” (E6).

“Às vezes a alta gestão não apoia não porque é má, mas porque não sabe, de conhecimento mesmo sabe, sei lá, eu acho que o estado tinha que fazer um treinamento dos gestores” (E8).

“Outro desafio é a existência de chefes dos setores com cargos políticos, que não tem experiência na atividade que desempenham. Muitas vezes também não possuem interesse nem competência para a atividade de gestão do setor” (E2).

3.5. Desafios na implementação prática das ações de segurança do paciente

Esta categoria aponta os desafios na implementação de ações práticas, o que sugere um distanciamento entre o que é proposto legalmente e o que é realizado no cotidiano, como destacado pelos entrevistados:

“Desafios seria mesmo essa questão de estar colocando tudo isso que a gente está falando em prática né, a partir do diagnóstico, traçar o nosso planejamento e colocar em prática” (E2).

“O desafio seria implementar efetivamente pelo menos o que já se construiu. Pelo menos o que já se elaborou né, são os protocolos. O que eu acho que se os protocolos forem implementados efetivamente dentro aí a coisa começa a andar. Então esse é um desafio: implantá-los efetivamente” (E5).

Entre essas práticas, está a notificação de eventos adversos, como observado no depoimento abaixo:

“Notificação de LPP [lesão por pressão], infelizmente a nível cultural nós temos uma deficiência muito grande no hospital de incorporar a mudança de decúbito” (E6).

3.6. Reconhecimento/engajamento

Nesta categoria, são enfatizados o reconhecimento da atuação do NSP e o engajamento da equipe como potencialidades mencionadas por três entrevistados que contribuem para o fortalecimento da cultura de segurança do paciente:

“O ponto forte da segurança do paciente no hospital é o reconhecimento da instituição quanto ao NSP. O NSP é reconhecido pela equipe médica e todo o corpo do hospital. Foi um trabalho de formiguinha, mas depois passou a ser visto como ativo e o engajamento da equipe do NSP mostrando os resultados acabou abrindo o olhar de toda a equipe multidisciplinar. Os setores respeitam e se engajam mais, e chegam muito mais eventos e relatos. A auditoria que a qualidade faz ajuda a aumentar as notificações e a melhorar a qualidade da assistência e nos eventos. Tudo acontece muito naturalmente” (E7).

“Em quase todos os setores tem aquelas pessoas que realmente se engajam e lutam pela continuidade dos processos” (E8).

“A cada educação que a gente faz, a cada ação nas clínicas que nós fazemos, digamos que em uma equipe de 8 funcionários, 6 recebem muito bem, gostam muito das mudanças, iniciam as mudanças e nos dão feedback positivo depois” (E6).

3.7. Estrutura organizacional do NSP

Contrapondo às demais categorias mencionadas, esta menciona potencialidades que correspondem a uma estrutura adequada do NSP com profissionais com atuação exclusiva ao núcleo e aspectos que estão em acordo com o proposto na RDC nº 36. Fato é que apenas um trecho compõe essa categoria que difere dos anteriores:

“O NSP possui em sua composição médico, enfermeiro, analista da qualidade, gerente de qualidade, farmacêutico. O núcleo é muito bem estruturado, em termos de estrutura física e mão de obra. Todos os integrantes têm rotinas exclusivas para o NSP, enfermeiro, farmacêutico, médico, são exclusivos do NSP. O NSP tem tudo muito bem estruturado, todos os documentos de acordo com a RDC 36 [de 2013], e somos acreditados nível 2 ONA, então tem os processos de gestão da qualidade também” (E1).

3.8. Gerenciamento eficiente de planos de ação

Nesta última categoria, uma potencialidade evidenciada, também por um único entrevistado, é o gerenciamento de planos de ações, apontado como essencial para gestão de riscos adequada:

“O fato de ter um sistema de gerenciamento de planos de ações garante, em minha opinião, um

bom gerenciamento do plano de ações de qualidade e segurança do paciente. A gente consegue saber se as ações relacionadas a indicadores, incidentes, protocolos, não conformidades, metas foram cumpridas, atrasadas, concluídas, estão em andamento, ou seja, nós gerenciamos o status e cobramos os gestores locais [cobram o andamento das análises]” (E1).

