

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA – EMESCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL**

ANDRÉIA BARBOZA PASTOR

**POLÍTICA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE:
ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE SEGURANÇA EM UM HOSPITAL FILANTRÓPICO
DO SUL DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**

**VITÓRIA
2025**

ANDRÉIA BARBOZA PASTOR

**POLÍTICA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE:
ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE SEGURANÇA EM UM HOSPITAL FILANTRÓPICO
DO SUL DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito para obtenção do grau de Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientadora: Dr.^a Fabiana Rosa Neves Smiderle.

Área de Concentração: Políticas Públicas, Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local

Linha de Pesquisa: Políticas de saúde, Integralidade e Processos sociais.

VITÓRIA

2025

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

P293p Pastor, Andréia Barboza
Política Nacional de Segurança do Paciente: análise das práticas de segurança em um hospital filantrópico do sul do estado do Espírito Santo / Andréia Barboza Pastor - 2025.
118 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Fabiana Rosa Neves Smiderle.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2025.

1. Segurança do paciente - hospitais. 2. Assistência ao paciente - hospitais. 3. Política de saúde – Espírito Santo (Estado). 4. Gestão de segurança – hospitais – Espírito Santo (Estado). 5. Pacientes – segurança – Espírito Santo (Estado). I. Smiderle, Fabiana Rosa Neves. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDD 362.11068

Bibliotecária responsável pela estrutura de acordo com o AACR2:
Elisangela Terra Barbosa – CRB6/608

ANDRÉIA BARBOZA PASTOR

**POLÍTICA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE: ANÁLISE DAS
PRÁTICAS DE SEGURANÇA EM UM HOSPITAL FILANTRÓPICO DO SUL DO
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**

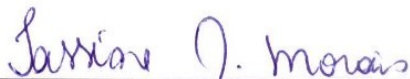
Projeto de Pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 21 de julho de 2025.

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Fabiana Rosa Neves Smiderle
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
(Orientadora)



Profa. Dra. Tassiane Cristina Moraes
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
(Membro Interno)



Documento assinado digitalmente

CINTIA DE LIMA GARCIA
Data: 11/08/2025 13:24:11-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Profa. Dra. Cintia de Lima Garcia
FMJ
(Membro Externo)

AGRADECIMENTOS

A realização deste mestrado foi um caminho desafiador e enriquecedor... e seria impossível percorrê-lo sozinho. Por isso, deixo aqui meu sincero agradecimento a todos que, de alguma forma, contribuíram para esta conquista.

A Deus, Pai de imensa bondade, que nos proporciona oportunidades abençoadas durante nossa caminhada, que nos dá força e coragem para alcançar nossos objetivos e superar os desafios, e por iluminar meu caminho com fé e esperança, porque, em muitas situações, quase desisti, mas a graça D'Ele superabundou em minha vida.

Ao meu esposo Adimilson, minha eterna gratidão por seu amor, companheirismo e por acreditar em mim mesmo nos momentos em que eu duvidei. Seu apoio foi meu alicerce durante toda essa caminhada. Te amo!

Aos meus filhos, João Vitor e Maria Clara, agradeço pelo amor puro, pelos sorrisos que me fortaleceram nos dias difíceis e que, mesmo sem entender, superaram minha ausência em tantos momentos. Vocês são a minha maior inspiração e a razão do meu esforço; vocês enchem meus dias de sentido e são minha maior motivação.

Aos meus pais Sebastião e Isabel, por serem a base forte que me sustenta, por seu amor, conselhos, dedicação e por tudo o que me ensinaram nesta vida.

Aos meus irmãos e sobrinhas, minha eterna gratidão pelo carinho, apoio e compreensão. Vocês foram meu suporte nos momentos de dificuldade e sempre estiveram ao meu lado, oferecendo risos, orações e palavras de incentivo quando eu mais precisava.

À minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Fabiana, pelos ensinamentos e dedicação. Sua compreensão me fez persistir e ir em busca do meu sonho e objetivo maior. Minha gratidão eterna!

Toda a minha gratidão às professoras Dr.^a Tassiane Cristina Morais e Dr.^a Cíntia de Lima Garcia, pelas valiosas contribuições na minha banca de qualificação. Foram fundamentais para o término deste trabalho!

À Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) e a todos os funcionários e alunos pela acolhida carinhosa e oportunidade de agregar novas experiências. Aos professores do programa de mestrado, por compartilharem suas experiências e pela oportunidade de aprimorar

habilidades docentes durante todo o processo deste programa. Vocês são excelentes!

Agradeço a todos os profissionais que contribuíram, de forma direta ou indireta, para a realização desta pesquisa. Vocês foram atores essenciais!

