



## Autoavaliação dos Núcleos de Segurança do Paciente em um estado do norte do Brasil

*Self-assessment of Patient Safety Centers in a state in Northern Brazil*

**Josimeire Cantanhêde de Deus\***, **Lais Xavier de Araújo<sup>1</sup>**, **Priscilla Perez da Silva Peretra<sup>1</sup>**,  
**Daniela Oliveira Pontes<sup>1</sup>**, **Rosa Maria Ferreira de Almeida<sup>1</sup>**, **Hanny Joadan Moura Tavares<sup>1</sup>**,  
**Arghia Gigli de Souza<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Laboratório de Pesquisa sobre Cuidados em Saúde, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Rondônia (UNIR), Porto Velho (RO), Brasil.

\*Autor correspondente: Josimeire Cantanhêde de Deus - *E-mail*: joosiwatson@gmail.com

### RESUMO

Avaliar a estrutura organizacional dos Núcleos de Segurança do Paciente dos hospitais de Rondônia. Estudo transversal, realizado entre novembro e dezembro de 2020, com 25 dos 40 núcleos de segurança do paciente cadastrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Os dados foram coletados mediante instrumento com indicadores de estrutura, processo e resultados. Houve maior adesão aos indicadores de estrutura e quase todas as instituições possuíam núcleo de segurança totalmente implantado. Contudo, evidenciou-se fragilidade na execução de algumas ações, principalmente no gerenciamento de riscos. Apenas seis organizações realizaram notificações de eventos adversos, demonstrando relação direta com a alta adesão às boas práticas de segurança ( $p = 0,04$ ) juntamente com o tipo de instituição ( $p = 0,02$ ). Embora os núcleos estejam totalmente implantados, os indicadores de processo e resultados indicam a necessidade de qualificação de seus membros e um acompanhamento mais próximo pela coordenação estadual de segurança do paciente.

**Palavras-chave:** Avaliação de serviços de saúde. Cultura organizacional. Segurança do paciente.

### ABSTRACT

To evaluate the organizational structure of Patient Safety Centers in hospitals in the state of Rondônia. Cross-sectional study, carried out between November and December 2020. The study population consisted of 25 out of the 40 patient safety centers registered with the National Health Surveillance Agency. Data were collected using an instrument with structure, process, and outcome indicators. There was greater adherence to structure indicators and almost all institutions had a fully implemented Safety Center, however, there was evidence of weakness in the execution of some actions, mainly in risk management. Only six institutions reported adverse events, which showed a direct relationship with high adherence to good safety practices ( $p=0.04$ ) along with the type of institution ( $p=0.02$ ). Although the centers are fully implemented, the process and outcome indicators indicate the need for the qualification of their members and closer monitoring by the state coordination of patient safety.

**Keywords:** Evaluation of health services. Patient safety. Organizational culture.

*Recebido em Agosto 12, 2022*  
*Aceito em Março 03, 2023*

## INTRODUÇÃO

Segurança do paciente é uma premissa mundial nas instituições de saúde, uma vez que o estímulo à cultura de segurança deve ser transversal no cuidado em saúde, ou seja, considerado por todos os envolvidos e em todas as etapas da assistência<sup>1</sup>. Ela visa à melhoria dos processos e à gestão da qualidade nos serviços a partir do princípio de primeiro não causar dano ao usuário<sup>2</sup>.

O movimento em prol da segurança do paciente tornou-se mais evidente a partir do relatório “Errar é humano: construir um sistema de saúde mais seguro”, do Instituto de Medicina dos Estados Unidos, datado de 1999, quando evidenciou a ocorrência de óbitos provenientes de cuidados assistenciais nesse país<sup>3</sup>. Em 2004, após a 57<sup>a</sup> Assembleia Mundial de Saúde, foi formada a Aliança Mundial para estabelecer normativas voltadas à segurança do paciente em diversos países<sup>4</sup>.

No Brasil, elaborou-se a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 63/2010 – o primeiro material referente à temática no país –, complementada posteriormente pela RDC nº 36/2013 e pela Portaria nº 529/2013<sup>5-7</sup>. Esses documentos fundamentaram a criação dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP), cujas ações se embasam no gerenciamento de riscos para mitigação dos eventos adversos (EA) em saúde.

Assim, os NSP atuam significativamente na gestão da qualidade nos serviços considerando a Tríade de Donabedian, que consiste em indicadores de estrutura, processo e resultados executados por equipe multidisciplinar e fundamentam estudos que objetivam compreender a estrutura organizacional<sup>8</sup>. Cabe aos núcleos a escolha de indicadores próprios ou validados na literatura<sup>9</sup>.

A abordagem de autoavaliação é um método avaliativo que permite aos profissionais terem autonomia, independência e participação

ativa na compreensão da atual situação de saúde de suas organizações e refletirem criticamente sobre suas ações, a fim de minimizar possíveis danos ao usuário<sup>10</sup>.