4. Discussão

Os resultados deste estudo mostram as potencialidades e os desafios do trabalho nos NSP, a partir do relato dos próprios profissionais que atuam em hospitais públicos do estado do Espírito Santo.

Um dos fatores relevantes mencionados pelos entrevistados foi a elevada rotatividade da equipe, a qual impacta diretamente na qualidade do cuidado, na segurança do paciente e na produtividade do hospital¹¹, ao não permitir a formação de uma conexão sólida entre equipe e instituição – acarretando, inclusive, em prejuízos no desempenho do trabalho em equipe. Questão essa essencial para o desenvolvimento da cultura de segurança dos serviços de saúde. Até porque funcionários coesos, que respeitam e apoiam uns aos outros, contribuem para a oferta de um cuidado de alta qualidade.^{12,13}

Com o aumento da complexidade da assistência, um cuidado em saúde seguro exige comunicação eficaz e trabalho em equipe. Sabe-se que muitos eventos adversos têm como causa problemas na comunicação entre profissionais.^{14,15} Dessa forma, equipes que tenham uma compreensão compartilhada sobre o cuidado e trabalhem pelos mesmos objetivos contribuem para minimizar os danos decorrentes da assistência.

Logo, como se constata nos trechos das entrevistas desta pesquisa, a rotatividade faz com que seja interrompido o fluxo de trabalho da equipe, visto que se faz necessária adaptação dos novos funcionários no ambiente e, muitas vezes, até mesmo a sensibilização em relação à importância do núcleo de segurança.

Neste ponto, é importante evidenciar que há fatores vinculados à gestão que podem exercer influência na retenção dos colaboradores, diminuindo a elevada rotatividade. A título de ilustração, gestores que fomentam a satisfação e criam um ambiente seguro diante

da violência institucional têm o potencial de reduzir a propensão dos funcionários em deixar a organização.¹⁶

Outro fator apontado nas entrevistas foi a questão da sobrecarga de atividades, uma vez que os NSP, em sua maioria, não apresentam profissionais exclusivos em sua equipe. Dessa maneira, o núcleo não obtém o engajamento adequado, o que aumenta a quantidade de trabalho para os profissionais envolvidos, podendo contribuir para a exaustão.

Os depoimentos evidenciam, ainda, ao discutir sobre a sobrecarga, que é frequente a não exclusividade do profissional para o NSP, ou seja, além de desenvolver as atividades inerentes ao núcleo, ele deve prestar assistência. Essa situação já foi relatada na literatura⁷ ao apontar que, apesar da legislação¹ não obrigar tal fato, o acúmulo de atividades interfere no desenvolvimento de um trabalho de qualidade.

Logo, a sobrecarga desses profissionais, tanto da Enfermagem quanto de outras áreas, pode gerar consequências até mesmo em seus trabalhos para além do núcleo: a sobrecarga é um fator que aumenta a quantidade de erros em procedimentos como aplicação de medicações, avaliação de biossegurança e vários outros, visto que o profissional tem sua atenção diminuída, como apontado nas entrevistas.

Neste ponto, cabe enfatizar que os NSP são instâncias responsáveis por desenvolver ações para minimizar os eventos adversos, de forma que o seu trabalho é essencial para o serviço de saúde por diminuir impactos negativos aos pacientes (como aumento no tempo de internação e sequelas) e contribuir para redução de custos. Para tanto, o apoio dos gestores permite investimentos para as melhorias e demonstra para as equipes a importância da segurança para aquele serviço, fomentando o engajamento dos profissionais.⁶ Logo, é fundamental que a instituição estimule o envolvimento da alta gestão com a segurança do paciente, de modo a promover um ambiente de escuta e acolhimento das demandas e, assim, contribuir para minimização dos eventos adversos.

Todavia, foi possível perceber, ao analisar as entrevistas, uma ausência de envolvimento profissional, tanto da alta gestão quanto dos profissionais fora do núcleo. Questão essa que evidencia, em muitas situações, a desvalorização do trabalho relacionado à segurança do

paciente, o que naturalmente gera certa desmotivação entre os profissionais para prosseguir na atuação junto ao núcleo.

Outro desafio apontado esteve relacionado à ausência de experiência profissional na área. Nesse ponto, por ser a segurança do paciente uma área ainda muito desvalorizada, é natural que haja poucas especializações voltadas para o assunto, assim como poucos profissionais que estudam e se interessam. Fatores esses que podem resultar na ausência de experiência profissional na área, o que aumenta ainda mais as dificuldades do núcleo de segurança do paciente.⁷ Cabe destacar, ainda, que 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.⁷ Aspectos esses que são fundamentais também (ou ainda mais) quando se trata da gestão.