Aos amigos que estiveram ao meu lado ao longo dessa jornada, com palavras de incentivo, orações, apoio sincero e, por vezes, o silêncio acolhedor nos momentos em que mais precisei. A vocês, deixo minha profunda gratidão!

“Imaginemo-nos na porta de embarque para um voo intercontinental em que a hospedeira/comissária de bordo, após as boas-vindas e a informação sobre dados da viagem, avisasse, com honestidade, que o risco de morte no voo seria de 1 em 300. Pergunto-me: Quem embarcaria? No entanto, nos hospitais, todos os dias, são admitidos milhões de pacientes que irão, sem saber, incorrer nesse mesmo risco”
(Sousa; Mendes, 2019)

RESUMO

Introdução: A segurança do paciente pode ser definida como a redução das falhas evitáveis no processo de assistência à saúde a um mínimo aceitável, de maneira a oferecer ao paciente uma assistência de qualidade sem danos, com medidas e ações para prevenir os erros. Assim, é imprescindível estabelecer uma política institucional que promova uma cultura de segurança consolidada entre todos os profissionais envolvidos. **Objetivo:** Analisar as ações de segurança do paciente implantadas no hospital filantrópico do sul do estado do Espírito Santo ante a Política Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Método:** Tratou-se de um estudo descritivo, exploratório e de abordagem qualitativa, no qual foi utilizada a análise de conteúdo proposta por Bardin. O instrumento de coleta de dados foi composto por um roteiro de entrevista semiestruturada, que dispôs de variáveis sociodemográficas dos participantes e perguntas sobre a atuação do Núcleo de Segurança do Paciente de um hospital filantrópico localizado no sul do estado do Espírito Santo. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, por meio do Parecer nº 6.975.238 e do CAAE: 81407024.3.0000.5065. **Resultados:** Os profissionais do Núcleo de Segurança do Paciente do hospital estudado entendem a importância da Política Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e aplicam protocolos para reduzir riscos e qualificar a assistência. A adoção de *checklists*, treinamentos e práticas padronizadas foi apontada como estratégias positivas. Contudo, surgem desafios, como centralização das ações na responsável técnica, falta de infraestrutura adequada e necessidade de informatização. Como facilitadores, destacam-se o apoio da gestão, a atuação multiprofissional e o engajamento da equipe. A busca pela acreditação da Organização Nacional de Acreditação (ONA) também é vista como uma oportunidade para aprimorar processos e fortalecer a cultura de segurança no hospital. **Considerações finais:** Por fim, a implementação da PNSP no hospital analisado tem sido fundamental para fortalecer práticas seguras, reduzir riscos e qualificar o cuidado. Apesar dos avanços, ainda há desafios, como limitações de recursos, centralização das atividades e necessidade de maior informatização e atuação multiprofissional. A participação ativa da gestão e o comprometimento dos profissionais têm sido pontos positivos. Dessa forma, a busca pela certificação da ONA representa uma oportunidade de aprimorar a estrutura, os processos e consolidar uma cultura de segurança, garantindo uma assistência mais segura e de qualidade.

Palavras-chave: Segurança do Paciente. Assistência ao Paciente. Política de Saúde. Gestão de Segurança. Eventos. Adversos.

ABSTRACT

Introduction: Patient safety can be defined as the reduction of preventable errors in the healthcare process to an acceptable minimum, thereby providing patients with quality care without harm, through measures and actions aimed at preventing errors. Therefore, it is essential to establish an institutional policy that promotes a consolidated safety culture among all professionals involved. **Objective:** To analyze the patient safety actions implemented at a philanthropic hospital in southern Espírito Santo state in accordance with the National Patient Safety Policy (PNSP). **Method:** This study employed a descriptive, exploratory, and qualitative approach, using Bardin's content analysis. The data collection instrument consisted of a semi-structured interview guide, which included participants' sociodemographic variables and questions about the performance of the Patient Safety Unit of a philanthropic hospital located in southern Espírito Santo state. The research was approved by the Research Ethics Committee under Opinion No. 6.975.238 and CAAE: 81407024.3.0000.5065. **Results:** The professionals in the Patient Safety Unit of the studied hospital understand the importance of the National Patient Safety Policy (PNSP) and apply protocols to reduce risks and improve care. The adoption of checklists, training, and standardized practices was identified as a positive strategy. However, challenges arise, such as the centralization of actions in the technical manager, inadequate infrastructure, and the need for computerization. Management support, multidisciplinary collaboration, and team engagement are key facilitators. The pursuit of accreditation by the National Accreditation Organization (ONA) is also viewed as an opportunity to enhance processes and reinforce the hospital's safety culture. **Final considerations:** Ultimately, the implementation of the PNSP at the analyzed hospital has been crucial in strengthening safe practices, reducing risks, and enhancing care. Despite the progress, challenges remain, including resource constraints, centralization of activities, and the need for greater computerization and multidisciplinary collaboration. Active management participation and professional commitment have been positive. Therefore, pursuing ONA certification represents an opportunity to enhance the structure and processes, and consolidate a culture of safety, thereby ensuring safer, higher-quality care.

