

Experiência de implantação de Núcleo de Segurança do Paciente na atenção básica*

Experience of implementing the Patient Safety Center in primary health care

Nicole Caroline de Sousa¹, Patrícia Izabel do Nascimento¹, Vanessa Marques dos Santos Barata¹, Maria de Fatima Paiva Brito², Marisa Akiko Iwamoto³, Karina Domingues de Freitas⁴, Cátia Helena Damando Salomão³, Jane Aparecida Cristina³, Juliana Pereira Machado⁵

Resumo: A Segurança do Paciente refere-se à redução dos riscos associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável. Pela portaria nº 529/2013, o Ministério da Saúde lança o Programa Nacional de Segurança do Paciente para qualificar o cuidado em todos os estabelecimentos de saúde do Brasil e promover a segurança do paciente. A Resolução nº 36/2013 torna obrigatório o núcleo de segurança nas instituições de saúde para organizar e garantir ações de controle de eventos adversos e melhoria na assistência. *Método:* relato de experiência para documentar historicamente a implantação do núcleo de segurança do paciente na atenção primária, em um município com mais de 653.000 habitantes e 63 unidades de saúde. Experiências de 4 membros do núcleo foram coletadas por meio de roteiro semiestruturado sobre estruturação, atividades exercidas, fluxo de notificação e tratamento de eventos adversos e ação de melhorias. *Resultados:* o núcleo foi instituído oficialmente em 2015 e é multidisciplinar, oriundo da equipe de controle de infecção já existente. O núcleo apoia capacitações sobre protocolos e outras demandas formativas aos profissionais da rede no âmbito da segurança do paciente e gerenciamento de riscos. Suas atribuições incluem receber notificações e condução de análises e planos de ação frente a eventos adversos, realização de visitas técnicas periódicas e atividades educativas alinhadas aos protocolos e ajustadas a cada unidade de saúde. O núcleo tem o desafio de disseminar a cultura de segurança nas unidades, com foco nas lideranças. *Conclusão:* a implantação do núcleo de segurança da atenção primária é algo possível e requer esforços de múltiplos atores, envolvimento de lideranças, capacitação contínua dos profissionais, estímulo à notificação e zelo pela cultura de responsabilização não punitiva. Essa experiência inédita evidencia factibilidade e apoio efetivo à implementação dos protocolos e confirma a contribuição assertiva do núcleo na melhoria da segurança na assistência prestada no município.

Palavras-chave: Núcleo de segurança; Atenção básica; Segurança do paciente.

Abstract: Patient Safety refers to reducing the risks associated with health care to an acceptable minimum. Through ordinance No. 529/2013, the Ministry of Health launches the National Patient Safety Program to qualify care in all health establishments in Brazil and thus promote patient safety. Resolution No. 36/2013 makes the security nucleus in health institutions mandatory to organize and guarantee actions to control adverse events and improve care. Method: experience report to historically document the implementation of the patient safety nucleus in primary care, in a municipality with more than 653,000 inhabitants and 63 health units. Experiences of 4 members of the nucleus were collected through a semi-structured script on structuring, activities performed, notification flow and treatment of adverse events and action for improvements. Results: the nucleus was officially established in 2015 and is multidisciplinary, from the infection control team that already exists. The nucleus supports training on protocols and other training demands to network professionals, in the scope of patient safety and risk management. Its duties include receiving notifications and conducting analyzes and action plans in the face of adverse events, carrying out periodic technical visits and educational activities in line with the protocols and adjusted to each health unit. It has the challenge of disseminating the safety culture in the units, with a focus on leadership. Conclusion: the implementation of the primary care security nucleus is possible and requires efforts by multiple actors, involvement of leaders, continuous training of professionals, encouragement of notification and zeal for the culture of non-punitive accountability. This unprecedented experience shows feasibility and effective support for the implementation of the protocols and confirms the assertive contribution of the nucleus in improving security in the assistance provided in the municipality.

Keywords: Security core; Primary health care; Patient safety.

Recebimento: 12/05/2020

Aprovação: 27/06/2020

* Versão baseada em Trabalho de Conclusão de Curso para obtenção de título de bacharel em Enfermagem pelo Centro Universitário Barão de Mauá em Ribeirão Preto, São Paulo, 2019.

¹ Graduanda do curso de Enfermagem do Centro Universitário Barão de Mauá.

² Doutorado em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP). Docente do curso de Enfermagem do Centro Universitário Barão de Mauá.

³ Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica pela Universidade de São Paulo (USP). Docente do curso de Enfermagem do Centro Universitário Barão de Mauá.

⁴ Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, SP.

⁵ Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP). Docente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Barão de Mauá. Orientadora. Contato: juliana.machado@baraodemaua.br

INTRODUÇÃO

O conceito atual de Segurança do Paciente refere-se à redução dos riscos de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável (OPAS, 2013; BRASIL, 2014). Entretanto, a preocupação é antiga, desde o *primo non nocere* (primeiro não causar dano) de Hipócrates, em 430 a. C. (KOHN, 2000). Na enfermagem moderna, Florence Nightingale destacou como função do hospital não causar danos, trazendo conceitos de segurança para cuidados de enfermagem como higienização das mãos, lavagem de roupas hospitalares e ventilação do ambiente (FRELLO, 2013).