Assim, se faz necessário o desenvolvimento de ações educacionais, seja por meio de capacitações ou cursos de especialização. O Programa Nacional de Segurança do Paciente e a RDC nº 36 destacam a importância do ensino em todo processo, seja pela inserção da temática em currículos de graduação e pós-graduação², seja por ações institucionais nos estabelecimentos de saúde.¹ Aponta-se que a cultura de segurança do paciente apresenta melhoria significativa após o desenvolvimento de programas educacionais, de forma que a inserção da temática em programas de educação continuada ou permanente pode contribuir para mudanças nas ações do serviço.¹⁷

Neste contexto, ao enfatizar esses aspectos tão necessários à segurança do paciente, cabe destacar que alguns entrevistados evidenciaram que a implementação prática do que é proposto como ações de segurança do paciente é um desafio da atuação nos NSP.

Implantar protocolos é uma das funções instituídas para os núcleos e observa-se ser a mais frequentemente relatada na literatura.^{4,6,7,18-20} A legislação aponta uma série de protocolos a serem implantados; o Ministério da Saúde e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária em conjunto publicaram seis (identificação do paciente, úlcera por pressão, higiene das mãos,

administração segura de medicamentos, cirurgia segura e quedas) como protocolos norteadores para os serviços de saúde.^{1,2} No entanto, nota-se que os serviços de saúde ainda possuem dificuldades na implantação e monitoramento dos protocolos básicos¹⁸, havendo um distanciamento do proposto legalmente e do realizado.^{5,20}

Ressalta-se que entre as funções instituídas para os núcleos está a notificação de eventos adversos. A RDC nº 36 estabelece como obrigatória ao sistema nacional a notificação dos eventos adversos em até 15 dias e daqueles que evoluírem para óbito em até 72 horas.¹ Notificar constitui um desafio dos núcleos, o receio da punição e a ausência de sistemas informatizados ou sistemas pouco amigáveis são considerados uma barreira para que os profissionais a efetuem, sendo ainda observada a subnotificação.^{18,19} A notificação constitui-se como elemento norteador das ações dos núcleos, ao demonstrar um panorama das lacunas encontradas, direciona ações de prevenção e correção, desta forma, torna-se essencial a existência de um sistema informatizado, de fácil acesso e anônimo para o aumento gradual dos eventos monitorados.¹

Já em relação às potencialidades mencionadas pelos entrevistados, destaca-se o reconhecimento da atuação do NSP e o engajamento da equipe — mencionadas por três entrevistados. Aqui, cabe destacar que disseminar a cultura de segurança do paciente é uma das diretrizes do NSP, sendo que esta é compreendida como “conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde”.¹ Logo, para o alcance de melhorias no serviço de saúde, o fortalecimento da cultura de segurança em detrimento de uma cultura punitiva, torna-se primordial para avanço nas ações.

Assim, a valorização e o estímulo ao trabalho nos NSP são potenciais para melhoria efetiva da cultura de segurança do paciente nos hospitais²¹ e o reconhecimento (retratado também pelos entrevistados nesta pesquisa) evidencia ainda mais a importância dessa postura de valorização por todos os profissionais envolvidos no processo de trabalho no âmbito da segurança do paciente.²²

Somando-se a essa potencialidade e, ao mesmo tempo, distanciando-se das categorias anteriores, chamam atenção os trechos de uma entrevista (E1), ao apontar como facilitadores da atuação dos NSP: a estrutura organizacional do NSP e o gerenciamento eficiente de planos de ação.

Importante evidenciar que essa entrevista traz trechos que diferem dos já apresentados anteriormente, uma vez que menciona potencialidades que correspondem a uma estrutura adequada do NSP com profissionais com atuação exclusiva ao núcleo e aspectos que estão em acordo com o proposto na RDC nº 36. Fato é que como a pesquisa em questão foi realizada com profissionais que atuam em diferentes hospitais públicos, essas disparidades poderiam se fazer presentes.