Keywords: Patient Safety. Patient Care. Health Policy. Security Management. Adverse Events.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Processo de organização de dados.....	45
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Dimensões da qualidade no cuidado.....	24
Quadro 2 – Classificação Internacional de Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde.....	25
Quadro 3 – Protocolos Básicos de Segurança do Paciente.....	29
Quadro 4 – <i>Corpus</i> das categorias empíricas do estudo. Vitória – ES, Brasil, 2025.....	46
Quadro 5 – Unidades de Registro e Unidades de Contexto. Vitória – ES, Brasil, 2025. . .	48

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos profissionais que compõem o Núcleo de Segurança do Paciente do hospital estudado.....	49
--	----

LISTA DE SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CEP	Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos
CMB	Confederação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DATASUS	Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde
EAS	Eventos Adversos
EMESCAM	Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
IOM	Institute of Medicine
JCI	Joint Commission International
MS	Ministério da Saúde
NOTIVISA	Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária
NSP	Núcleos de Segurança do Paciente
ODS	Objetivo de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNSP	Política Nacional de Segurança do Paciente
POP	Procedimentos Operacionais Padrão
PROCON	Programa de Proteção e Defesa do Consumidor
RT	Responsável Técnica
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SNVS	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UC	Unidades de Contexto
UR	Unidades de Registro
UTI	Unidades de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
1.1 JUSTIFICATIVA.....	16
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	20
2.1 SEGURANÇA DO PACIENTE E QUALIDADE ASSISTENCIAL NO CONTEXTO HOSPITALAR.....	20
2.1.1 Aspectos históricos da segurança do paciente.....	22
2.2 A POLÍTICA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE: FUNDAMENTOS E DIRETRIZES.....	25
2.2.1 Protocolos básicos de segurança do paciente.....	27
2.2.2 Cultura de segurança do paciente: conceito e métodos de avaliação.....	30
2.2.3 O Núcleo de Segurança do Paciente.....	32
2.3 ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE SEGURANÇA NO HOSPITAL FILANTRÓPICO....	34
3 OBJETIVOS.....	40
3.1 OBJETIVO GERAL.....	40
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	40
4 MÉTODO.....	41
4.1 TIPO DO ESTUDO.....	41
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	41
4.3 AMOSTRA.....	42
4.3.1 Critérios de Inclusão.....	42
4.3.2 Critério de Exclusão.....	42
4.4 COLETA DE DADOS.....	42
4.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	43
4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	47
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	48
5.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	48
5.2 PRÁTICAS DESENVOLVIDAS PELO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	49
5.2.1 Percepção dos profissionais sobre promoção e objetivo das práticas de segurança do paciente.....	49
5.2.2 Percepção sobre os protocolos implementados e ações desenvolvidas.....	52
5.2.3 A atuação direta do Núcleo de Segurança do Paciente.....	59

5.2.3.1 Práticas de segurança do paciente implementadas.....	64
5.2.4 Facilitadores, dificultadores e sugestões para implementação das práticas de segurança do paciente.....	78
5.2.4.1 Facilitadores.....	78
5.2.4.2 Dificultadores.....	82
5.2.4.3 Sugestões para o fortalecimento da PNSP.....	89
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	98
REFERÊNCIAS.....	100
APÊNDICES.....	110
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	110
APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	113
ANEXOS.....	115
ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA.....	115
ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	116

1 INTRODUÇÃO

Quando as pessoas se tornam pacientes nos serviços de saúde, elas depositam sua confiança primordialmente nos profissionais de saúde para determinar diagnósticos, tratamentos e cuidados necessários para a reabilitação da saúde. Nesse contexto, por serem sujeitos de direitos, devem requerer que esses profissionais assumam a responsabilidade pela garantia de sua segurança durante a realização de todos os aspectos do atendimento.