A criação da *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization*, com foco na segurança do paciente, é precursora dos programas de Acreditação atuais (MAIA; ROQUETE, 2014). Mas o destaque definitivo para o tema da Segurança veio na década de 1990, com o relatório do *Institute of Medicine* (IOM) intitulado *To Err is Human: Building a Safer Health Care System*, que revelou que os “erros” na assistência advém da incapacidade de planejamento e execução dos procedimentos (KOHN, 2000). Isso alertou para a seriedade os danos causados pela assistência médica, antes vistos tradicionalmente como inevitáveis (IOM, 2000).

Em 2004, numa força tarefa entre países, a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente para defender a consciência e compromisso político em melhorar a segurança no cuidado. Visou facilitar o desenvolvimento de políticas e práticas seguras nos estados-membros com melhorias no atendimento ao paciente e na qualidade e segurança dos serviços de saúde (OPAS, 2013).

Em 2015, um relatório da National Patient Safety Foundation destacou a necessidade de observar a morbidade e a mortalidade provocadas por erros médicos e ir além dos hospitais. Segundo eles, para melhorar a segurança é preciso ampliar o olhar para todo o universo da assistência à saúde e gerenciar os riscos de ocorrência de eventos adversos (EA). Profissionais e instituições devem associar-se a pacientes e a famílias para garantir tecnologias seguras e otimizadas a fim de minimizar EA relacionados à assistência (NATIONAL PATIENT SAFETY FOUNDATION, 2015).

Membro da Aliança Mundial da OMS, o Brasil está politicamente comprometido com ações de promoção da segurança e minimização de EA relacionados à

assistência. Em 2013, o Ministério da Saúde (MS) instituiu, por meio da Portaria 529, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), visando contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2013a). Por meio da Resolução de Diretoria Colegiada, RDC 36/2013, torna-se obrigatória a gestão de riscos por Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) nos estabelecimentos de saúde em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2013b).

Desde então, o Brasil vem trilhando uma complexa jornada de construção e implementação dos NSP nos serviços de saúde e até o momento não há evidência publicada sobre a implantação de um NSP na atenção básica.

REFERENCIAL TEÓRICO

A OMS define Evento Adverso como qualquer incidente que resulta em dano ao paciente (OPAS, 2013), e este conceito foi adotado também no Brasil (BRASIL, 2014). Eticamente, considera-se EA qualquer complicação indesejada decorrente do cuidado prestado, não atribuída à doença preexistente. São danos não intencionais que resultam em incapacidade temporária ou permanente, aumento da permanência na instituição ou mesmo a morte do paciente (GALLOTTI, 2004).

Existem alguns fatores que contribuem para a ocorrência de um EA, tais como o fator humano, pelas duplas ou triplas jornadas de trabalho, privação do sono, estresse e cansaço físico; fatores associados ao sistema, ao modelo operacional e ao ambiente nos processos de trabalho. Existem ainda os fatores externos, que estão além do controle da organização, como a falta de adesão ao tratamento e conduta do paciente (CAMPOS; GONZAGA, 2017).

Independentemente da causa, é necessário conhecer o EA: notificar a um setor ou pessoa responsável para iniciar uma análise crítica, pois, com isso, pode-se promover revisões de rotinas e processos, propor modificações que resultem em ações de prevenção a favor do paciente e do profissional a partir da obtenção de pontos a serem explorados e melhorados (CAMPOS; GONZAGA, 2017).

Para a prevenção desses EA, o MS aprovou protocolos básicos de segurança do paciente, em consonância com a OMS, por meio das Portarias nº 1.377 e nº 2.095, ambas de 2013. São eles: o Protocolo de Cirurgia Segura, Identificação do Paciente,

Prática de Higiene das Mãos, Prevenção de Quedas, Segurança na Prescrição e de Uso de Medicamentos e Prevenção de Úlceras ou Lesões por Pressão (BRASIL, 2013c; BRASIL, 2013d).

Desde então, percebe-se a propagação gradual destes protocolos, sobretudo, em ambiente hospitalar. Estes devem ser baseados em evidências e devem servir de apoio ao sistema organizacional das unidades de saúde na estruturação de atividades de prevenção de EA (BRASIL, 2014; MAIA; ROQUETE, 2014).

Pela RDC nº 36, o MS torna obrigatória a criação dos NSP nas instituições de saúde de qualquer porte, em todos os níveis de atenção. Com propósitos bem definidos, o NSP tem a premissa de estruturar a gestão das ações voltadas à segurança do paciente nas instituições de saúde brasileiras (BRASIL, 2013b).

Para obter resultados efetivos, prioritariamente, é necessário que as notificações de EA cheguem ao NSP, que irá direcionar análises e propor condutas que evitem outros EA. Além disso, por meio do NSP, deve-se buscar a qualificação das equipes para melhor atender seus pacientes e familiares com segurança, diminuir os riscos e incorporar boas práticas (BRASIL, 2014).

Dentre as funções dos NSP, a RDC 36 descreve a busca de melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde, a disseminação sistemática da cultura de segurança, além da articulação e da integração dos processos de gestão de risco. Também aponta para a garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde dentro de seu âmbito de atenção (BRASIL, 2013b).

Todos serviços de saúde públicos, privados, filantrópicos, civis, militares e aqueles que têm ações de ensino e pesquisa, além de clínicas e serviços especializados de diagnósticos e tratamento, devem ter NSP estruturados em sua estrutura organizacional (BRASIL, 2013b). Excetuam-se consultórios, laboratórios, serviços móveis e de atenção domiciliar, instituições de longa permanência e serviços de atenção a pessoas com dependência psicoativa (BRASIL, 2016).

