



ANÁLISE DO PROCESSO DE TRABALHO DOS NÚCLEOS DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE NO MANEJO DOS INCIDENTES COM E SEM DANOS AO PACIENTE

ANALYSIS OF THE WORKING PROCESS FROM THE QUALITY AND PATIENT SAFETY TEAM TO THE MANAGEMENT OF INCIDENTS WITH OR WITHOUT PATIENT HARM

Beatriz de Araújo Nunes Gomes, Matheus Cardoso Ferreira Nunes, Katiane Tavares Silva, Ricardo Gamarski, Leila Bernarda Donato Göttems

DOI - 10.5935/2236-5117.2020v57a09

RESUMO

Objetivo: Identificar o processo de trabalho dos Núcleos de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) para subsidiar o desenvolvimento de um sistema de gestão de informações para a notificação e monitoramento de incidentes em saúde nos hospitais.

Método: Realizou-se estudo misto predominantemente qualitativo com os responsáveis pelos NQSP de nove hospitais públicos do DF. A coleta de dados ocorreu por entrevistas semiestruturadas, com análise qualitativa auxiliada pelo software IRaMuTeQ.

Resultados: O corpus foi subdividido em quatro grandes classes. A classe com mais unidades de contexto elementar (UCE) foi a Equipe de Trabalho (86 UCE, 34,5%), seguida de Cultura de Notificação (83 UCE, 33,2%), Organização Operacional (45 UCE, 18,6%) e Plano de Ação (34 UCE, 13,7%). Foi identificada variação nos métodos de notificações, que variavam entre formulários impressos em um NQSP, eletrônicos somente em seis NQSP e com ambas as formas em dois NQSP. Todos entrevistados informaram que os profissionais da enfermagem são os que mais notificam e a maioria dos entrevistados (n=8, 88,8%) acredita que um sistema eletrônico de notificação melhoraria o trabalho. Foram citadas dificuldades como: falta de equipe, baixa adesão às capacitações dos NQSP, falta de ferramenta para notificações, rotatividade dos profissionais e baixa infraestrutura.

Conclusão: Observou-se que o processo de trabalho dos núcleos organiza-se em 4 grandes pilares, com ênfase na Equipe de Trabalho e Cultura de Notificação. A implantação de um sistema informatizado é recomendada pelos entrevistados para fortalecer a organização operacional, assim como, a proposição de planos de ação com base em informações consistentes, visando dar dinamicidade ao trabalho e uniformizar os processos de notificação e investigação.

Palavras-chave: Qualidade da assistência à saúde; sistemas de comunicação no hospital; análise qualitativa; segurança do paciente.

Beatriz de Araújo Nunes Gomes – Gomes BAN. Acadêmico de Medicina. Programa de Iniciação Científica, Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília, Distrito Federal, Brasil.

Matheus Cardoso Ferreira Nunes – Nunes MCF. Acadêmico de Medicina. Programa de Iniciação Científica, Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília, Distrito Federal, Brasil.

Katiane Tavares Silva – Silva KT. Enfermeira, mestre em Ciências para a Saúde. Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu da Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília, Distrito Federal, Brasil.

Ricardo Gamarski – Gamarski R. Médico, mestre em Saúde Coletiva. Secretaria de Estado de Saúde, Brasília, Distrito Federal, Brasil.

Leila Bernarda Donato Göttems – Göttems LBD. Enfermeira, doutora em administração. Professora do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu da Escola Superior de Ciências da Saúde.



Correspondência: Leila Bernarda Donato Göttems. SMHN Conjunto A Bloco 01, Edifício Fepecs, Asa Norte, Brasília, Distrito Federal, Brasil. CEP: 70710-907.

Internet: leila.gottems@gmail.com



Conflito de interesses: Não há potenciais conflitos a declarar.



Financiamento: Bolsas do Programa de Iniciação Científica da Escola Superior de Ciências da Saúde. Fomento da Fundação de Apoio a Pesquisa, Processo n°: 193.000.1606/2016.

ABSTRACT

Objectives: The study aimed to identify the working process of the Quality and Patient Safety Centers (NQSP) of hospitals to support the development of an information management system to report and monitor health care incidents in hospitals.

Method: A mixed, predominantly qualitative study, was conducted with those responsible for the NQSP of nine public hospitals in Federal District, Brazil. The data collection took place through a semi-structured interview, with qualitative analysis aided by the IRaMuTeQ software.