Nesse sentido, a segurança do paciente pode ser definida como uma estrutura de atividades sistematizadas que fomenta a segurança de culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes no setor da saúde. O objetivo finalístico dessas ações é o de minimizar riscos de maneira consistente e sustentável, reduzir a frequência de danos evitáveis, fazer com que os erros sejam menos prováveis e mitigar o impacto dos danos quando estes acontecerem (OMS, 2021).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a estimativa é de que, anualmente, 134 milhões de eventos adversos ocorrem em hospitais de países de baixa e média renda, gerando, aproximadamente, 2,6 milhões de mortes, razão pela qual a segurança do paciente vem sendo concebida como uma importante questão de saúde pública (OMS, 2021).

No Brasil, a principal diretriz para a implementação de ações que tenham como alvo garantir a segurança do paciente é a Política Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituída em 2013, que prevê a criação de Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) como instâncias responsáveis por instituir e monitorar as atividades orientadas para esse objetivo (Brasil, 2013c).

Os NSP, compostos por uma comissão de profissionais, desenvolvem um papel fundamental, pois elaboram e implementam protocolos para garantir uma assistência multidisciplinar segura em todo o âmbito da instituição, no qual, cada vez mais, repercutem diversos desafios para elaboração e implementação desses protocolos (Mello *et al.*, 2021). Perante o exposto, esta pesquisa emergiu da seguinte indagação: “Quais são as ações de segurança do paciente implantadas no hospital filantrópico do sul do estado do Espírito Santo ante a Política Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)”.

Para responder a essa questão, delimitaram-se como objeto de estudo: as ações que o NSP aplica na instituição para atender ao que é recomendado pela PNSP, a fim de contribuir para o aprimoramento das discussões sobre essa temática e subsidiar práticas/ações do NSP do hospital que será o cenário da pesquisa.

Este estudo poderá trazer benefícios para as instituições no que se refere a implementação e adesão da PNSP, além de que sejam desenvolvidas futuras ações que venham a ser implementadas tendo em vista o embasamento e as comprovações científicas realizadas neste estudo.

Após as considerações introdutórias apresentadas neste **primeiro capítulo**, para aprofundar o objeto de estudo, responder à pergunta proposta e tecer sobre a justificativa que subsidia a realização deste estudo, a presente dissertação foi estruturada conforme explicitado a seguir.

O **Capítulo 2**, intitulado “Referencial Teórico”, traz uma revisão conceitual sobre a segurança do paciente; marcos importantes na consolidação dessa área no campo da política de saúde; os protocolos que devem nortear o processo de trabalho dos NSP; realça a relevância das ações desenvolvidas pelo referido núcleo, em uma prerrogativa de cuidado seguro e de qualidade, por parte das instituições de saúde; e discute sobre as práticas de segurança do paciente no contexto dos hospitais filantrópicos.

Nos **Capítulos 3 e 4**, estão descritos, respectivamente, os objetivos para responder à pergunta de pesquisa e os métodos para atingi-los. O **Capítulo 5** apresenta os resultados e as discussões oriundas do processo de coleta de dados. Já no **Capítulo 6**, são tecidas as considerações finais do estudo.

1.1 JUSTIFICATIVA

Dados da OMS apontam que, no contexto da promoção de cuidados hospitalares, a cada 10 pacientes, 1 sofre com algum tipo de dano propiciado por eventos adversos, em que 50% destes poderiam ser evitados. Tais eventos, que são ocasionados em razão da oferta de cuidados inseguros, em nível mundial, compõem o grupo das 10 principais causas de mortes e de incapacidade (OMS, 2019).

No Brasil, segundo informações compiladas do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), no ano de 2023, foi notificado o quantitativo de 368.895 incidentes com pacientes em todo o território, sendo que 39,9% desses casos foram

registrados na região Sudeste, contexto em que este estudo se insere. Os incidentes de maior frequência foram, respectivamente, os relativos a falhas durante a assistência, falhas envolvendo cateter venoso, lesão por pressão, queda do paciente e falhas por sondas (Brasil, 2023a).

Os dados ratificam que a segurança do paciente é uma grave questão de saúde pública, que requer dos sistemas de saúde a adoção de medidas eficazes capazes de diminuir dados tão alarmantes como os evidenciados acima. A esse respeito, Gabriel (2023) afirma que por mais que, desde o final da década de 1990, pesquisas e ações com o intuito de melhorar os indicadores relativos à segurança do paciente venham sendo fomentadas mundialmente, essa questão ainda se configura como uma problemática, no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo em vista que, sobre o total de cuidados ofertados, 10% são marcados pela ocorrência de eventos adversos.

Dessa forma, por ser a temática da segurança do paciente uma preocupação global e uma prioridade em sistemas de saúde em todo o mundo, torna-se premente a necessidade de estudos que tenham como enfoque a análise de atividades desenvolvidas pelos NSP, tendo como base as diretrizes dispostas na política nacional, visando contribuir para o aprimoramento na qualidade e a eficácia dos cuidados de saúde, bem como a necessidade de reduzir as não conformidades, eventos adversos e erros.