Em cada serviço, a direção é responsável pela nomeação e pela composição do NSP, devendo conceder aos seus membros autoridade, responsabilidade e poder para realizar as ações do Plano de Segurança do Paciente (PSP). A formação dos NSP deve estar de acordo com o tipo e a complexidade de cada serviço. Na Atenção

Básica da mesma região de saúde, o NSP pode ser único ou compartilhado entre várias unidades, conforme definição do gestor local (BRASIL, 2016).

O NSP deve ser multiprofissional, tendo minimamente como membros médico, farmacêutico e enfermeiro, com capacitação sobre melhoria da qualidade, segurança do paciente e ferramentas de gerenciamento de riscos em serviços de saúde. Esses membros preferencialmente precisam conhecer bem os processos de trabalho e ter perfil de liderança (BRASIL, 2016).

A literatura nacional pouco tem produzido sobre as experiências de implantação de NSP nas instituições de saúde brasileiras. Acredita-se que, pelo fato de ser relativamente recente a obrigatoriedade dos NSP, atrelado ao fato de as instituições demandarem algum tempo entre a composição e a implementação dos NSP, raros são os estudos publicados que relatam resultados de pesquisa nessa temática. Até o momento não há evidências sobre a implantação de um NSP na atenção básica.

Sobre a implantação de NSP na atenção hospitalar, um estudo evidenciou mudanças na assistência cirúrgica após a implantação do Protocolo de Cirurgia Segura. Os resultados enfatizaram que, juntamente com regulamentações e diretrizes, deve acontecer o reconhecimento no contexto institucional, pois legislações isoladamente não garantem o sucesso da qualidade assistencial amparada no clima de segurança (ARAÚJO; OLIVEIRA, 2015).

Em 2016, um estudo buscou conhecer a situação em 6 hospitais sul-matogrossenses, com NSP, sobre normas e protocolos de segurança do paciente. Os resultados mostraram protocolos de profilaxia cirúrgica, verificação de cirurgias e notificações de EA sendo cumpridos. Porém, há falta de estrutura em algumas das instituições, o que prejudica o pleno desenvolvimento de protocolos, como a falta de profissionais, equipamentos e materiais. O estudo conclui que a existência de resoluções e normas não é suficiente para garantir a segurança do paciente (SERRA; BARBIERI; CHEADE, 2016).

Em 2018, outro estudo analisou a implantação do NSP numa rede hospitalar com serviços de emergência especializados e maternidades cariocas. Das 26 unidades estudadas, 35% não possuíam NSP constituído. Entre as unidades com NSP implantados, evidenciou-se maior atuação em protocolos de identificação e cirurgia segura. O estudo sugere que gestores e profissionais persigam o caminho do

conhecimento sobre segurança com apoio dos NSP para obterem melhoria de processo e cuidado seguro (RAMIREZ; RENNÓ; FIAD, 2018).

Um estudo de 2019 avaliou 4 hospitais universitários públicos sobre dificuldades para implantar as estratégias de segurança do paciente, segundo enfermeiros gestores, responsáveis por metas organizacionais. Como dificultadores, apareceram o dimensionamento inadequado do pessoal de enfermagem, falha no apoio da direção e das políticas internas às ações concretas e ainda o déficit de adesão dos profissionais às estratégias de segurança do paciente (REIS, 2019). Os autores concluíram que, para que se tenha um bom resultado na implantação de estratégias de segurança do paciente, é necessário que a instituição disponibilize o serviço de educação continuada e permanente focado na temática da segurança, além de favorecer sua disseminação, sensibilizando e envolvendo toda a gestão e os colaboradores (REIS, 2019).

Diante do exposto, evidencia-se, entre os poucos estudos sobre NSP até o momento, que eles abordam exclusivamente o contexto hospitalar. Assim, torna-se imperativo desenvolver pesquisas que descrevam experiências relacionadas à implantação, à estruturação e à atuação de NSP no âmbito da atenção básica, buscando melhoria da segurança do paciente em todos os níveis de atenção.

O presente estudo visa descrever a estruturação, a implantação e o funcionamento do Núcleo de Segurança do Paciente na atenção básica em um município de grande porte no interior do estado de São Paulo.

MÉTODO

Trata-se de relato de experiência, de membros de um NSP, que responderam a um roteiro de questões e que, a partir dos relatos, tiveram descritas suas experiências de forma compilada.

O estudo foi realizado junto à Secretária Municipal de Ribeirão Preto – SP (SMS-RP), com a população estimada de 682.302 habitantes em 2017, de acordo com estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (RIBEIRÃO PRETO, 2015). A cidade é a 11^o no ranking em população entre os municípios

brasileiros (fora as capitais) e a 8ª cidade mais populosa do estado de São Paulo (RIBEIRÃO PRETO, 2015).

No município, existem 63 unidades de saúde na rede, dentre elas 23 unidades básicas, 2 unidades especializadas, 1 UPA, 2 unidades básicas + distrital + especializada + PA e 2 unidades distritais + especializada + PA. Além disso, o município conta com 12 unidades especializadas e 21 unidades de saúde da família (USF). Conta, ainda, com 43 equipes de saúde da família e 19 equipes de saúde bucal (RIBEIRÃO PRETO, 2015).

Focado na Atenção Básica, como porta de entrada e ligação com as demais instituições, a rede de serviços neste município é formada por 46 estabelecimentos distribuídos nos Distritos de Saúde da Família (USF) (RIBEIRÃO PRETO, 2015).

A população eleita para o presente estudo é composta por membros do NSP da SMS/RP, composto por 9 profissionais, entre eles o coordenador, o vice-coordenador, os representantes da divisão de enfermagem, a divisão médica, a divisão de farmácia e o apoio diagnóstico e da divisão odontológica.