Results: The corpus was divided in four major categories. The category with more elementary context units (ECU) was Work Team (86 ECU, 34,5%), followed by Reporting Culture (83 ECU, 33,2%), Operational Organization (45 ECU, 18,6%), and Action Plan (34 ECU, 13,7%). Variation in notification methods was identified, which varied from impressed forms in one NQSP, to only electronic in six NQSP, and both forms in two NQSP. The collected data showed that most of the respondents (n=8, 88,8) believe that an electronic reporting system would improve their work process, and also, all of them reported that nursing profession are the ones who most report incidents. Some difficulties were mentioned, such as lack of staff, poor adherence to NQSP training, lack of notification tools, turnover of the professionals, and low infrastructure.

Conclusion: It was observed that the working process of the studied NQSPs is organized in four major pillars, with emphasis on the Work Team and Reporting Culture. The implantation of a computerized system is recommended by the interviewees to strengthen the operational organization, as well as the preposition of action plans based on consistent information, aiming to give dynamism to work and standardize the notification and investigation processes.

Keywords: Patient safety; quality of health care; qualitative analysis; information systems.

INTRODUÇÃO

Em 1999, o documento *To err is human* evidenciou altas taxas de erros e iatrogenias nos serviços de saúde dos Estados Unidos, grande parte deles evitáveis, constituindo números maiores do que os relacionados a mortes por síndrome da imunodeficiência adquirida e acidentes de trânsito,¹ o que tornou a segurança do paciente um tema presente em discussões de todo o mundo. Em vista disso, foi instituído o programa *World Alliance for Patient Safety*, em 2004, realizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), com o objetivo de discutir medidas de prevenção e redução das infecções relacionadas à assistência à saúde.²

O Brasil incorporou gradativamente as recomendações internacionais, por meio da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), ao publicar a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 63, em 2011, que definiu os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde. Na sequência, em 2013, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) por meio da Portaria nº 529, de 1 de abril de 2013. No mesmo ano de 2013, a

ANVISA publicou a RDC nº 36, que instituiu ações para a segurança do paciente em serviços de saúde.³⁻⁴

O PNSP estabeleceu diversos objetivos e estratégias para redução de eventos adversos (EA) pela gestão de risco e pelo fomento da cultura de segurança do paciente (CSP), a qual, infelizmente, ainda é pouco valorizada no Brasil.³ Uma cultura de segurança positiva se reflete na comunicação com confiança mútua, além de percepções a respeito da importância da segurança do paciente e da prevenção de erros evitáveis.⁴⁻⁷

As organizações com uma CSP positiva são caracterizadas por boa comunicação entre os profissionais, confiança mútua e percepções comuns sobre a importância da segurança e da efetividade de ações preventivas. Usuários, gestores e profissionais preocupam-se cada vez mais com a qualidade dos serviços de saúde. Os usuários estão mais informados e participativos, os gestores se preocupam com a utilização ótima dos recursos e sabem que a eficiência, dentre outros benefícios, diminui custos. Os profissionais de saúde, além de buscarem a sobrevivência no mercado, preocupam-se com a qualidade, especialmente devido ao compromisso ético intrínseco a essa área, que envolve cuidar do bem mais valioso das pessoas, a saúde.⁴⁻⁸

Ademais, outra medida implementada a partir do PNSP foi a criação de Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) nos estabelecimentos de saúde.⁴ Os NSP têm o objetivo de estimular a segurança do paciente integrando os diversos nichos que lidam com riscos ao paciente no âmbito da gestão, em nível hospitalar, em clínicas e outros serviços de saúde.⁹ De 2014 até o começo de 2017, foram implementados 2.333 NSPs em todo o Brasil.⁹⁻¹⁰ No Distrito Federal, há um NSP em cada hospital público regional, chamados de Núcleos de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP). O termo "qualidade na assistência à saúde" relaciona-se com a preocupação, por parte da equipe, com os benefícios e malefícios de seu atendimento, visando sempre ao aperfeiçoamento e à maior satisfação do paciente.¹¹

Incidentes com danos ou eventos adversos ocorridos em serviços de saúde devem ser notificados, de acordo com a RDC nº 36/2013, a fim de identificar padrões e tendências a respeito da segurança do paciente, priorizando a aprendizagem contínua.¹⁰ Embora essa seja uma área na qual os profissionais estejam sensibilizados, ainda existem muitos entraves a sua implementação e, conseqüentemente, à coleta de dados⁴.