Apesar da implantação obrigatória dos NSP nos hospitais com leitos de terapia intensiva, sabe-se que essa exigência normativa não garante a segurança dos pacientes<sup>11,12</sup>. Na Autoavaliação das Práticas de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde realizada pela Agência Nacional de Vigilância em Saúde (Anvisa) em 2020, na Região Norte apenas o estado do Pará, com dois hospitais, obteve 100% de conformidade aos indicadores, na Região Nordeste, o Ceará (três instituições), no Centro-Oeste, Mato Grosso (dois serviços), no Sudeste, Minas Gerais (12 instituições) e no Sul, Paraná (sete hospitais) alcançaram conformidade nos indicadores<sup>13</sup>. Em 2020, a Região Sudeste apresentou maior quantitativo de hospitais com alta conformidade. Em Rondônia, apenas cinco hospitais foram classificados com alta conformidade para as boas práticas no estado<sup>13</sup>.

Dado o baixo quantitativo de hospitais que responderam à avaliação nacional sobre boas práticas de segurança no estado de Rondônia, justifica-se este estudo pela oportunidade em avaliar a estrutura organizacional dos NSP dos hospitais dessa unidade da federação. Nesse sentido, a análise procurou identificar se os núcleos de segurança do paciente do estado encontram-se implementados, atuantes e cumprindo efetivamente a segurança do paciente por intermédio da sua ação principal, isto é, a de mitigação de riscos por meio da notificação de EA. Assim sendo, o presente estudo visa avaliar a estrutura organizacional dos Núcleos de Segurança do Paciente dos hospitais do estado de Rondônia.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo, observacional, tipo transversal, realizado entre 25 de novembro a 26 de dezembro de 2020 no

município de Porto Velho, Rondônia, por meio de levantamento de campo. Em 2015, o estado tinha pouco mais de 1,5 milhão de habitantes, o terceiro mais populoso da Região Norte<sup>14</sup>. São 52 municípios, e, em 2010, 73,5% dos rondonienses residiam em área urbana, 10,3% tinham menos de cinco anos e 7% eram idosos<sup>15</sup>.

A população deste estudo foi composta mediante apoio da Coordenação de Segurança do Paciente da Agência Estadual de Vigilância em Saúde de Rondônia, que disponibilizou lista nominal de 45 coordenadores dos NSP (de um total de 55 com cadastro atualizado no banco de dados da Anvisa). Cinco foram excluídos, pois não possuíam registro de telefone ou *e-mail* no sistema, impossibilitando o contato; houve tentativas de comunicação com eles via instituição, porém sem sucesso. O convite foi enviado aos 40 coordenadores dos NSP dos hospitais do estado via *e-mail*, fornecendo informações sobre a pesquisa, e 25, todos profissionais da enfermagem, aceitaram participar da pesquisa. Na etapa seguinte, novo *e-mail* foi encaminhado com o instrumento e roteiro de orientação para preenchimento das respostas e devolução.

A coleta de dados para o diagnóstico situacional dos NSP dos hospitais de Rondônia ocorreu por meio do instrumento de autoavaliação validado, proposto por Macedo e Bohomol<sup>8</sup>. O questionário e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foram disponibilizados aos participantes via *Google Forms* e encaminhados a eles por *e-mail*. O instrumento contém 69 itens que avaliam seis dimensões de dois domínios, “estrutura” e “processo”: 1) recursos humanos e materiais; 2) implantação do NSP; 3) principais atividades do NSP; 4) diretrizes e ações de prevenção de evento sentinela; 5) estratégias e ações para gestão de risco; e 6) capacitação dos profissionais.

As respostas para o domínio “estrutura” contemplaram: a) tem; b) pretende ter; c) não pretende ter; e d) uso de outro setor/ divide com outro setor. Para o domínio “processo”, as

opções foram: a) implantado; b) parcialmente implantado; c) planeja implantar; d) não será implantado; e e) não se aplica.

Para avaliação da conformidade quanto às boas práticas de segurança do paciente, foi utilizado o escore da Anvisa previsto no Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, que considera como métrica para alta adesão respostas positivas acima de 67% para o formulário de autoavaliação<sup>17</sup>. Haja vista a limitação do instrumento quanto à avaliação dos resultados, utilizou-se como indicador a notificação de EA realizados ao Sistema de Notificações de Vigilância Sanitária durante o período da coleta.

Realizou-se análise descritiva, visando a identificar os participantes do estudo quanto às características da instituição hospitalar. Para as variáveis quantitativas, foram utilizadas medidas de porcentagens e análise de tendência central (média, mediana, percentis e desvio-padrão). Para a análise inferencial, optou-se pelo teste estatístico Exato de Fisher por meio do pacote estatístico *Stata* 16.0 (*College Station*, Texas, Estados Unidos).

Este estudo faz parte do projeto-matriz “Boas práticas na assistência ao paciente, no controle da infecção e no processamento de produtos para a saúde no Estado de Rondônia”, aprovado pelo Comitê de Ética em Saúde da Universidade Federal de Rondônia sob o nº 3.771.377. Todos os participantes assinaram o TCLE, e foram respeitados os princípios éticos para pesquisas envolvendo seres humanos de acordo com as normas estabelecidas pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)<sup>18</sup>.

## RESULTADOS

A composição da amostra foi de 25 coordenadores de NSP do estado de Rondônia, entre os 40 cadastrados no banco de dados

da Anvisa. Os NSP são formados por equipe multiprofissional e em média contam com quatro integrantes; compreendem diferentes áreas da saúde, como medicina, enfermagem, farmácia e biomedicina, além de agentes administrativos, diretor-geral e diretor clínico, porém em todos os NSP o enfermeiro é o coordenador. As equipes estão juntas há mais de um ano, com exceção de duas delas.