Há também representação do programa de assistência médica emergencial, gerenciamento de resíduos de serviços de saúde, do serviço de atendimento domiciliar (SAD) e da divisão de medicina e segurança do trabalho. Conta com membro representante do serviço de rouparia e lavanderia, da gestão de materiais; das centrais de material e esterilização; da comissão de controle de infecção e representantes das unidades de saúde (RIBEIRÃO PRETO, 2015).

Foram incluídos na amostra os membros que participam desde o início do NSP, disponíveis no período da coleta. Foram excluídos membros não vinculados ao NSP, suplentes do NSP ou aqueles que estiverem afastados no período de coleta.

A amostra foi obtida por conveniência e escolhida aleatoriamente. Optou-se pela pluralidade de entrevistas para que as informações fossem fortalecidas e complementadas entre si, a partir dos relatos desses membros.

A coleta dos relatos foi realizada por meio de roteiro autoaplicável, elaborado a partir da literatura relacionada ao tema e com os objetivos da pesquisa. Para avaliar a aparência e o conteúdo, o instrumento foi previamente avaliado por três peritos externos. O estudo cumpriu os requisitos éticos da Resolução 466/12 e foi aprovado sob o número CAAE 17554619.6.0000.5378.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para relatar a experiência na estruturação, implantação e funcionamento do NSP na atenção básica, a amostra contou com 4 membros do NSP, do sexo feminino, com idades entre 37 e 55 anos, todas enfermeiras de formação, com média de 12 anos de atuação dentro da SMS.

Implantação do NSP

A iniciativa de montar o NSP partiu de uma enfermeira que atua com temas voltados à segurança do paciente na prática assistencial há cerca de 15 anos. Na SMS, a servidora oportunamente apresentou ao Secretário Municipal de Saúde e ao Comitê Gestor a portaria nº 529/2013 sobre o PNSP, também mencionando a RDC nº 36/2013, sobre a atuação do NSP nas instituições de saúde, a fim de explicitar a importância da estruturação deste núcleo na atenção primária do município.

A partir dessas discussões, e por deliberação oficial, a portaria nº 109/2015 oficializa a criação do NSP da SMS de Ribeirão Preto e aprova o Regimento Interno que organiza e estabelece as diretrizes para o funcionamento deste NSP (RIBEIRÃO PRETO, 2015).

Estruturação do NSP

A trajetória de escolha dos membros foi objetiva. Sem eleição, o NSP foi formado utilizando a estrutura já existente da Comissão de Controle de Infecção (CCI) para o desempenho das atividades previstas. Desde seu início, manteve o perfil multidisciplinar.

Atualmente, o NSP conta com 1 coordenador e 1 vice-coordenador, 2 representantes da divisão de enfermagem, 1 da divisão médica, 2 da divisão de farmácia e apoio diagnóstico, 2 da divisão odontológica e 2 do programa de assistência médica emergencial. O núcleo tem também 1 representante do gerenciamento de resíduos de serviços de saúde, 2 do serviço de atendimento domiciliar e 2 da divisão de medicina e segurança do trabalho.

O NSP conta ainda com 1 representante do serviço de rouparia e lavanderia, 1 do serviço de gestão de materiais, 1 das centrais de material e esterilização e 1 da comissão de controle de infecção. Além disso, inclui 10 representantes das unidades de saúde.

Essa composição se assemelha a uma realidade descrita em 2019 sobre a implementação de NSP em hospitais do Rio Grande do Norte, com representação de áreas assistenciais e área de apoio logístico, além de profissionais de tecnologia da informação (CAVALCANTE, 2019).

Segundo relatos das participantes do presente estudo, esse escopo de representação no NSP tem proporcionado o envolvimento de serviços assistenciais, serviços de apoio técnico e de apoio logístico de modo equânime. Elas consideram que o envolvimento das unidades de saúde fortalece sobremaneira a premissa multidisciplinar deste NSP.

Além disso, sua heterogeneidade promove formação contínua dos membros por meio das participações presenciais, da troca de experiências e da imersão no universo da análise crítica de EA proporcionadas a cada reunião do NSP.

Atribuições dos membros do núcleo

Conforme relatos dos membros, alinhado ao regimento interno do NSP, cabe ao coordenador coordenar e supervisionar as atividades. Ele representa o NSP junto à SMS e aos demais serviços e unidade de saúde do município. Cabe ao coordenador instalar comissões, convocar e presidir reuniões, tomar parte nas discussões, votações e, quando necessário, usar seu direito de voto para desempate.

Ao secretário do NSP incide a responsabilidade por encaminhar e preparar o expediente das reuniões. É ele quem monitora e mantém o controle dos prazos legais das ações do NSP ou daquelas solicitadas a outros serviços ou unidades, referentes aos planos de ação. O secretário providencia e redige documentos do NSP; por determinação do coordenador, convoca seções extraordinárias, distribui as pautas das reuniões, organiza dados e arquivos do NSP.

Os membros participantes do NSP têm incumbência de estudar EA e outras matérias que forem atribuídas pelo coordenador nos prazos estabelecidos e de

comparecer às reuniões, relatando o expediente. Nas reuniões, os membros proferem votos ou pareceres sobre matérias em discussão. Um membro pode solicitar votação em critério de urgência, desempenhar as atribuições que lhe forem designadas pelo coordenador e apresentar propostas pertinentes ao NSP.