Os maiores desafios na implantação desses sistemas envolvem a disseminação da cultura de segurança, na qual, os indivíduos devem se sentir à vontade para relatar desvios, com incentivo à colaboração em todos os níveis em prol da segurança do paciente.¹² Porém, ainda prevalece uma cultura punitiva, o que dificulta a notificação, repercutindo e reforçando a subnotificação.¹³

Outro aspecto que dificulta o processo de notificação de EA são as diferentes maneiras de agir dos profissionais frente ao EA, mesmo constando o passo a passo da notificação em procedimento operacional padrão.¹³ Além disso, as formas de notificação dos incidentes variam de acordo com a estrutura de cada serviço, sendo a notificação em prontuários físicos a mais prevalente, visto que os sistemas de notificação informatizados ainda são minoria em nossa realidade.¹⁴ Sendo assim, a OMS, no seu documento *WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems, from information to action*, de 2005, definiu as características necessárias para um Sistema de Notificação de Sucesso, que são: ser não punitivo, confidencial, independente, analisado por especialistas, oportuno, orientado para o sistema, e reativo.¹⁵

Assim, esse artigo teve por objetivo identificar as atividades e ações que compõem o processo de trabalho dos NQSP de hospitais públicos do Distrito Federal (DF) para subsidiar o desenvolvimento de um sistema de gestão de informações para a notificação e monitoramento de incidentes em saúde e aperfeiçoar o trabalho desses dispositivos.

MÉTODO

Trata-se de um estudo misto com abordagem qualitativa predominante, realizado com os responsáveis pelos NQSP de 9 dos 12 hospitais regionais públicos do DF, abrangendo a maioria das regiões de saúde do DF. Os estudos com métodos mistos são aqueles que fazem uso de duas ou mais estratégias, quantitativa e/ou qualitativa dentro de um único projeto de pesquisa para responder às questões de pesquisa e/ou testar hipóteses.¹⁵ Nesse estudo, foram realizadas estratégias de coleta de dados de abordagem qualitativa, por meio da entrevista com roteiro semiestruturado e a análise foi auxiliada, por meio do software IRaMuTeQ (do francês, *Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), que permite a análise estatística de textos.

A coleta de dados se deu pela realização de entrevistas com roteiro semiestruturado, as quais ocorreram no período de janeiro a março de 2019. Para realização da coleta de dados, os profissionais da equipe de saúde foram convidados. Ao concordarem em participar da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Ademais, os diretores dos hospitais assinaram o Termo de Anuência, permitindo a realização da pesquisa nas dependências do hospital. A entrevista foi conduzida pelos pesquisadores, que oportunizaram lugar calmo e reservado para a realização da entrevista, a fim de garantir uma melhor fidedignidade das informações. Os pesquisadores solicitaram autorização dos entrevistados para que as entrevistas fossem gravadas, para posterior transcrição e análise.

O roteiro semiestruturado foi elaborado visando ao mapeamento do processo de trabalho dos NQSP utilizando 9 questões de identificação visando conhecer o perfil profissional dos entrevistados e 10 questões abertas norteadoras sobre: os instrumentos utilizados para a notificação dos incidentes, meio (eletrônico ou físico) de aplicação dos instrumentos, ações desenvolvidas para o apoio e incentivo à notificação de eventos, ações realizadas pelos NQSP, rotatividade da equipe responsável pelo núcleo, composição ideal de uma equipe NQSP, possíveis características de um bom sistema de notificação, e o possível impacto de um sistema de notificação no processo de notificação e monitoramento de incidentes. Todas as entrevistas, que duraram em média 15 minutos, foram gravadas por ferramentas de gravador de voz de smartphones e transcritas manualmente, sem uso de programas.

As entrevistas foram analisadas utilizando o software de análise de dados qualitativos IRaMuTeQ em português. Tal programa utiliza a linguagem Python por meio do software estatístico R16. A análise dos dados seguiu as seguintes etapas: 1) formação do corpus; 2) codificação do texto, 3) Processamento dos dados e 4) interpretação das classes. A preparação do corpus foi realizada no OpenOffice e, depois de processar no IRaMuTeQ, foi exportado para o Microsoft Office.

A partir do corpus, os segmentos de textos apresentados em cada classe foram obtidos das palavras estatisticamente significativas, permitindo que a análise qualitativa dos dados fosse realizada. Cada entrevista é uma Unidade de Contexto Inicial (UCI), das quais se extraem as Unidades de Contexto Elementar (UCE), que são segmentos de texto que compõem cada classe. As classes são formadas



segundo a relação das várias UCI processadas e que apresentam palavras homogêneas. Para a classificação e a relação das classes, as UCI são agrupadas quanto às ocorrências das palavras por meio de suas raízes, originando as UCE, o que resulta na criação de um dicionário com formas reduzidas, utilizando-se, para tanto, do teste qui-quadrado (χ^2).