A maioria das instituições oferece atendimento do tipo geral, possui unidade de terapia intensiva do adulto e centro cirúrgico (Tabela 1). O menor tempo de institucionalização do núcleo foi 15 meses, e o maior, 89 meses.

**Tabela 1.** Perfil dos hospitais participantes do estudo. Porto Velho, RO, Brasil, 2020 (n = 25)

(Continua)	
Variável	N (%)
<b>Local</b>	
Porto Velho	11 (44)
Interior	14 (56)
<b>Tipo</b>	
Público	12 (48)
Privado	13 (52)
<b>Atende o SUS</b>	
Sim	14 (56)
Não	11 (44)
<b>Gestão</b>	
Estadual	12 (48)
Municipal	13 (52)
<b>Porte</b>	
Grande	11 (44)
Médio	3 (12)
Pequeno	11 (44)
<b>Tipo de estabelecimento</b>	
Especializado	5 (20)
Geral	20 (80)
<b>UTI</b>	
Sim	17 (68)
Não	8 (32)

(Conclusão)	
Variável	N (%)
<b>Local</b>	
Porto Velho	11 (44)
Interior	14 (56)
<b>Tipo</b>	
<b>Tipo de UTI*</b>	
Adulto	11 (64,7)
Infantil	1 (5,9)
Adulto e infantil	5 (29,4)
<b>Centro Cirúrgico</b>	
Sim	20 (80)
Não	5 (20)

\* A instituição pode ter mais de um tipo de UTI.

A maioria conta com estrutura mínima ao funcionamento do NSP e tem recursos humanos parcialmente suficientes para atender à demanda do setor (Tabela 2).

**Tabela 2.** Apresentação do domínio “estrutura”: disponibilidade de recursos humanos e materiais, Porto Velho, RO, Brasil, 2020 (n = 25)

Itens	Sim n (%)	Não n (%)
Área física	17 (68)	8 (32)
Computador	22 (88)	3 (12)
Impressora	17 (68)	8 (32)
Telefone	9 (36)	16 (64)
Acesso à internet	24 (96)	1 (4)
Material de escritório	25 (100)	0 (0)
Recursos humanos	15 (60)	10 (40)

Sobre o processo de implantação do NSP, identificou-se que quase 70% estão totalmente implantados, a maioria fomenta a cultura de segurança do paciente, contudo apresenta dificuldade em usar ferramentas para gerenciamento de riscos e estabelecer comunicação efetiva (Tabela 3). Foram citadas as ferramentas 5W2H, PDCA, PDSA, fluxograma de processo, *checklist*, Diagrama de Ishikawa, *brainstorming* e Diagrama de Pareto. Nove serviços utilizavam mais de uma delas.

**Tabela 3.** Domínio “processo”: implantação dos NSP, Porto Velho, RO, Brasil, 2020 (n = 25)

Itens	TI n (%)	PI n (%)	PLI n (%)	NSI n (%)	NA n (%)
Núcleo de Segurança do Paciente estruturado	17 (68)	7 (28)	1 (4)	0 (0)	0 (0)
Estratégia de prevenção de eventos adversos articulado com outros gestores	10 (40)	13 (52)	1 (4)	1 (4)	0 (0)
A alta direção participa e apoia as estratégias de cultura de segurança	16 (64)	9 (36)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Há estratégias e ações para evitar responsabilização individual	14 (56)	10 (40)	1 (4)	0 (0)	0 (0)
Usa ferramentas da qualidade para gerenciar os riscos de eventos adversos	9 (36)	4 (16)	9 (36)	2 (8)	1 (4)
Há estratégias para notificação de riscos e eventos ocorridos contemplados no Plano de Segurança do Paciente	12 (48)	10 (40)	3 (12)	0 (0)	0 (0)
Há estratégias para divulgação dos resultados às equipes	5 (20)	11 (44)	7 (28)	1 (4)	1 (4)

TI: totalmente implantado; PI = parcialmente implantado; PLI = planeja implantar; NSI = não será implantado; NA = não se aplica

Em relação às atividades desenvolvidas pelo NSP, destacam-se as ações com foco na equipe multiprofissional, no Plano de Segurança do Paciente e na notificação de EA. Contudo, três instituições informaram não executar as ações de implantação dos protocolos de segurança, gestão

de risco e identificação e análise dos EA (Tabela 4). Para avaliação da assistência e gerenciamento de riscos são utilizados como indicadores os protocolos básicos de segurança do paciente, monitoramento e vigilância das infecções relacionadas a assistência em saúde.