Importa realçar, ainda, que esta pesquisa dialoga diretamente com o 3º Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS), conhecido como “Boa Saúde e Bem-estar”, que busca a implementação de ações que visem garantir uma vida saudável e promover o bem-estar em todas as idades. Além disso, dispõe na meta 3.d a necessidade de “reforçar a capacidade de todos os países, particularmente os países em desenvolvimento, para o alerta precoce, redução de riscos e gerenciamento de riscos nacionais e globais de saúde”, estando a segurança do paciente e a implementação de políticas para minimizar riscos no atendimento hospitalar diretamente alinhadas a essa meta (IPEA, 2024).

Cabe destacar que, além do exposto, a trajetória profissional da pesquisadora, que é enfermeira e atuou como integrante da comissão de um NSP que não tinha todos os protocolos implantados, possibilitou a vivência de não conformidades e de eventos adversos durante a assistência, comprometendo a segurança do paciente. Esse também foi um elemento que motivou o estudo sobre a temática, visando a uma reflexão mais aprofundada acerca desta problemática.

Ressalta-se que essa trajetória foi trilhada percorrendo diversos caminhos, da assistência até a coordenação da referida comissão.

Assim, explorar esse tema permitiu uma análise aprofundada dos desafios enfrentados na elaboração e implementação dos protocolos, a identificação de áreas para melhoria e o desenvolvimento de estratégias e intervenções para promover a segurança e a qualidade dos cuidados de saúde. Além disso, a pesquisa aqui proposta contribuiu para o campo de debate científico, bem como trará subsídios que não se restringirão a melhorias no contexto do serviço em que a pesquisa será desenvolvida, mas também para outros gestores de serviços de saúde implicados na promoção da segurança do paciente.

Esperou-se, com essa pesquisa, favorecer a melhoria da qualidade da assistência prestada à população. Outrossim, que, nessa perspectiva, a prática da Política da Segurança do paciente atue como elo entre os resultados, favorecendo a melhoria da qualidade da assistência prestada à sociedade assistida. Buscou-se, ademais, que a visibilidade dos resultados desta pesquisa, de forma direta e indireta, contribua para futuras discussões sobre a necessidade do cumprimento do que é preconizado na PNSP.

Almeja-se que, por meio desta pesquisa, haja um benefício mútuo entre discente, instituição hospitalar e NSP, de modo a contribuir para a evolução das atividades realizadas tanto no campo prático quanto científico, levantando, pelo menos em parte, resultados que colaborem para uma melhor compreensão a respeito da importância da implementação, preconização e avaliação dos protocolos; e identificar melhores condutas do núcleo para minimizar e/ou eliminar riscos, eventos adversos e não conformidades no hospital.

Sendo assim, é importante ressaltar que, para mudar determinadas ações e condutas, é necessária uma justificativa com suporte científico e o presente trabalho vem com um objetivo peculiar justamente para fornecer essa base, de modo a colaborar para a instituição que foi cenário da pesquisa.

Torna-se então um vínculo de trabalho de forma colaborativa, uma vez que o pesquisador interage com os profissionais, a fim de contribuir para a própria profissão. Nesse contexto, o NSP e a instituição onde será realizada a pesquisa são os mais beneficiados com o processo de ensino e pesquisa, que a cada dia vem se tornando mais enaltecido por parte dos pesquisadores em saúde. Dessa forma, espera-se:

- Servir de suporte a pesquisadores para o desenvolvimento de estudos de dissertações e teses acerca dessa temática, despertando a necessidade de realização de demais estudos que envolvem a segurança do paciente;
- Desenvolver conhecimento sobre como elaborar, implementar e avaliar os protocolos existentes. Assim, desenvolvendo ferramentas para tratativas de eventos no decorrer da realização dos processos de trabalho dos profissionais que realizam assistência ao paciente;
- Proporcionar conhecimento da vivência dos profissionais que compõem o NSP nesse processo, a fim de oferecer subsídios aos profissionais de saúde, que atuam em diferentes realidades, sinalizando estratégias para otimizar a obtenção da implementação de protocolos de segurança do paciente.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 SEGURANÇA DO PACIENTE E QUALIDADE ASSISTENCIAL NO CONTEXTO HOSPITALAR

A segurança do paciente pode ser definida como a redução das falhas evitáveis no processo de assistência à saúde a um mínimo aceitável, de maneira a oferecer ao paciente uma assistência de qualidade sem danos, com medidas e ações prevenindo os erros. Assim, são primordiais a qualidade e a segurança assistencial em saúde, bem como a capacidade de adaptação das instituições de saúde em relação aos riscos humanos e operacionais inerentes ao processo de trabalho, reduzindo, dentro do sistema de saúde, práticas que impedem de alcançar bons resultados aos pacientes, como princípio básico da qualidade (Caldana *et al.*, 2015; Hang *et al.*, 2023).