Foram utilizadas as ferramentas: nuvem de palavras, classificação hierárquica descendente (CDH), análise fatorial de correspondência (AFC), corpus colorido e análise de similitude. A principal ferramenta utilizada foi a CHD, na qual os segmentos significativos do texto foram classificados em função de vocábulos. A segunda ferramenta mais utilizada foi a AFC, que faz uma análise fatorial retomando as frequências e os valores de χ^2 com cada palavra do corpus.¹⁶

Assim, o presente estudo explora e descreve as recomendações apontadas pelos profissionais responsáveis pelos NQSP, acerca da notificação de incidentes e do trabalho realizado pelos Núcleos de Segurança.

Os aspectos éticos da pesquisa foram respeitados. O projeto foi aprovado no CEP por meio do CAAE nº 93332318.2.0000.5553.

RESULTADOS

Perfil dos entrevistados

A parte inicial do questionário foi referente às características dos entrevistados (quadro 1). Assim, é possível identificar que a idade dos entrevistados variou entre 28 e 51, sendo 77,7% (n=7/9) do sexo feminino. Todos tinham formação de nível superior, predominando a formação em enfermagem, e possuíam, ou estavam cursando, uma pós-graduação, sendo que apenas 44,4% (n=4/9) dos entrevistados é pós-graduado na área de Segurança do Paciente. Dos 9 entrevistados, 66,6% (n=6/9) trabalham 40 horas semanais, sendo que a menor quantidade de horas semanais foi de 20 horas no hospital nº 3 e a maior 68 horas no hospital nº 7. O tempo de atuação na profissão era de 6 meses, no hospital nº 9, até 27 anos, no hospital nº 2, sendo a moda de 10 anos de atuação. Já o tempo de atuação na unidade foi heterogêneo, variando entre 8 meses e 7 anos.

Quadro 1. Perfil sociodemográfico e profissional dos entrevistados.

H	Idade (em anos)	Sexo	Formação	TA na profissão (em anos)	TA na unidade (em anos)	CH (em horas)	Pós-graduação
1	36	F	Enfermagem	11	5 anos	40	Enfermagem do Trabalho, Saúde Pública, Saúde Coletiva e Segurança do Paciente
2	51	F	Serviço Social e Técnico em Enfermagem	27	5	40	Políticas Públicas, Gestão do SUS e Segurança do Paciente
3	28	F	Enfermagem	6	0,7	20	Saúde Coletiva
4	36	F	Enfermagem	14	7	40	Enfermagem Neonatal e Segurança do Paciente
5	32	F	Enfermagem	10	2	40	Auditoria e Gestão
6	30	M	Enfermagem	10	1,2	40	Urgência e emergência, enfermagem do trabalho, docência do ensino superior e medicina chinesa
7	37	F	Enfermagem	10	4	68	Gestão hospitalar; Auditoria em Serviços de Saúde; Qualidade e Segurança do Paciente; Avaliação em Saúde (cursando)
8	-	F	Biologia	-	-	-	-
9	41	M	Enfermagem	6	5,5	40	Cardiologia (cursando)

TA: tempo de atuação; CH: carga horária.