**Tabela 4.** Domínio “processo”: principais atividades dos NSP, Porto Velho, RO, Brasil, 2020 (n = 25)

(Continua)

Itens	TI n (%)	PI n (%)	PLI n (%)	NSI n (%)	NA n (%)
Promove ações para gestão de risco	10 (40)	8 (32)	6 (24)	0 (0)	1 (4)
Desenvolve ações para integração multiprofissional	14 (56)	7 (28)	4 (16)	0 (0)	0 (0)
Identifica e avalia eventos adversos existentes nos processos e procedimentos	13 (52)	9 (36)	2 (8)	1 (4)	0 (0)
Elabora, implanta, divulga e atualiza o Plano de Segurança do Paciente	14 (56)	6 (24)	5 (20)	0 (0)	0 (0)
Acompanha as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente	14 (56)	9 (36)	2 (8)	0 (0)	0 (0)
Implanta os protocolos de segurança do paciente e monitora seus indicadores	10 (40)	12 (48)	2 (8)	1 (4)	0 (0)
Estabelece barreira de prevenção de acidentes	15 (60)	8 (32)	2 (8)	0 (0)	0 (0)
Desenvolve, implanta e acompanha programas de capacitação em segurança do paciente	13 (52)	9 (36)	3 (12)	0 (0)	0 (0)
Analisa e avalia os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da assistência	11 (44)	10 (40)	3 (12)	1 (4)	0 (0)

Itens	(Conclusão)				
	TI n (%)	PI n (%)	PLI n (%)	NSI n (%)	NA n (%)
Divulga à direção e aos profissionais os resultados da análise	9 (36)	11 (44)	5 (20)	0 (0)	0 (0)
Notifica os eventos adversos ao Serviço Nacional de Vigilância Sanitária	15 (60)	5 (20)	5 (20)	0 (0)	0 (0)
Arquiva as notificações	21 (84)	3 (12)	1 (4)	0 (0)	0 (0)
Acompanha os alertas sanitários e outros comunicados de risco	16 (64)	7 (28)	2 (8)	0 (0)	0 (0)
Identificação do paciente	17 (68)	6 (24)	2 (8)	0 (0)	0 (0)
Incentivo à higiene das mãos	24 (96)	1 (4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Cirurgia segura	17 (68)	3 (12)	2 (8)	0 (0)	3 (12)
Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos	15 (60)	8 (32)	2 (8)	0 (0)	0 (0)
Segurança na prescrição, uso e administração de hemocomponentes	15 (60)	6 (24)	2 (8)	0 (0)	2 (8)
Incentiva o paciente e familiares a se envolver na sua própria segurança	13 (52)	7 (28)	4 (16)	1 (4)	0 (0)
Comunicação efetiva	13 (52)	9 (36)	3 (12)	0 (0)	0 (0)
Prevenção de lesão por pressão	13 (52)	5 (20)	3 (12)	0 (0)	4 (16)
Prevenção de queda	16 (64)	6 (24)	3 (12)	0 (0)	0 (0)
Segurança na utilização de equipamentos e materiais	15 (60)	6 (24)	4 (16)	0 (0)	0 (0)
Identificação, análise, monitoramento e comunicação de riscos	12 (48)	8 (32)	5 (20)	0 (0)	0 (0)
Integração dos diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos pelo serviço	11 (44)	8 (32)	6 (24)	0 (0)	0 (0)
Implementação dos protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde	16 (64)	7 (28)	2 (8)	0 (0)	0 (0)
Segurança na prescrição, uso e administração de terapias nutricionais enterais e parenterais	14 (56)	2 (8)	5 (20)	0 (0)	4 (16)
Registra o uso de órteses e próteses, quando utilizados	7 (28)	3 (12)	6 (24)	1 (4)	8 (32)
Prevenção e controle de eventos adversos, incluindo infecção relacionada à assistência	16 (64)	7 (28)	1 (4)	0 (0)	1 (4)
Ações de incentivo a ambiente seguro	15 (60)	9 (36)	1 (4)	0 (0)	0 (0)

TI: totalmente implantado; PI = parcialmente implantado; PLI = planeja implantar; NSI = não será implantado; NA = não se aplica

A respeito do enfrentamento aos eventos sentinelas, são promovidas ações preventivas relacionadas à vigilância dos óbitos ou lesões graves associadas a erro de medicação, queda do paciente, erro transfusional, uso de produtos e dispositivos ou eventos ambientais de risco elétrico, químico e/ou biológico (Tabela 5). No

domínio “processo” referente às capacitações em segurança do paciente e estratégias para gestão de risco, 20 instituições apresentaram respostas positivas. Entretanto, houve respostas negativas sobre gerenciamento de riscos, análise de causa-raiz e uso da ferramenta denominada Análise de Modos de Falhas e Efeitos (FMEA).

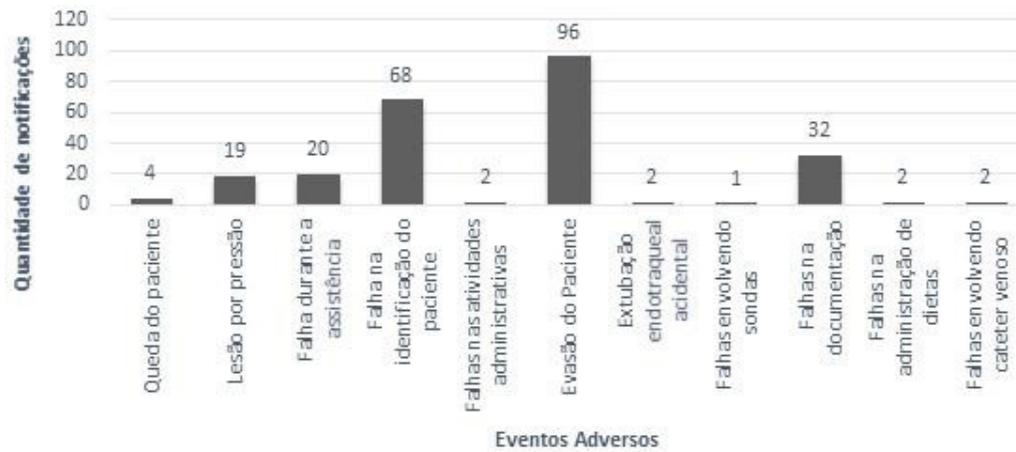
**Tabela 5.** Domínio “processo”: prevenção de eventos sentinelas e capacitações, Porto Velho, RO, Brasil, 2020 (n = 25)