Organização das reuniões do NSP

Da organização das reuniões e demais atividades do NSP, frequência e escopo de trabalho do NSP, os relatos das participantes descrevem reuniões mensais estruturadas em calendário pré-estabelecido anualmente. As reuniões ordinárias têm o objetivo de discutir a evolução dos indicadores, o *status* de ações de responsabilidade do NSP, as capacitações realizadas, o monitoramento de visitas e demais assuntos pertinentes ao núcleo.

Podem ocorrer também reuniões extraordinárias, quando necessário. As reuniões são organizadas para discutir e avaliar algum EA de maior gravidade ou relevância. Esses eventos também ocorrem quando há algum assunto específico no âmbito do NSP, ou seja, quando há alguma avaliação solicitada, alguma análise de evento específico ou por solicitação de gestores.

De acordo com relatos, todas as vezes que ocorre um EA classificado como moderado, grave ou gravíssimo, uma reunião extraordinária é convocada pelo coordenador. Nas reuniões extraordinárias, participam os membros do NSP e elas acontecem no auditório da SMS. Na investigação do EA, as pessoas envolvidas são chamadas para participar das discussões juntamente com o gerente da Unidade de saúde em que ocorreu o evento.

Fluxo e tratamento das notificações de EA

Está estabelecido em regimento que todas as unidades de saúde podem notificar EA. Qualquer profissional pode notificar utilizando uma área disponível no *site* da prefeitura, em *link* específico para notificação ao NSP sobre ocorrência de EA. A notificação é enviada para o coordenador do NSP, que organiza e direciona aos demais membros para análise e plano de ação.

A análise dos EA ocorre das duas formas, a depender do tipo de EA notificado: em reuniões ordinárias ou em reuniões extraordinárias convocadas pelo coordenador, sobretudo, em iminência de EA grave. Para isso, foi elaborado um impresso de análise dos EA, utilizando o Diagrama de Ishikawa,⁶ para análise da causa raiz.

Após a reunião de análise do EA e das respectivas discussões, é elaborado um plano de ação de melhorias com o uso da ferramenta de plano de ação denominada 5W2H.⁷ O NSP acompanha a implementação deste plano por meio de um membro do núcleo que é escalado para acompanhar determinado plano de ação.

Em relação ao fluxo de notificações de EA, a estrutura da SMS com 63 unidades distribuídas em um município de grande porte. As participantes consideram que sempre foi um desafio estruturar um fluxo exequível e ágil. Trata-se, principalmente, de um desafio contínuo esclarecer a importância das notificações e capacitar os servidores sobre o que pode e deve ser notificado. A estrutura física descentralizada nas 63 unidades de saúde, associada à extensa área física do município, a especificidade de cada unidade e de seu respectivo gerente, são fatores que contribuem para a heterogeneidade dos serviços. Com isso, percebe-se, do ponto de vista das participantes, uma variação de perfis e de condutas com os quais o NSP interage permanentemente e que influenciam diretamente na consolidação da cultura de segurança no âmbito da atenção primária do município.

Outras atribuições do NSP: capacitações

O Plano de Segurança do Paciente (PSP) da SMS estabelece duas grandes capacitações anuais envolvendo todos os profissionais de saúde, além da implementação dos protocolos, que ocorre anualmente em eventos específicos. São

⁶ O Diagrama de Ishikawa, ou espinha de peixe, tem como objetivo ajudar a equipe a chegar nas causas reais de problemas que acometem os processos. Seu propósito é descobrir os fatores que resultam em uma situação indesejada na organização. Levanta questões direcionadas a múltiplas variáveis que influenciam o EA. Por exemplo, como a forma de desenvolver o trabalho influencia o problema? Como os equipamentos utilizados no processo influenciam o problema? Como as métricas utilizadas para medir o desenvolvimento da atividade influenciam o problema? Como o meio em que a atividade está sendo desenvolvida influencia o problema? Como a qualidade e o tipo dos materiais utilizados influenciam o problema? Como as pessoas envolvidas na atividade influenciam o problema?

⁷ A sigla 5W2H é formada pelas iniciais, em inglês, das sete diretrizes que, quando bem estabelecidas, eliminam dúvidas que possam aparecer ao longo de um processo de análise. São elas: What (o que será feito?), Why (por que será feito?), Where (onde será feito?), When (quando será feito?), Who (por quem será feito?). Os 2H: How (como será feito?) e How much (quanto vai custar?).

realizadas também capacitações *in loco* nas unidades por membros do NSP, em parceria com o Núcleo de Educação Permanente-NEP da SMS.

Essas capacitações cumprem um cronograma pré-estabelecido pelo NEP, mas ocorrem pontualmente, quando surge da necessidade evidenciada em análise de EA. Os membros do NSP são designados para a elaboração e a execução das capacitações ou para monitorar a execução por especialistas, quando for o caso.

Realização de visitas técnicas

No bojo de atividades do NSP, estão previstas visitas técnicas às unidades de saúde que, de acordo com os resultados do presente estudo, representam estratégia de monitoramento *in loco* das ações de prevenção e promoção da segurança e um diferencial na atuação do NSP. Mais que isso, essa tem sido considerada uma estratégia de aproximação do NSP com os profissionais da assistência e das áreas de apoio técnico e logístico que atuam nas unidades de saúde.

A visita técnica é realizada por membros do NSP juntamente com membros da CCI. Existe um cronograma para realização destas visitas nas unidades. As visitas ocorrem quinzenalmente para cobertura das 63 Unidades de saúde. Elas são realizadas em 2 períodos (manhã e tarde), pois a cada período uma unidade é visitada.