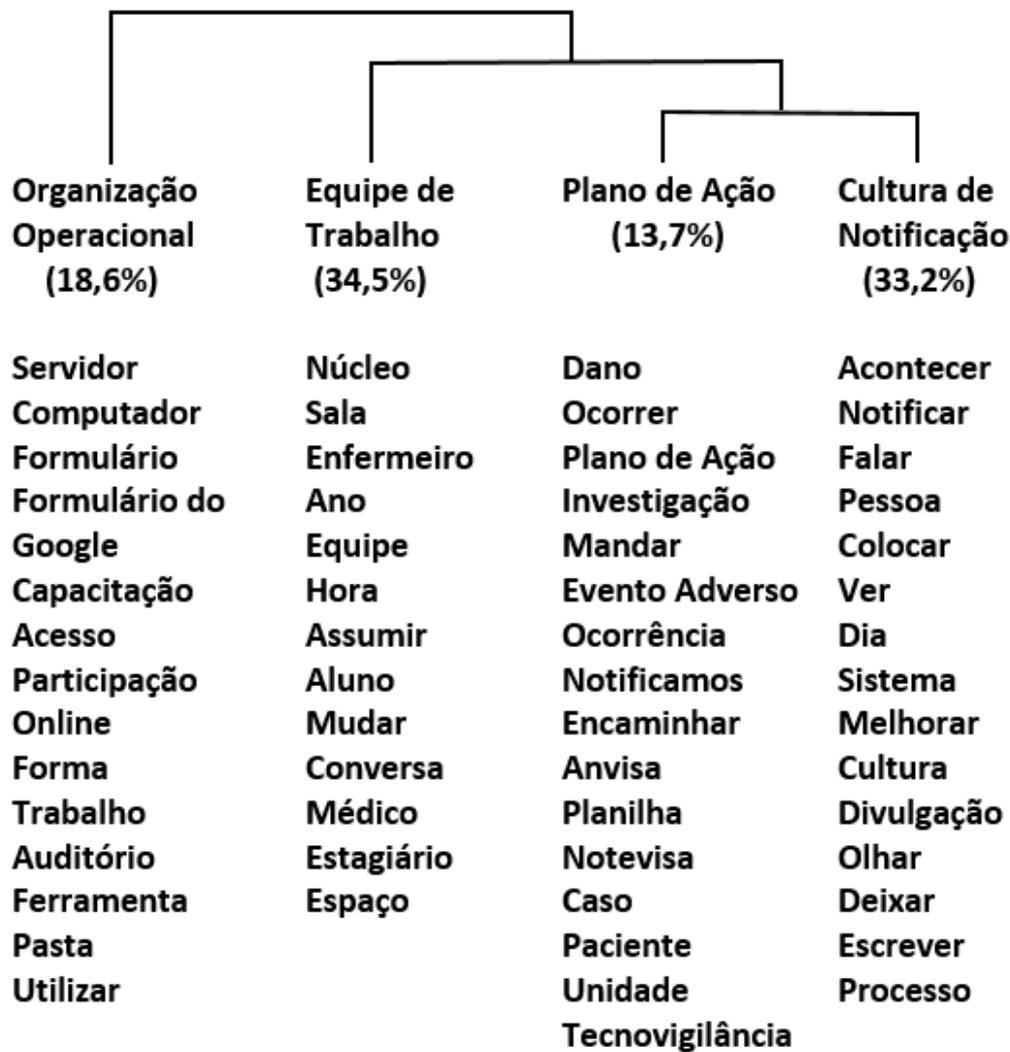


Processo de trabalho dos NQSP a partir da Análise Fatorial de Correspondência (AFC)

A análise qualitativa do conteúdo gerou um dendograma que demonstra que o corpus foi subdividido em 4

grandes classes: organização operacional, equipe de trabalho, plano de ação e cultura de notificação (figuras 1 e 2).

Figura 1. Dendograma das classes (Plano de Ação, Cultura de Notificação, Organização Operacional e Equipe de Trabalho).





A análise dos dados por AFC evidenciou como mais significativa a semelhança entre o hospital nº 7 e a classe Cultura de Notificação, a qual mostrou também ser a principal temática do hospital nº 1, mas em menor evidência. Essa associação se confirmou por meio de diversas falas dos participantes pelo corpus colorido: “as pessoas precisam conhecer sobre os eventos, eu acho que o que faz a gente ainda ter resistência da notificação é o desconhecimento das informações”, como afirma o participante do hospital nº 7.

Já a classe Plano de Ação evidenciou-se como centro de abordagem das entrevistas dos hospitais nº 3 e nº 2: “as pessoas ainda têm muita resistência e todo mundo precisa conhecer a segurança do paciente,

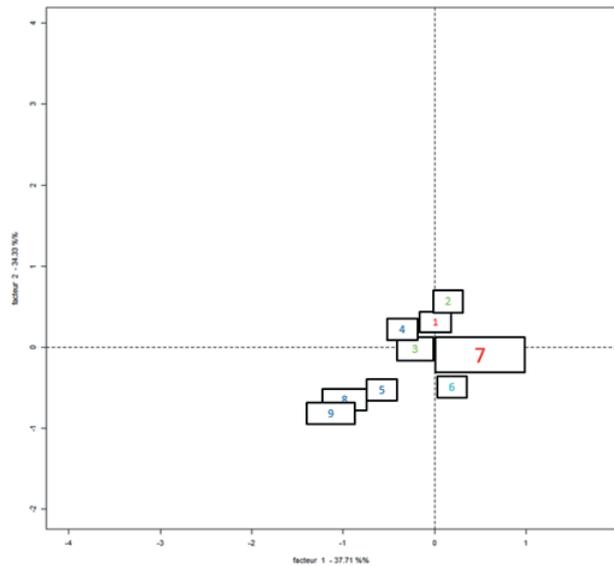
Processo de notificação de eventos adversos assistenciais nos hospitais

A segunda parte do questionário objetivava compreender o processo de trabalho e organização dos núcleos (quadros 2 e 3). Todos os responsáveis pelos NQSP que foram entrevistados afirmaram que enfermeiros e técnicos de enfermagem são os profissionais que mais notificam (100%), e destes 88,8% acreditam que a implementação de um sistema informatizado e unificado para notificação de EA e análise dos dados pelos NQSP melhoraria a frequência de notificações no hospital. Em relação ao meio de notificação de incidentes utilizado pelos profissionais dos hospitais, 6 (66,6%) serviços utilizam-no de forma apenas eletrônica, 1 (11,2%) apenas física, e 2 (22,2%) possuem tanto formulários físicos quanto eletrônicos.

desde o diretor do hospital até o funcionário da limpeza”, o que enfatiza a importância dos planos de ação para o fortalecimento da cultura de notificação.