Itens	TI n (%)	PI n (%)	PLI n (%)	NSI n (%)	NA n (%)
<b>Diretrizes e ações de prevenção de eventos sentinelas</b>					
Procedimento cirúrgico	6 (24)	5 (20)	7 (28)	0 (0)	7 (28)
Produtos e dispositivos	10 (40)	2 (8)	10 (40)	0 (0)	3 (12)
Proteção do paciente	6 (24)	4 (16)	10 (40)	0 (0)	5 (20)
Gestão do cuidado	14 (56)	5 (20)	5 (20)	0 (0)	1 (4)
Eventos ambientais	9 (36)	2 (8)	10 (40)	0 (0)	4 (16)
Eventos radiológicos	4 (16)	3 (12)	8 (32)	0 (0)	10 (40)
Eventos criminais potenciais	4 (16)	2 (8)	9 (36)	2 (8)	8 (32)
<b>Capacitação dos profissionais de saúde</b>					
Qualidade e segurança do paciente	15 (60)	7 (28)	3 (12)	0 (0)	0 (0)
Princípios básicos em segurança do paciente	19 (76)	5 (20)	1 (4)	0 (0)	0 (0)
Tipos de eventos adversos relacionados à assistência à saúde	14 (56)	9 (36)	2 (8)	0 (0)	0 (0)
Protocolos de segurança do paciente	19 (76)	4 (16)	2 (8)	0 (0)	0 (0)
Indicadores de segurança do paciente	9 (36)	8 (32)	8 (32)	0 (0)	0 (0)
Estratégias para melhoria da qualidade e segurança	9 (36)	12 (48)	4 (16)	0 (0)	0 (0)
Cultura de segurança	8 (32)	10 (40)	7 (28)	0 (0)	0 (0)
Núcleo de Segurança do Paciente	18 (72)	5 (20)	2 (8)	0 (0)	0 (0)
Plano de Segurança do Paciente	14 (56)	8 (32)	3 (12)	0 (0)	0 (0)
Gerenciamento e gestão de risco	12 (48)	7 (28)	5 (20)	1 (4)	0 (0)
Sistema de notificação de eventos adversos	18 (72)	4 (16)	3 (12)	0 (0)	0 (0)
Investigação de eventos adversos	12 (48)	10 (40)	3 (12)	0 (0)	0 (0)
Análise causa-raiz	6 (24)	8 (32)	9 (36)	0 (0)	2 (8)
Análise de Modos de Falha e Efeitos (FMEA)	6 (24)	6 (24)	11 (44)	1 (4)	1 (4)

TI: totalmente implantado; PI = parcialmente implantado; PLI = planeja implantar; NSI = não será implantado; NA = não se aplica

Durante o período de coleta, constatarem-se 248 registros de EA ao Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária (Notivisa) provenientes de seis hospitais participantes. Os

dados evidenciaram maior frequência de eventos adversos leves em comparação aos moderados e graves, e não houve registro de óbito (Figura 1).



**Figura 1.** Eventos adversos notificados pelos NSP nos meses de novembro e dezembro, Porto Velho, RO, Brasil, 2020 (n = 248)  
Fonte: Dados da pesquisa.

Do total de NSP avaliados, pouco menos da metade apresentou alta adesão às boas práticas de segurança do paciente (48%). Foi encontrada diferença estatisticamente significativa para o tipo

de instituição (pública ou privada) ( $p = 0,02$ ) e se foram realizados registros de eventos adversos no período do estudo ( $p = 0,04$ ), conforme indicado na Tabela 4.

**Tabela 6.** Análise bivariada baseado na adesão às boas práticas de segurança nos serviços de saúde pautado no modelo teórico de avaliação de risco sanitário, Porto Velho, RO, Brasil, 2020 (n = 25)

(Continua)

Variáveis	Adesão		Valor de p
	Média ou baixa adesão n (%)	Alta adesão* n (%)	
<b>Local</b>			0,16
Capital	4 (30,7)	7 (58,3)	
Interior	9 (69,2)	5 (41,7)	
<b>Tipo</b>			0,02
Público	9 (69,2)	3 (25,0)	
Privado	4 (30,7)	9 (75,0)	
<b>Atende o SUS</b>			0,16
Sim	9 (69,2)	5 (41,7)	
Não	4 (30,7)	7 (58,3)	
<b>Gestão</b>			0,54
Estadual	7 (53,8)	5 (41,7)	
Municipal	6 (46,1)	7 (58,3)	
<b>Porte</b>			0,79
Grande	6 (46,1)	5 (41,7)	
Médio	1 (7,7)	2 (16,7)	
Pequeno	6 (46,1)	5 (41,6)	