Destaca-se que o “nível mínimo aceitável” se relaciona com o nível de conhecimento, com os recursos disponíveis e com o contexto em que se oferece o atendimento atual ao paciente. Diante do risco da ausência deste ou de receber outro tratamento alternativo, a condição humana está ligada ao erro em qualquer atividade, mesmo que exista uma confiabilidade diagnóstica e terapêutica nos tratamentos prescritos (Romero *et al.*, 2018).

A segurança do paciente tornou-se prioridade em diversos países no seu sistema de saúde devido aos dados alarmantes causados por falhas de qualidade e efeitos indesejados à assistência à saúde. O reconhecimento da relevância dos eventos adversos ligados à assistência fez com que, no Brasil, houvesse uma sensibilização dos formuladores de políticas de saúde para a criação governamental de um Programa Nacional de Segurança do Paciente, que defende o mesmo conceito de segurança do paciente da OMS (Gama *et al.*, 2016).

Diante do reconhecimento de que os hospitais já não são meros locais de tratamento de doenças, mas também podem representar um desafio e até mesmo uma fonte de transmissão de microrganismos, tornou-se imperativo o desenvolvimento da segurança do paciente. Esse conceito visa minimizar ao máximo o risco de danos desnecessários associados aos cuidados de saúde (Costa, 2009).

No Brasil do passado, a imperícia e a imprudência resultaram na morte de quem seria o primeiro presidente civil eleito após 21 anos de ditadura militar. O presidente Tancredo Neves, na noite anterior à sua posse, em 14 de março de 1985, não pôde assumir o cargo devido a dores abdominais intensas, que o levaram à internação no Hospital de Base de Brasília, até que morreu em 21 de abril de 1985 (Palha, 2011).

A infecção hospitalar representava não apenas um problema para os cofres públicos brasileiros, afetando significativamente o SUS, que desempenha um papel crucial como financiador da saúde no país. Além disso, os planos de saúde enfrentam perdas financeiras consideráveis, uma vez que pacientes que contraíram infecções hospitalares tiveram seus períodos de internação prolongados, resultando em custos mais elevados tanto para os planos de saúde quanto para o SUS. O Programa de Proteção e Defesa do Consumidor (PROCON) também desempenhou um papel importante na garantia da segurança do paciente, visto que os pacientes agora tinham o direito de recorrer à instituição em casos de imprudência ou negligência durante seu atendimento hospitalar. Esse processo foi o precursor do movimento de judicialização na saúde (Palha, 2011).

Reconhecer os riscos existentes associados ao uso de equipamentos nos cuidados em saúde que envolve a segurança do paciente é uma necessidade para os profissionais que trabalham nessa área de cuidados, principalmente para os enfermeiros, com a quantidade de tecnologias que existem na assistência que prestam. Nesse contexto, têm sido apresentadas ações pensando na avaliação desses riscos, visando medidas mais seguras no uso de equipamentos para assistência à saúde (Ribeiro *et al.*, 2018).

Cabe assinalar, ainda, que os lapsos de segurança acarretam custos financeiros e econômicos significativos. Com frequência, a confiança do público e nos sistemas de saúde locais é prejudicada quando esses incidentes se tornam públicos. Além disso, os profissionais de saúde envolvidos em eventos graves, especialmente os que resultam em morte ou lesões severas para o paciente, podem sofrer danos psicológicos duradouros, enfrentando sentimentos profundos de culpa e autocrítica (OMS, 2022).

Compreende-se que, para aprimorar a segurança do paciente dentro de uma instituição hospitalar durante sua permanência, é imprescindível estabelecer uma política institucional que promova uma cultura de segurança consolidada entre todos

os profissionais envolvidos. Contudo, reconhece-se que esse é um dos maiores e mais desafiadores objetivos a serem alcançados pela instituição (Cauduro, 2013; Lopes *et al.*, 2023).

2.1.1 Aspectos históricos da segurança do paciente

A segurança do paciente teve sua origem ao longo do tempo pelo pai da medicina, Hipócrates, conhecido como um pensador à sua frente (460 – 377 A.C), quando escreveu a frase *In verbis “Primum non nocere”*, afirmando não causar danos nos cuidados prestados à saúde, percorrendo pelas colaborações de Semmelweis, Nightingale, Codman, Donabedian, cochrane entre outros (Hang *et al.*, 2023).