Por fim, apenas o hospital nº 6 teve como principal classe identificada a Equipe de Trabalho, apesar dessa temática estar presente em 34,5% das falas dos entrevistados. Ademais, pode-se perceber, pela figura 3, que os participantes dos hospitais nº 5, nº 8 e nº 9 foram os que mais tiveram suas falas distantes dos NQSPs dos demais hospitais, fazendo parte do grupo de “organização operacional”, juntamente com o hospital nº 4.

Figura 3. Análise fatorial de correspondência entre os participantes da pesquisa Organização Operacional e Equipe de Trabalho.



Quadro 2. Ferramentas de notificação, perfil dos notificadores por hospital e opinião a respeito do sistema de notificação informatizado.

Ferramenta de notificação	Apenas física	1 (11,2%)
	Apenas eletrônica	6 (66,6%)
	Física e eletrônica	2 (22,2%)
Categoria profissional que mais notifica EA	Enfermagem	9 (100%)
Acredita que um sistema de notificação informatizado e padronizado melhoraria o trabalho dos núcleos e o número de notificações	Sim	8 (88,8%)
	Talvez	1 (11,2%)

Quadro 3. Demandas e reclamações por hospital.

Hospital 1	“O que eu acho mais importante é que seja um sistema de notificação que receba e também gere informação”
Hospital 2	“Seria interessante ter um médico presente na equipe” “A adesão às capacitações é muito baixa, as pessoas ainda têm muita resistência. E todo mundo precisa conhecer a segurança do paciente, desde o diretor do hospital até o funcionário da limpeza”
Hospital 3	“Eu gostaria de um sistema de notificação que não deixasse passar adiante se houver uma resposta em branco, além de que seria ótimo se for um sistema informatizado”
Hospital 4	“Acho que precisamos mesmo de um médico que vestisse a camisa da segurança do paciente. As análises acabam parando muito quando a falha tem a ver com algo médico”
Hospital 5	“Gostaria de um sistema de notificação de fácil acesso, não tão complicado, pois temos servidores que não têm tanta habilidade com computadores e têm até mesmo resistência. Gostaria também de um sistema disponível de forma fácil e com uma linguagem compreensível. Um sistema integrado da SES também ajudaria muito!”
Hospital 6	“Um sistema de notificação bom seria um que já conseguisse reunir para nós os dados de forma quantitativa e qualitativa, além de mostrar indicadores de prevalência e incidência”
Hospital 7	“Eu acho que todo NQSP precisa ter um setor próprio organizado, precisamos ter os instrumentos de trabalho necessários e ter mais recursos para poder ajudar as equipes de trabalho”
Hospital 8	“A rotatividade dos funcionários nos NQSP é muito grande, e acredito que isso atrapalhe muito o andamento do serviço e a produtividade da equipe”
Hospital 9	“Um sistema de notificação ideal teria que ser prático, de fácil acesso e unificado”



DISCUSSÃO

Em abril de 2013, foi lançado o PNSP, pelo Ministério da Saúde do Brasil, com objetivo especialmente de promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente, por meio dos NSP nos estabelecimentos de Saúde, bem como envolver os pacientes e os familiares no processo e ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente.³

O PNSP tem quatro eixos: o estímulo a uma prática assistencial segura, o envolvimento do cidadão na sua segurança, a inclusão do tema no ensino, e o incremento de pesquisa sobre o tema.³ A cultura de segurança do paciente é elemento que perpassa todos esses eixos.¹⁷⁻²⁰ As diretrizes de organização do modelo de assistência em Redes de Atenção e, ainda, a publicação da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) demonstraram o comprometimento governamental com o tema.²⁰

Dentre as regulamentações criadas pela ANVISA, merece destaque a RDC nº 36, que instituiu a criação dos NSP pelas direções dos serviços de saúde, público ou privado, com seus princípios, diretrizes e competências, que objetivam principalmente a disseminação da cultura de segurança, monitoramento dos EA evitáveis associados ao cuidado, e a notificação dos EA para o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Essa resolução afirma ainda que os NSP devem elaborar um Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP) que promova: sistematização dos riscos no serviço de saúde, identificação correta do paciente, higienização das mãos, cirurgia segura, prescrição segura de medicamentos e de sangue e hemocomponentes, uso seguro de materiais e equipamentos, prevenção de quedas e úlceras de pressão, comunicação efetiva entre os profissionais, ambiente seguro, prevenção e controle de EA, maior participação do paciente e sua família no processo do cuidado, e segurança nas terapias nutricionais enterais e parenterais.⁹