Para a padronização dessas visitas e para focar temas específicos foi elaborado um *check list* a ser aplicado no decorrer da visita. Ao final da atividade, é enviado um relatório para a unidade visitada apontando as oportunidades de melhorias no contexto das ações de segurança do paciente, protocolos instituídos, bem como das ações relativas ao controle de infecções. A gerência da unidade visitada, juntamente com a equipe local, tem 15 dias para dar um retorno para o NSP sobre as ações implementadas.

Monitoramento de indicadores gerenciados

Atualmente, são acompanhados os indicadores estabelecidos nos protocolos, de acordo com o PSP estabelecido. Existem discussões sobre evolução mensal e também há conferências nas visitas técnicas sobre cada protocolo.

O acompanhamento do protocolo de identificação do paciente é feito *in loco* e busca monitorar como está ocorrendo, indicando o número de EA daquela unidade. Há também a classificação dos EA relacionados à identificação do paciente e aos erros de medicação: todos verificados nas visitas técnicas e sumarizados à medida que são notificados para controle de série histórica.

De fato, o NSP apoiou fortemente e direcionou a implementação dos protocolos recomendados pelo MS no PNSP. Estão ativos os Protocolos de Identificação do Paciente, Prevenção de Lesões por Pressão, Prática de Higiene das Mãos, Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos e Prevenção de Quedas.

Cabe ao NSP dar apoio ao gerenciamento desses protocolos por meio de compilação de indicadores, monitoramento de EA relacionados, bem como ações de melhoria. Além disso, o núcleo trabalha em parceria ativa com o serviço de educação permanente na efetividade de ações educativas, atualizações e formações profissionais.

A experiência da atuação do NSP junto à implementação de protocolos de prevenção se assemelha a outra experiência exitosa, que descreveu a implantação do NSP de um hospital universitário de modo positivo e decisivo na melhoria destes requisitos de segurança, em grande parte pelo apoio e execução de capacitações e monitoramentos (SANTOS, 2019), o que converge com os relatos evidenciados no presente estudo.

Dificuldades encontradas na implantação e implementação de ações

Segundo as participantes, inicialmente não houve dificuldade para a implantação do NSP. Relatos descrevem o apoio da gestão desde a ideia inicial, na pessoa do Secretário Municipal da Saúde e do Comitê Gestor. Tal apoio fortaleceu a atuação do NSP juntos aos gerentes das unidades desde o seu início e merece destaque, uma

vez que esse apoio não é comumente descrito (ARAÚJO; OLIVEIRA, 2015; SERRA; BARBIERI; CHEADE, 2016).

Nesse sentido, um estudo que descreveu ações e estratégias para criação de NSP em um complexo hospitalar afirmou que o apoio da alta direção e de gestores foi fundamental para viabilizar ações que contribuem para a segurança do paciente (MAIA, 2016).

Por outro lado, os participantes relataram certas dificuldades com relação à propagação da cultura de segurança nas unidades de saúde. Os participantes do NSP entrevistados neste estudo consideram ainda poucas as notificações de EA, a exemplo de serviços hospitalares (ARAÚJO; OLIVEIRA, 2015; SERRA; BARBIERI; CHEADE, 2016).

A subnotificação é vista como um desafio permanente e requer avaliação contínua e sistemática sobre a efetividade do sistema de notificação, da participação de diferentes profissionais no ato de notificar, e na maneira como a análise do EA é conduzida, a fim de evitar a omissão e favorecer que a cultura de segurança sobressaia à cultura punitiva.

Devido ao fato de o NSP ainda ser compartilhado com membros de outra comissão, de certo modo isso influencia na implementação das ações específicas voltadas à segurança. A percepção das participantes vislumbra o NSP com estrutura própria, com pessoas designadas exclusivamente para atuar nas ações de segurança do paciente, protocolos, monitoramento de indicadores e capacitação de equipes.

Um dificultador relatado foi a falta de colaboração de alguns profissionais. Nos relatos há, pontualmente, certa falta de interesse de pessoas envolvidas em diferentes fases do processo de trabalho, o que representa uma dificuldade na implantação de barreiras de segurança e que pode acarretar possíveis EA devido ao excesso de confiança de alguns profissionais.

Nessa perspectiva, um estudo sobre a efetividade de protocolos de segurança em instituições hospitalares com NSP instituídos evidenciou que, mesmo com seu NSP atuante, alguns processos de trabalho apresentam falhas relacionadas à baixa adesão às notificações, ou mesmo baixa adesão ao comportamento seguro por parte de alguns profissionais no cumprimento de protocolos instituídos (RAMIREZ; RENNÓ; FIAD, 2018).

Dentro das unidades de saúde, de modo geral, na percepção das participantes, ainda se observa certa resistência ao NSP por parte de alguns profissionais. Em algumas situações em que poderiam ampliar seu pensamento e ter um olhar mais crítico para o processo de trabalho, alguns profissionais avaliam o NSP como algo fiscalizador e não como um fator que pode agregar conhecimento ao profissional, buscando a melhoria dos processos de trabalho e da assistência prestada.

As participantes relatam dificuldade em implantar barreiras de segurança, sobretudo, voltadas a protocolos de prevenção de EA. A falta de adesão de um membro da equipe acaba por influenciar a aceitação e a adesão a ações de melhoria do grupo, ou mesmo dificulta o interesse de colegas em aderir a novas propostas de melhoria ou de ações específicas, como a notificação e análise de EA.