Assim, o trecho elencado nessa categoria apesar de único adquire importância, a fim de evidenciar as possibilidades de avanços nos desafios enfrentados pelas instituições ao promover a segurança do paciente. O relato também aponta o gerenciamento eficiente dos planos de ação e reafirma a importância de avanços nessa área.

Aqui, cabe esclarecer que a legislação determina as funções do NSP no serviço de saúde e dentre elas está a gestão de riscos, a qual é entendida como um trabalho sistemático a fim de controlar os riscos e eventos adversos que afetam aos pacientes, profissionais, ambiente e instituição.¹ Logo, a gestão de riscos é uma das ações a ser desenvolvida pelo núcleo, com vistas a fornecer elementos para tomada de decisões dos gestores, entretanto, em muitos estabelecimentos, encontra dificuldades na sua efetivação, devido a cultura punitiva que gera subnotificação de eventos adversos.²³⁻²⁵ Assim, um gerenciamento de planos de ações é essencial para que essa gestão de riscos seja realizada de forma adequada, como apontado na categoria em questão.

Uma limitação deste estudo foi a realização durante a pandemia de coronavírus, o que resultou em profissionais sobrecarregados devido às demandas de serviço e, conseqüentemente, com horários limitados para a realização das entrevistas.

5. Conclusão

Esta pesquisa explorou os fatores que impactam na implementação dos serviços dos NSP, destacando desafios, como a alta rotatividade da equipe, sobrecarga de atividades e falta de experiência profissional na área, entre outros obstáculos. Além disso, identificou potenciais facilitadores, como o reconhecimento e engajamento profissional, juntamente com a presença de uma estrutura organizacional adequada para os NSP e a gestão eficiente de planos de ação. Importante observar que estes dois últimos facilitadores foram mencionados por apenas um dos profissionais entrevistados.

Assim, os dados desta pesquisa apontam que apesar da publicação da RDC nº 36 em 2013, ainda persistem desafios na efetivação das atividades dos núcleos. Isso reflete o fato de que avançar nesse campo continua sendo um desafio nas instituições de saúde, e há obstáculos a serem superados para garantir a implementação das diretrizes do Programa Nacional de Segurança do Paciente, visando ao fortalecimento da cultura de segurança em todas as instalações de saúde.

É crucial ressaltar a importância da análise minuciosa da estrutura organizacional e da eficaz gestão dos planos de ação pelos NSP. A organização e a gestão desempenham um papel fundamental na transformação de conceitos teóricos em práticas eficazes, consolidando uma cultura de segurança construtiva e efetiva. Além disso, a pesquisa evidencia a importância de profissionais exclusivos para atuação no NSP, de modo a favorecer o engajamento nas atividades propostas e no desempenho de um trabalho de qualidade.

Contribuições dos autores

Portugal FB participou da concepção da pergunta de pesquisa, delineamento metodológico, análise dos dados, interpretação dos resultados, redação do artigo científico. Coslop S participou da concepção da pergunta de pesquisa, delineamento metodológico, coleta dos dados, redação do artigo científico. Costa MSC e Wandekoken KD participaram do delineamento metodológico, análise dos dados, interpretação dos resultados, redação do artigo científico. Todos os autores revisaram e aprovaram a versão final e estão de acordo com sua publicação.

Conflitos de interesses

Nenhum conflito financeiro, legal ou político envolvendo terceiros (governo, empresas e fundações privadas, etc.) foi declarado para nenhum aspecto do trabalho submetido (incluindo, mas não se limitando a subvenções e financiamentos, participação em conselho consultivo, desenho de estudo, preparação de manuscrito, análise estatística, etc.).

Indexadores

A Revista Enfermagem Contemporânea é indexada no [DOAJ](#) e no [EBSCO](#).



Referências

1. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013 (Brasil). Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. [Internet]. Diário Oficial da União. 2013 jul. 26. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/resolucao-da-diretoria-colegiada-rdc-no-36-de-25-de-julho-de-2013/>
2. Portaria GM/MS nº 529, de 1º de abril de 2013 (Brasil). Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). [Internet]. Diário Oficial da União. 2013 abr. 1. Disponível em: <https://bit.ly/4bHM0T0>
3. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde [Internet]. Brasília: ANVISA; 2016. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/caderno-6-implantacao-do-nucleo-de-seguranca-do-paciente-em-servicos-de-saude.pdf/view>
4. 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 Gaúcha Enferm. 2019;40(esp):e20180306. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180306>
5. Siman AG, Braga LM, Amaro MOF, Brito MJM. Desafios da prática na segurança do paciente. Rev Bras Enferm. 2019;72(6):1504-11. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0441>
6. Prates CG, Magalhães AMM, Balen MA, Moura GMSS. Núcleo de segurança do paciente: o caminho das pedras em um hospital geral. Rev Gaúcha Enferm. 2019;40(esp):20180150. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180150>