No DF, as diretorias dos hospitais regionais do SUS criaram os NQSP, presentes em todos os 12 hospitais regionais da Secretaria de Saúde. Esses núcleos são responsáveis, em seus hospitais, pelo PSP, promovendo a identificação, avaliação, comunicação e controle dos EA e dos riscos no serviço, além de envolver os outros profissionais na segurança do paciente, analisar os processos de trabalho, implementar

os PSPs e monitorar seus indicadores, prevenir ocorrência de EA e promover segurança do paciente e qualidade dos serviços (por meio de programas de capacitação), analisar e divulgar resultados sobre incidentes e EA naquele serviço, implantar planos de melhoria relacionados aos resultados, e notificar os EA decorrentes da prestação de serviço de saúde à ANVISA.²¹

Na busca do fortalecimento da vigilância e do monitoramento dos incidentes relacionados à assistência à saúde, a ANVISA disponibilizou, em 2015, o 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. O objetivo desse plano é identificar e minimizar riscos, visando à prevenção de danos aos pacientes em serviços de saúde.²²

O perfil dos entrevistados demonstrou a predominância de profissionais de enfermagem na atuação dos NQSP, além de que 100% dos entrevistados afirmaram que os enfermeiros e os técnicos de enfermagem foram os principais agentes notificadores. Esse resultado está coerente com a literatura nacional acerca do tema da segurança do paciente. Uma revisão de literatura brasileira aponta que a contribuição da enfermagem vai desde a identificação de EA até a educação dos outros profissionais da saúde.²³ Os enfermeiros são os principais atores na notificação de EA, provavelmente pela maior proximidade com o paciente, porém, ao mesmo tempo, sabe-se que, para que o hospital tenha bons índices, é necessária uma ação conjunta entre todos os componentes da equipe, envolvendo, por fim, uma questão de cultura de segurança.²⁴

Os NQSP estão fundamentados nos conceitos de Sistema de Notificação de Incidentes (SNI), que são instrumentos fundamentais para aperfeiçoamento da segurança do paciente.²⁴⁻²⁵ Embora a implantação do SNI nos serviços de saúde seja relativamente recente, sua importância já está bem demonstrada por meio de experiências exitosas em indústrias que operam em ambientes que possam gerar incidentes de alto risco, como as de aviação e as usinas nucleares. Na área da saúde, o conceito subjacente ao SNI é relativamente simples, pois obter as informações acerca das situações de risco às quais o paciente foi exposto durante a prestação dos cuidados possibilita o conhecimento de como e por que esses podem ser prejudicados em nível organizacional, permitindo que os fatores causais sejam identificados e evitados. Assim, essas

informações propiciam o aperfeiçoamento dos serviços e reduzem a probabilidade da ocorrência de novos incidentes.²⁵⁻²⁶

No contexto do SNI na área da saúde, os incidentes que devem ser notificados são compreendidos como qualquer circunstância ou evento que resultou ou poderia ter resultado em dano à saúde desnecessário ao paciente. Podem ser oriundos de atos intencionais ou não intencionais, sendo que os erros são os incidentes não intencionais por definição.⁵⁻⁶

A análise do processo de trabalho dos NQSP demonstrou que há problemas estruturais a serem enfrentados, como a alta rotatividade das equipes, a precária infraestrutura física e falta de ferramentas de trabalho, bem como a baixa qualificação dos integrantes dos núcleos. Todavia observou-se que os núcleos estão focados na consolidação dos processos de notificação e na cultura de segurança do paciente. Ainda não se observaram esforços no sentido de aprofundar os processos de capacitação, de intervenção nas causas dos incidentes e na ampla mobilização dos pacientes para o manejo dos fatores relacionados aos usuários que também influenciam na segurança do paciente nos serviços de saúde.²⁶

CONCLUSÃO

A segurança do paciente é um tema recente nas discussões da área da saúde. Os resultados encontrados em relação ao perfil dos núcleos e dos notificadores corroboram a literatura nacional, a qual evidencia a enfermagem como a categoria profissional que mais notifica eventos adversos. Entretanto, necessita-se de um engajamento de todo corpo profissional para a consolidação da cultura de segurança. Observou-se ainda, que o processo de trabalho dos núcleos pode ser organizado em 4 grandes classes: Organização Operacional, Equipe de Trabalho, Plano de Ação, e Cultura de Notificação. Assim, a implantação de um sistema informatizado e unificado é vista como de alta valia pelos profissionais dos núcleos, visto que fortaleceria, principalmente, a organização operacional e manejo do plano de ação das equipes de trabalho dos Núcleos de Qualidade e Segurança do Paciente, pois, além de oferecer maior dinamicidade ao trabalho, uniformiza os processos de notificação e investigação. Entretanto, o sistema em si não cria a cultura de segurança, mas é uma importante ferramenta para sua consolidação.