(Conclusão)

Variáveis	Adesão		Valor de p
	Média ou baixa adesão n (%)	Alta adesão* n (%)	
<b>Possui Unidade de Terapia Intensiva</b>			0,11
Sim	7 (53,8)	10 (83,3)	
Não	6 (46,1)	2 (16,7)	
<b>Tipo de Unidade de Terapia Intensiva</b>			0,67
Adulto	5 (71,4)	6 (60,0)	
Adulto e infantil	2 (28,6)	3 (30,0)	
Infantil	0 (00)	1 (10,0)	
<b>Possui Centro Cirúrgico</b>			0,69
Sim	10 (76,9)	10 (83,3)	
Não	3 (23,1)	2 (16,7)	
<b>Eventos adversos**</b>			0,04
Sim	1 (7,7)	5 (41,7)	
Não	12 (92,3)	7 (58,3)	

\* Acima de 67% de respostas positivas.

\*\* Registro de eventos adversos no período de novembro e dezembro de 2020.

## DISCUSSÃO

Dos 55 Núcleos de Segurança do Paciente do estado cadastrados oficialmente no *site* da Anvisa, 25 participaram deste estudo. Em Rondônia, o quantitativo total de núcleos registrado na agência nacional se mantém equiparado aos demais estados da Região Norte, liderada pelo Amazonas com 79 núcleos<sup>19</sup>. No Brasil, a região com maior quantidade de NSP é a Sudeste (com 2.679), seguida pela Região Sul (1.175). Por sua vez, os estados em destaque são Minas Gerais (1.108), São Paulo (1.018) e Goiás (664).

Todos os núcleos têm sua composição multidisciplinar, contudo salienta-se a participação da equipe de enfermagem em todas as coordenações em Rondônia. Apesar de a assistência ser um campo de destaque na enfermagem, ressalta-se a atuação do enfermeiro no processo gerencial, cuja liderança, comunicação e trabalho em equipe são essenciais

na promoção do cuidado e melhora da segurança nos serviços de saúde<sup>20</sup>.

Na autoavaliação, foi constatada maior frequência de respostas positivas para o domínio “estrutura” quando comparado ao domínio “processo”. Um estudo promovido pela Anvisa para analisar o processo de autoavaliação nacional entre 2016 e 2019 sob a ótica da vigilância ratifica que, apesar da existência das estruturas, os processos envolvidos não são realizados, o que leva a refletir se os núcleos estão, de fato, cumprindo com suas responsabilidades<sup>21</sup>. Logo, dispor de recursos físicos, materiais, humanos e financeiros não garante a segurança do paciente.

Desse modo, a avaliação das práticas por meio de indicadores de processo é primordial para que a implantação dos núcleos não ocorra por mero cumprimento legal. Assim, este estudo demonstrou que cerca de 70% deles estão totalmente implantados, porém menos de 40% utilizam ferramentas de gerenciamento de EA e somente cinco comunicam os resultados às equipes.

Um levantamento de estudos brasileiros aponta a importância da gestão de risco no quesito qualidade e segurança, sendo indispensável à equipe ter conhecimento e clareza sobre a notificação de EA e utilização de indicadores para monitoramento desses eventos<sup>22</sup>. No presente estudo, somente nove núcleos relataram promover capacitação sobre o uso de indicadores, o que significa que, apesar da validação nacional, a utilização deles é escassa.

Em relação às atividades dos núcleos, destaca-se o acompanhamento dos alertas sanitários e comunicação de riscos. Em meio à atual pandemia por coronavírus, essa ação desempenhada pelo NSP é de grande relevância, haja vista que as medidas de prevenção de agravos e controle de infecção estão em destaque e devem ser fomentadas pelas equipes<sup>23</sup>.

Dos 25 núcleos pesquisados, somente dez estavam com os protocolos básicos de segurança totalmente implantados, com destaque para os seis protocolos do Ministério da Saúde. Contudo, apenas sete instituições referem registrar o uso de órteses e próteses, quando utilizadas. Isso representa um alerta aos núcleos, em virtude do risco de reinternação por uso de implantes em procedimentos cirúrgicos devido à formação de biofilmes e necessidade de reabertura cirúrgica<sup>24</sup>.

Das capacitações promovidas pelos NSP, são ínfimos os treinamentos sobre uso das ferramentas FMEA e análise de causa-raiz, apesar de representar um importante método no processo de investigação e mitigação de falhas e erros. Estudo realizado por pesquisadores do estado do Rio Grande do Sul durante 2020, envolvendo tais ferramentas administrativas, para avaliar os processos do cuidado em saúde, demonstrou a eficácia dessas ferramentas na identificação e prevenção de falhas no sentido de evitar que incidentes potenciais causem danos aos usuários<sup>25</sup>.

Foi observada alta adesão às boas práticas de segurança do paciente em hospitais privados. Relatório publicado pela Anvisa em 2021 baseado

no Plano Integrado para Gestão Sanitária, constatou que, em Rondônia, dos cinco hospitais com alta conformidade, quatro eram privados<sup>13</sup>. Ou seja, serviços particulares apresentam melhores indicadores referentes à segurança do paciente. Tal resultado pode decorrer de uma série de fatores, que vão desde a ausência de rigor e vigilância dos hospitais públicos ao não incentivo adequado dos gestores para realização do preenchimento do questionário ou à integridade do instrumento de avaliação para pessoas com baixo letramento funcional em saúde<sup>21</sup>.