A implementação do NSP na atenção primária relatada neste estudo se assemelha a relatos publicados no Brasil, sobre NSP no ambiente hospitalar, nos quais são mencionadas dificuldades quanto à adesão às ações de segurança, vivenciadas por membros do NSP, que envolvem adesão a protocolos, subnotificação de EA, entre outros fatores (ARAÚJO; OLIVEIRA, 2015; SERRA; BARBIERI; CHEADE, 2016; RAMIREZ; RENNÓ; FIAD, 2018; REIS, 2019; PRATES, 2019).

Outro fator dificultador na disseminação da cultura de segurança e na atuação do NSP nas unidades de saúde, segundo a perspectiva dos participantes entrevistados, é a quantidade de recursos humanos atuando no NSP. Com outro quantitativo, haveria mais possibilidades de aumentar as chances de cobertura e apoio das unidades de saúde.

Na concepção das participantes deste estudo, a falta de um programa efetivo de educação continuada específico e a efetividade variável da implementação de protocolos nas unidades de saúde são elementos que podem levar à não adesão dos profissionais à atuação do NSP.

Diante disso, o NSP da SMS de Ribeirão Preto vem conduzindo seu trabalho de maneira focada na prevenção, impondo-se em suas funções e contando com o apoio de gerentes de unidades. O núcleo, sobretudo, atua em caráter educativo e preventivo, levando o conhecimento às equipes de saúde nas unidades, avaliando todas as situações, trazendo resolutividade sobre as ações executadas e dando *feed back* contínuo sobre seu trabalho.

Importância e contribuições do NSP

Na atenção primária à saúde do município de Ribeirão Preto, o NSP veio com o objetivo de instituir ações para a segurança do paciente na totalidade das unidades de saúde e busca constantemente padronizar ações de prevenção e promoção da segurança, assim como padronizar condutas em casos de ocorrência de EA.

Um fator determinante para a criação deste NSP foi a necessidade de se obter um setor ou serviço que pudesse centralizar todas as notificações de EA, trabalhando com a prevenção com a responsabilidade de evitá-los. Para isso, o NSP trabalha fortemente no sentido de preparar profissionais para a prevenção de EA relacionados à assistência. Caso ocorram tais EA, é fundamental que os profissionais saibam como proceder e buscar melhorias a partir das ações implementadas.

A participação dos profissionais das unidades em reuniões do NSP, de acordo com o regimento interno, visa que eles atuem coletivamente nas ações de notificações, análise, planejamento, implementações e devolutivas sobre cada EA ocorrido. Cabe à equipe de cada unidade, planejar e executar as ações a serem tomadas, evitando assim possíveis danos permanentes ao paciente, tendo sempre o apoio intelectual e operacional dos membros do NSP.

Como destaque, os relatos deste estudo evidenciam que a implantação do NSP contribuiu para o desenvolvimento dos protocolos voltados à segurança. O processo de implantação dos protocolos vigentes foi fortemente apoiado pelo NSP.

A atuação específica do NSP foca em promover a conscientização para questões voltadas para a segurança do paciente as visitas técnicas, reuniões e capacitações, como suporte aos gestores das respectivas unidades, em apoio ao seu trabalho cotidiano. A experiência da implantação deste NSP de atenção primária no relato das participantes é algo muito incentivador, pois as aproxima dos colegas inseridos na assistência direta ao paciente, como também as aproxima das equipes de apoio nas unidades.

Posição hierárquica do NSP

Na SMS de Ribeirão Preto - SP, o NSP responde ao Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas e possui autonomia para decisões educativas e deliberativas. Esse perfil se assemelha ao NSP da área hospitalar, que em geral trabalha questões relacionadas a EA e monitora o plano de ação, mas não tem a autonomia sobre decisões perante o colaborador envolvido, ficando a cargo das chefias tal deliberação.

Outra semelhança com as experiências de NSP em unidades hospitalares é o fato deste NSP atuar com profissionais enfermeiros em sua maioria, sendo estes responsáveis pelo núcleo e, cumulativamente, por outros setores. Em função desta realidade, os membros do NSP assumem ações de capacitação e treinamentos, visitas técnicas, reuniões programadas e extraordinárias, análise de EA, juntamente com suas atribuições cotidianas conferidas pelo cargo que exerce nas unidades de saúde ou nos serviços componentes da SMS, a exemplo de experiências do nível terciário de atenção (SERRA; BARBIERI; CHEADE, 2016).

CONCLUSÃO

Esse estudo conta a história da criação do NSP na atenção primária de um município de Ribeirão Preto - SP, alinhada à legislação vigente. Oficializado em portaria publicada em *Diário Oficial*, o núcleo notoriamente trabalha focado em ações de segurança do paciente e promoção da cultura de segurança nas unidades de saúde do município.

Evidenciou-se a contribuição do NSP na implementação de protocolos de segurança nas unidades de saúde, no estabelecimento de fluxo de notificação de EA e no gerenciamento de indicadores de segurança na assistência. Também foram descritas ações voltadas à prevenção de EA, incentivo à notificação e principalmente o suporte técnico fundamental na análise do EA e no estabelecimento do plano de ação para minimização de causa raiz.

Esses resultados certamente poderão orientar quanto à implantação de outros NSP, embasados nos pontos fortes e desafios, decisões tomadas, o dia-a-dia da análise de EA e visitas técnicas de suma importância no envolvimento das unidades.