REFERÊNCIAS

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Washington: Institute of Medicine/National Academy Press; 2000.
2. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. Geneva: World Health Organization; 2004.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 509, de 01 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União. 01 abr 2013.
4. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa – 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. 26 jul 2013.
5. Navarro MVT. Conceito e controle de riscos à saúde. In: Risco, radiodiagnóstico e vigilância sanitária. Salvador: EDUFBA; 2009, p. 37-75.
6. Carvalho PA, Laundos CAS, Juliano JVS, Casulari LA, Gottens LBD. Avaliação da cultura de segurança em um hospital público no Distrito Federal, Brasil. Rev Bras Enferm. 2019;72(Suppl1):252-8.
7. Andrade LEL, Lopes JM, Souza Filho MCM, Vieira Júnior RF, Farias LPC, dos Santos CCM et al. Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. Ciênc Saúde Coletiva. 2018;23(1):161-72.
8. 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.
9. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2016.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Núcleo de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde. 2018 [acesso em 25 out 2018]. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/programa-nacional-de-seguranca-do-paciente-pnsp/nucleo-de-seguranca-do-paciente>.
11. Carvalho COM, Sardenberg C, Matos ACC, Cendoroglo Neto M, dos Santos BFC. Qualidade em Saúde: Conceitos, Desafios e Perspectivas. J Bras Nefrol. 2004;26(4):216-22.
12. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária.



- Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 01/2015: Orientações gerais para a notificação de segurança do paciente [Internet]. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 2015 [acesso em 25 out 2018]. Disponível em: http://www.hgis.org.br/docs/noticias/sentinela_implanta%C3%A7%C3%A3o_sistema.pdf.
13. Leitão ALP. Notificações de incidentes e eventos adversos em neonatologia: adaptação de um sistema de notificação numa unidade de cuidados intermédios neonatal [dissertação]. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa; 2011.
 14. Gasparly L, Pires A, Morgado G, Procópio N, Silva LS. Implantação de um sistema informatizado de notificação de incidentes em um hospital público da grande São Paulo [Internet]. Itapeccerica da Serra: Hospital Geral de Itapeccerica da Serra. 2015 [acesso em 25 out 2018]. Disponível em: http://www.hgis.org.br/docs/noticias/sentinela_implanta%C3%A7%C3%A3o_sistema.pdf
 15. Cresswell JW. Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches. 4th ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2014.
 16. Souza MAR, Wall ML, Thuler ACMC, Lowen IMV, Peres AM. The use of IRAMUTEQ software for data analysis in qualitative research. *Rev Esc Enferm USP*. 2018;52:e03353.
 17. Siman AG, Cunha SGS, Brito MJM. The practice of reporting adverse events in a teaching hospital. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51:e03243.
 18. Alves MFT. Sistemas de notificação de incidentes de segurança do paciente em hospitais no estado do Paraná – Brasil [dissertação]. Curitiba: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Paraná; 2017.
 19. World Health Organization. Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems, from information to action. World Alliance for Patient Safety. Genebra: World Health Organization; 2005.
 20. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
 21. Distrito Federal. Decreto nº 38.017, de 21 de fevereiro de 2017. Aprova o Regimento Interno das Superintendências das Regiões de Saúde, das Unidades de Referência Assistencial e das Unidades de Referência Distrital, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e dá outras providências. *Diário Oficial do Distrito Federal*. 22 fev 2017.
 22. 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: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2015.
 23. De Miranda AP, Carvalho AKO, Lopes AAS, Oliveira VRC, de Carvalho PMG, de Carvaljp HEF. Contribuição da enfermagem à segurança do paciente: revisão integrativa. *SANARE*. 2017;16(1):109-17.
 24. Silva AT et al. Segurança do paciente e a atuação do enfermeiro em hospital. *Rev Enferm UFPE*. 2018;12(6):1532-8.
 25. Göttems LBD, Santos MLG, Carvalho PA, Amorim FF. A study of cases reported as incidents in a public hospital from 2011 to 2014. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(5):861-7.
 26. Pham JC, Girard T, Pronovost PJ. What to do with healthcare incident reporting systems. *J Public Health Res*. 2013;2(3):e27.