Dentre as principais atividades do NSP, a notificação de eventos adversos ao Serviço Nacional de Vigilância Sanitária não está consolidada. Isso influencia diretamente a construção do banco de dados da vigilância sanitária estadual, a qual providenciará subsídios ao desenvolvimento de ações futuras relacionadas a vigilância e monitoramento.

Foi identificado no Notivisa que apenas seis instituições notificaram no período da coleta, apesar de 15 núcleos referirem que o processo de notificação estava totalmente implantado. Houve um total de 248 registros no período de um mês, a maioria de classificação leve, com destaque para evasão do paciente, falha na identificação do paciente e falhas na documentação. Uma pesquisa desenvolvida em Salvador (Bahia) constatou que de 12 hospitais com NSP, nove registraram EA, com predominância de lesão por pressão, queda do leito e erros de medicação<sup>26</sup>. Apesar de os registros terem caráter burocrático, salienta-se a importância destes na segurança do paciente, cujas informações devem ser averiguadas, e inconsistências, investigadas.

O modelo de gestão da segurança do paciente organizada e apoiada a partir das ações de um NSP composto por uma equipe multiprofissional é próprio do Brasil. Poucos países contam com uma política pública de segurança do paciente, e na maioria deles o tema está vinculado às boas práticas profissionais.

A discussão dessa questão nas organizações de saúde foi intensificada após a publicação do relatório “Errar é humano: construir um sistema de saúde mais seguro”, do Instituto de Medicina dos Estados Unidos, em 1999. Um estudo bibliométrico que avaliou a repercussão desse relatório no discurso acadêmico nas duas décadas seguintes encontrou 20.494 estudos e os autores indicam esses estudos apontam para uma limitação da diversidade do discurso de segurança do paciente, em vez de ampliá-lo, muitas vezes os estudos focam apenas na notificação de incidentes<sup>27</sup>. Esse achado indica a importância do olhar para a segurança do paciente muito além de seus resultados, ou seja, número de notificações realizadas, e sim o valor dado ao tema pelos diferentes atores envolvidos no cuidado – usuários, família, profissionais de saúde e gestores.

Como limitação da presente pesquisa, considera-se o tamanho da amostra, considerando o número de NSP cadastrados oficialmente na Anvisa, apesar do esforço dos pesquisadores e da Coordenação Estadual da Segurança do Paciente para que todos tivessem participado. Porém, entende-se que a adesão é um reflexo de como os membros dos núcleos compreendem as oportunidades de avaliar sua própria atuação.

Como fortaleza, destaca-se a importância da representação dos NSP no fomento de uma cultura de segurança do paciente efetiva e consolidada nas organizações, bem como das notificações de eventos adversos na análise situacional em saúde. Além disso, considera-se um estudo com relevância nacional, dadas a relevância da temática para as instituições de saúde e à escassez de pesquisas na área.

## CONCLUSÃO

Em Rondônia, observou-se uma valorização dos recursos estruturais em detrimento dos processos. Pouco menos da metade dos

NSP apresentou alta adesão às boas práticas de segurança do paciente. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os hospitais públicos e privados em relação a tal adesão, bem como em relação à notificação de EA e adesão às boas práticas.

Dessa forma, nota-se a necessidade de um acompanhamento mais próximo e frequente por parte da coordenação estadual aos NSP, haja vista as fragilidades deles no que diz respeito ao gerenciamento de riscos. Também é preciso um processo de formação dos membros da equipe dos NSP para que possam efetivamente implantar as boas práticas em suas instituições.

Para futuros estudos, sugere-se investigar quais ferramentas os núcleos utilizam para gerenciar os riscos e quais os resultados obtidos. Esse esforço possibilitará descomplicar o gerenciamento de riscos, permitirá a atuação de toda equipe multidisciplinar e efetivará a principal ação do núcleo, a de mitigar riscos. Soma-se a isso a tarefa de averiguar o nível de conhecimento dos profissionais acerca da cultura de segurança do paciente, uma vez que a coordenação deve ser composta por indivíduos capacitados e treinados na área de segurança, cujo domínio a respeito da temática deve ser prioridade.

## REFERÊNCIAS

1. André CU, Silva AR, Lopes LT, Santos EF, Evangelista MJO, Faria ECM. Núcleo de segurança do paciente na atenção primária à saúde: a transversalidade do cuidado seguro. *Enferm. foco*. 2021; [citado 2021 nov. 3] 12(Supl.1):175-180. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/5234/1180>.
2. Nascimento JC, Draganov PB. História da qualidade em segurança do paciente. *Hist. enferm., Rev. eletrônica*. 2015; [citado em 2021 out. 2] 6(2):299-309. Disponível em: [http://here.abennacional.org.br/here/seguranca\\_do\\_paciente.pdf](http://here.abennacional.org.br/here/seguranca_do_paciente.pdf).