No ano de 1998, o renomado psiquiatra Arthur Barsky, por meio de um importante estudo, trouxe como resultado que, embora houvesse avanços técnicos e melhorias significativas nos indicadores de saúde nos países desenvolvidos, os usuários desses serviços demonstravam crescente insatisfação com a qualidade do atendimento recebido e com sua própria percepção de saúde. Para esse pesquisador, apesar do progresso na saúde coletiva percebido nos últimos 30 anos, os estudos apontavam uma queda na satisfação pessoal dos pacientes com sua saúde nesse mesmo período (Hang *et al.*, 2023; Romero *et al.*, 2018).

Romero *et al.* (2018) descrevem que Barsky constatou que eram crescentes os relatos de participantes de sua pesquisa, quanto à percepção de maior quantitativo de sintomas de ordem somática, bem como o crescimento de sintomas de mal-estar. Assim, o pesquisador acima situou elementos que poderiam estar associados à discrepância percebida no que diz respeito à percepção subjetiva da população e os indicadores de saúde que apontavam para melhorias na promoção da saúde coletiva, a saber: a redução da taxa de mortalidade por doenças de ordem infecciosas agudas, decorrendo do avanço da assistência médica, pode ter concedido espaço para o aumento de destacáveis problemas de saúde, como aqueles crônicos e degenerativos; e a conscientização crescente sobre saúde propiciou um maior autocontrole dos indivíduos, assim como a ampliação na percepção de sintomas e das patologias.

Além disso, o psiquiatra anteriormente citado pontuou que o maior investimento dos meios de comunicação impulsionou a mercantilização

generalizada, colocando a questão da saúde também como um produto, o que, por sua vez, deu lugar a uma atmosfera de insegurança e de mais atenção para a doença. Apontou, ainda, que o processo de medicalização da vida cotidiana pode ser o responsável por estabelecer expectativas irreais sobre cura de algumas doenças (Romero *et al.*, 2018).

Sobre influência da pesquisa de Barsky, em 1999, foi publicado, por uma academia dos Estados Unidos, o relatório *To err is human: building a safer health system* (*Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro*), que trouxe um quantitativo preocupante de óbitos desencadeados por falhas durante a assistência em saúde (Hang *et al.*, 2023; Prates *et al.*, 2021). A partir deste,

[...] concluiu-se que a atividade de atendimento complexo e especializado, com sua combinação de melhorias tecnológicas, processos e interações humanas, não era uma prática infalível e também implicava maior probabilidade de causar Eventos Adversos (EAs) (Romero *et al.*, 2018, p. 334).

Outro importante marco no contexto do tema aqui discutido se refere ao conceito de qualidade nos serviços de saúde fomentado por Avedis Donabedian, que defendia um modelo de avaliação da qualidade da assistência em saúde a partir dos processos de cuidado, orientados pelos resultados desejáveis. A partir desse pressuposto, propôs uma tríade, que é muito utilizada no campo da avaliação em saúde e que é constituída por três elementos, a saber: *estrutura*, que diz respeito ao contexto no qual o cuidado é oferecido e também abarca a área de recursos humanos; *processo*, que se refere aos componentes/atividades que são desenvolvidas e às etapas que integram o cuidado; e *resultado*, que corresponde ao efeito da assistência prestada, as alterações que se pretende a partir desta, as quais refletem nos indicadores (Donabedian, 1988 *apud* Ferreira; Neves; Rosa, 2022).

Já em 2011, nos Estados Unidos, o Institute of Medicine (IOM) publicou o relatório *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century* (Cruzando o abismo da qualidade: um novo sistema de saúde para o século 21), que foi responsável por propiciar uma revisão quanto aos atributos da qualidade do cuidado em saúde (medida pelo grau com que esses serviços, direcionados ao cuidado de indivíduos ou populações, aumentam as chances de alcançar os resultados desejados de saúde, estando coadunado com o conhecimento profissional atual) que foram postulados por Donabedian, sendo, portanto, situadas

seis dimensões: oportunidade, segurança, efetividade, eficiência, centralidade no paciente e equidade (Institute of Medicine, 2001 *apud* Brasil, 2014).