7. 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):20180264. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180264>
8. Andrade LEL, Lopes JM, Souza Filho MCM, Vieira Júnior RF, Farias LPC, Santos CCM, et al. Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. *Ciênc Saúde Colet.* 2018;23(1):161-72. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.24392015>
9. Ministério da Saúde (Brasil), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Brasil. Estabelecimentos por tipo – Brasil [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2021. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/estabbr.def>
10. Bardin L. Análise de conteúdo. 1 ed. Lisboa: edições 70; 2011.
11. Nascimento LH, Guerra GM, Nunes JGP, Cruz DALM. Estratégias de retenção de profissionais de enfermagem nos hospitais: protocolo de scoping review. *Rev Enferm Referência.* 2019;4(22):161-8. <https://doi.org/10.12707/RIV19033>
12. Lemos GC, Azevedo C, Bernardes MFVG, Ribeiro HCTC, Menezes AC, Mata LRF. A cultura de segurança do paciente no âmbito da enfermagem: reflexão teórica. *R Enferm Cent O Min.* 2018;8:e2600. <https://doi.org/10.19175/recom.v8i0.2600>
13. Heidmann A, Trindade LF, Schmidt CR, Loro MM, Fontana RT, Kolankiewicz ACB. Fatores contribuintes para consolidação da cultura de segurança do paciente no âmbito hospitalar. *Esc Anna Nery.* 2020;24(1):e20190153. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0153>
14. Burgener AM. Enhancing Communication to Improve Patient Safety and to Increase Patient Satisfaction. *Health Care Manag.* 2017;36(3):238-43. <https://doi.org/10.1097/HCM.000000000000165>
15. Lee CT-S, Doran DM. The Role of Interpersonal Relations in Healthcare Team Communication and Patient Safety: A Proposed Model of Interpersonal Process in Teamwork. *Can J Nurs Res.* 2017;49(2):75-93. <https://doi.org/10.1177/0844562117699349>
16. Bordignon M, Monteiro MI. Preditores da intenção de trabalhadores de enfermagem em deixar a unidade de trabalho, instituição de saúde e profissão. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2019;27:e3219. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3280.3219>
17. Hababbeh AA, Alkhalileh MA. Effect of an educational programme on the attitudes towards patient safety of operation room nurses. *Br J Nurs.* 2020;29(4):222-8. <https://doi.org/10.12968/bjon.2020.29.4.222>
18. 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>
19. Costa EAM, Lobão WM, Riba CLM, Passos NM. Segurança do paciente em hospitais de grande porte. *Rev Enferm UFPE Online.* 2020;14:e243324. <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2020.243324>
20. 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:e23703. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2018.23703>
21. Ribeiro R, Servo ML, Silva Filho AM. Perfil da cultura de segurança do paciente em um hospital público. *Enferm Foco.* 2021;12(3):504-11. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n2.4240>
22. Costa BD, Ramos D, Gabriel CS, Bernardes A. Cultura de segurança do paciente: avaliação pelos profissionais de Enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2018;27(3):e2670016. <https://doi.org/10.1590/0104-070720180002670016>
23. Schmitt MD, Costa DG, Massaroli A, Lorenzini E, Lanzoni GMM, Santos JLG. Análise de teses e dissertações sobre gestão de riscos na área da saúde no Brasil. *Rev Min Enferm [Internet].* 2020;24:e1352. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622020000100271
24. Levine KJ, Carmody M, Silk KJ. The influence of organizational culture, climate and commitment on speaking up about medical errors. *J Nurs Manag.* 2020;28(1):130-8. <https://doi.org/10.1111/jonm.12906>
25. O'Donovan R, Ward M, Brún A, McAuliffe E. Safety culture in health care teams: A narrative review of the literature. *J Nurs Manag.* 2019;27(5):871-83. <https://doi.org/10.1111/jonm.12740>