A partir desta experiência de implantação do NSP, tem-se convicção da efetividade de NSP na atenção primária e na complexidade da saúde pública em nossos país. O NSP evidencia o grande e constante desafio de levar princípios e práticas seguras e estruturadas, até então restritas a hospitais, mas que devem estar presentes em todos os níveis de atenção, no que se refere à segurança do paciente e aos protocolos assistenciais para redução danos aos pacientes, à família e à comunidade.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. P. S.; OLIVEIRA, A. C. Quais mudanças poderão ocorrer na assistência cirúrgica após implantação dos núcleos de segurança do paciente? **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, São João Del-Rey, v. 5, n. 1, p.1-1, 01 abr. 2015.

BRASIL. Brasília: Ministério da Saúde. **Documento de referência para o programa nacional de segurança do paciente**. 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf>. Acesso em: 4 jan. 2019.

BRASIL. Brasília: Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2013a.

BRASIL. Brasília: Ministério da Saúde. Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2013c.

BRASIL. Brasília: Ministério da Saúde. Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2013d.

BRASIL. Brasília: Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Implantação do núcleo de segurança do paciente em serviços de saúde**. 2016. Disponível em: <<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/caderno-6-implantacao-do-nucleo-de-seguranca-do-paciente>>. Acesso em: 20 dez. 2018.

BRASIL. Brasília: Ministério da Saúde. **Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013**. 2013b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>. Acesso em: 24 fev. 2019.

CAMPOS, N. P. S.; GONZAGA, M. F. O papel do enfermeiro na prevenção de erros e eventos adversos na assistência da equipe de saúde. **Revista Saúde em Foco**, Teresina, v. 9, n. 1, p.1-8, 12 dez. 2017. Disponível em: <www.unifia.edu.br/revista_eletronica/revistas/saude_foco/artigos/.../40_template.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2019.

CAVALCANTE, E. F.; PEREIRA, I. R.; LEITE, M. J.; SANTOS, A.; CAVALCANTE, C. A. Implementação dos núcleos de segurança do paciente e as infecções relacionadas à assistência à saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 40, 2019.

FRELLO, A. T.; CARRARO, T. Contribuições de Florence Nightingale: uma revisão integrativa da literatura. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 573-579, 2013. ISSN 1414-8145. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000300024>.

GALLOTTI, R. M. D. Eventos adversos: o que são?. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 114-114, 2004.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). **Committee on Quality of Health Care in America**. Washington: National Academy Press, 2000. [Relatório emitido em 1999]

KOHN, L.; CORRIGAN, J.; DONALDSON, M. **To err is human: building a safer health system**. Washington: National Academy Press, 2000.

MAIA, C. R. A.; TEIXEIRA, J.; NANGINA, G.; DITZ, A. S.; PEREIRA, M. C. Núcleo de Segurança do Paciente: ações e estratégias utilizadas para a implantação em um complexo hospitalar do estado de Minas Gerais. **Revista de Enfermagem da UFJF**, Juiz de Fora, v. 2, n. 2, 2016.

MAIA, T. P.; ROQUETE, F. F. Um olhar sobre a acreditação hospitalar no Brasil: a experiência da Joint Commission International (JCI). **Anais do XI Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia**, São Paulo, 16, out. 2014.

NATIONAL PATIENT SAFETY FOUNDATION. **Livre de danos: acelerar a melhoria da segurança do paciente quinze anos depois de To Err is Human**. 2015. Disponível em: <https://c.ymcdn.com/sites/npsf.site-ym.com/resource/resmgr/pdf/free_from_harm_portugues-br.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Brasil. Aliança Mundial para Segurança do paciente. 2013. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=category&view=article&id=931&Itemid=677>. Acesso em: 24 fev. 2019.

PRATES, C. G.; MAGALHÃES, A. M.; BALEN, M.; MOURA, G. Núcleo de segurança do paciente: o caminho das pedras em um hospital geral. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 40, 2019.

RAMIREZ, S.; RENNÓ, C. O.; FIAD, A. Análise da implantação do núcleo de segurança do paciente na rede hospitalar do município do rio de janeiro. **Revista**

Científica da Saúde, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p.7-15, 2018. Disponível em: <<https://smsrio.org/revista/index.php/reva/article/view/415>>. Acesso em: 28 fev. 2019.

REIS, G. A. X.; OLIVEIRA, J. L.; FERREIRA, A. M.; VITURI, D. W.; MARCON, S.; MATSUDA, L. Dificuldades para implantar estratégias de segurança do paciente: perspectivas de enfermeiros gestores. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 40, 2019.

RIBEIRÃO PRETO. PREFEITURA DA CIDADE DE RIBEIRÃO PRETO. Regimento interno do núcleo de segurança do paciente da Secretaria Municipal da Saúde. **Diário Oficial**, Ribeirão Preto, ano 43, n. 9.762, 27 jul. 2015. Disponível em: <<https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/pdf/nsp-regimento.pdf>>. Acesso em: 5 dez. 2019.

SANTOS, R. P.; SOPPA, F. B.; RUTHS, J.; RIZZOTTO, M. L. F. Avaliação da implantação de um núcleo de segurança do paciente. **Revista de Enfermagem**, Recife, v. 2, n. 2, p. 532-537, 2019.

SERRA, J. N.; BARBIERI, A. R.; CHEADE, M. F. M. Situação dos hospitais de referência para implantação / funcionamento do núcleo de segurança do paciente. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 21, n. 1-9, p.1-9, 12 jul. 2016. Disponível em: <<http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/wp-content/uploads/sites/28/2016/09/45925-184781-1-pb.pdf>>. Acesso em: 28 fev. 2019.