3. Romero MP, González RB, Calvo MSR, Fachado AA. A segurança do paciente, qualidade do atendimento e ética dos sistemas de saúde. *Rev. bioét.* 2018; [citado 2021 set. 12] 26:333-342. doi: 10.1590/1983-80422018263252.
4. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety: Forward Programme. Geneva. 2004 [citado 2021 Aug 13]. Disponível em: [https://www.who.int/patientsafety/en/brochure\\_final.pdf](https://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf).
5. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Resolução N° 63 de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde [citado 2021 Aug 13]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2016/dezembro/08/rdc-63-de-25-de-novembro-de-2011.pdf>.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa – RDC n° 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências; 2013 [citado 2021 Aug 13]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036\\_25\\_07\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html).
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP); 2013 [citado 2021 Aug 13]. Disponível em: <http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/download/portaria-no-529-01-abril-2013-programa-nacional-de-seguranca-do-paciente/>.
8. Macedo RS, Bohomol E. Análise da estrutura organizacional do Núcleo de Segurança do Paciente dos hospitais da Rede Sentinela. *Rev Gaúcha Enferm.* 2019 [citado 2021 Jun 20]; 40. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180264>
9. Seiffert LS, Wolff LDG, Ferreira MMF, Cruz EDA, Silvestre AL. Indicators of effectiveness of nursing care in the dimension of patient safety. *Rev Bras Enferm.* 2020; [citado 2021 Sep 9] 73(3):e20180833. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0833>.
10. Capellato P, Vasconcelos IVB, Ranieri MGA, Sachs D. Método de ensino ativo utilizando avaliação por pares e autoavaliação. *Res., Soc. Developm.*, 2020 [cited 2022 Jan 5]. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i7.3495>
11. Siman, AG, Braga, LM, Amaro MOF, Brito MJM. Desafios da prática na segurança do paciente. *Rev. Bras Enferm.* 2019 [citado 2021 Jul 12]; 72(6):1581-1588. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/xVGnxHjMmX8m5ty3BH7y3f/abstract/?lang=en>.
12. 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 [citado 2021 Aug 8]; 40:e20180150. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/D56fnMg49q-9vyFGXRxKVPqz/?format=pdf&lang=pt>
13. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Relatório da Avaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – 2020 REVISADO. Brasília (DF): Anvisa; 2021 [citado 2021 Aug 13]. Disponível em: <relatorio-avaliacao-nacional-das-praticas-de-sp-maio-2021-versao-02-06-21.pdf>
14. Brasil. Ministério da Saúde. Data-SUS – Indicadores de Mortalidade [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [citado em 2021 ago. 5]. Disponível em: <https://data-sus.gov.br/tabnet/tabnet.htm#mortalidade>.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Brasília (DF): Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010 [citado em 2021 ago. 5]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ro/panorama>.

16. Secretaria de Estado da Saúde de Rondônia. Prefeitura de Porto Velho. Plano Estadual da Saúde 2020 – 2023. Porto Velho: SEMUSA, 2019 [citado 2021 ago. 18]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2020/11/RO.pdf>.
17. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 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: Anvisa; 2015 [citado 2021 ago. 11]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centrais-deconteudo/publicacoes/servicosdesaude/plano-integrado-para-a-gestao-sanitaria-da-seguranca-do-paciente-em-servicos-de-saude.pdf>.
18. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/12. Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196; 2012 [citado 2021 ago. 11]. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
19. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Núcleos de Segurança do Paciente. Brasília: Anvisa; 2021 [citado 2021 jul. 6]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/acessoainformacao/dadosabertos/informacoes-analiticas/nucleos-de-seguranca-do-paciente>.
20. Silva GTR, Silva RF, Silva RPS, Silva MAO, Santos MA. Gestão e liderança na percepção de enfermeiros: um caminhar à luz da burocracia profissional. *Esc Anna Nery*. 2022 ; [citado 2021 Aug 13] 26:e20210070. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0070>.
21. Tsai J, Pontes LCF, Capucho HC. Processo de autoavaliação nacional das práticas de segurança do paciente em serviço de saúde, de 2016 a 2019: uma análise sob a óptica da vigilância sanitária. *Vigil. sanit. Debate*. 2020;8(4):47-56. Disponível em: <https://doi.org/10.22239/2317-269X.01566>. Acesso em: 11 set. 2021.
22. 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. *REME – Rev Min Enferm*. 2020; [citado 2021 Aug 13] 24:e-1352. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/remeg.org.br/pdf/e1352.pdf>.
23. Cardoso, LSP, Silva, AA, Jardim, MJA. Atuação do Núcleo de Segurança do Paciente no enfrentamento da COVID-19 em uma unidade hospitalar. *Enferm. Foco*. 2020; [citado 2021 Aug 13] 11(1) Especial: 217-221. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3782/831>.
24. El-Sayed, D, & Nouvong, A. Infection Protocols for Implants. *Clinics in podiatric medicine and surgery*. 2019; [citado 2021 Aug 13] 36(4): 627-649. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.cpm.2019.06.007>.
25. Jost MT, Branco A, Araújo BR, Viegas K, Caregnato RCA. Ferramentas para a organização do processo de trabalho na segurança do paciente. *Esc Anna Nery*. 2021; [citado 2021 Aug 13] 25(3):e20200210. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0210>.
26. 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; [citado 2021 Aug 13] 25(1):17-24. Disponível em: <https://www.sobecc.org.br/arquivos/sobecc/v25n1/v25n1a04.pdf>.