Quadro 1 – Dimensões da qualidade no cuidado

Dimensões	Definição
Oportunidade	Minimização do tempo de espera e de atrasos potencialmente danosos tanto para quem recebe como para quem presta o cuidado.
Segurança	Prevenção de lesões e danos nos pacientes decorrentes do cuidado que tem como objetivo ajudá-los.
Efetividade	Cuidado baseado no conhecimento científico para todos que dele possam se beneficiar, evitando seu uso por aqueles que provavelmente não se beneficiarão (evita subutilização e sobreutilização respectivamente).
Eficiência	Cuidado sem desperdício, incluindo o desperdício associado ao uso de equipamentos, suprimentos, ideias e energia.
Centralidade no paciente	Cuidado respeitoso e responsivo às preferências, necessidades e valores individuais dos pacientes, assegurando que os valores do paciente orientem todas as decisões clínicas.
Equidade	Qualidade do cuidado que não varia em decorrência de características pessoais, como gênero, etnia, localização geográfica e condição socioeconômica.

Fonte: Institute of Medicine (2001 *apud* Brasil, 2014).

Em 2004, diante da necessidade de estruturar os conceitos e as definições acerca da problemática da segurança do paciente e de inscrever estratégias com vistas a minimizar os riscos e reduzir a ocorrência de eventos adversos, foi publicado o documento intitulado *World Alliance for Patient Safety* (Aliança Mundial para a Segurança do Paciente), que também foi responsável pela implementação de ações para a promoção da segurança do paciente e melhoria da qualidade nos serviços de saúde (Brasil, 2014).

No ano de 2006, Joint Commission International (JCI), em parceria com a OMS, instituiu as seis metas internacionais que seguem objetivando impulsionar, de forma bem delimitada, melhorias no campo da segurança do paciente:

[...] melhorar a segurança dos medicamentos de alta-vigilância; assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto; reduzir o risco de infecções associadas a cuidados de saúde; e, reduzir o risco de danos ao paciente, decorrente de quedas (Brasil, 2024c).

A partir da Aliança, em 2009, foi publicada a “Classificação Internacional de Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde”, padronizando os seguintes termos, com suas respectivas conceituações:

Quadro 2 – Classificação Internacional de Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde

Termo	Definição
Segurança do paciente	Reduzir, a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.
Dano	Comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.
Risco	Probabilidade de um incidente ocorrer.
Incidente	Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.
Circunstância Notificável	Incidente com potencial dano ou lesão.
<i>Near miss</i>	Incidente que não atingiu o paciente.
Evento Adverso	Incidente que resulta em dano ao paciente.

Fonte: Brasil (2014).

Ainda em 2009, foi identificada, como importante momento atinente à efetivação de ações de segurança do paciente, a criação do Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária (NOTIVISA), que implementou de forma sistemática a vigilância e o monitoramento de incidentes em instituições de saúde, permitindo que estas pudessem reportar eventos adversos e registrar as medidas tomadas diante de incidentes graves (Gabriel, 2023).

2.2 A POLÍTICA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE: FUNDAMENTOS E DIRETRIZES

Em razão de a PNSP ser a política de referência para a condução desta pesquisa, é importante um maior aprofundamento das prerrogativas desta, em uma perspectiva de assegurar a segurança do paciente.

No entanto, uma maior notoriedade acerca do tema foi materializada pelo Ministério da Saúde (MS), em 2013, por meio da Portaria MS/GM nº 529, que instituiu o PNSP, a qual possui como mecanismo de ação a implementação da promoção da cultura de segurança do paciente. Com a sua instituição, a proposta era de dispor de subsídios para que as instituições de saúde e de educação em saúde pudessem desenvolver estratégias para promover a segurança do paciente. Entre as principais orientações desse documento, está a criação de sistemas internos de notificação de eventos adversos, a constituição de NSP, a elaboração de

Planos Institucionais de Segurança do Paciente, a implementação de protocolos assistenciais, assim como a inserção do tema da segurança nos currículos e no âmbito das pesquisas das instituições de ensino e pesquisa no Brasil (Brasil, 2013c; Gabriel, 2023).

Dada a relevância da PNSP para a consolidação da segurança do paciente no Brasil, importa evidenciar quais são os objetivos deles, delimitados no documento de referência:

I – promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde; II – envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente; III – ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente; IV – produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente; e V – fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde (Brasil, 2013c).

Três meses após a criação da PNSP, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicou a Resolução – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013, que visou instituir ações para a segurança do paciente a serem desenvolvidas nos serviços de saúde. Por meio dela, uma maior visibilidade foi concedida quanto à indispensabilidade de criação dos NSP e, por conseguinte, a criação do plano e dos protocolos de segurança do paciente, bem como a obrigatoriedade de notificações, de forma mensal (Brasil, 2013a).

Dessa forma, em função de a elaboração de protocolos ser uma das estratégias de implementação do PNSP, nos anos de 2013 e 2014, foram instituídos seis NSP pela ANVISA, visando fortalecer as práticas de segurança do paciente, os quais são: cirurgia segura; identificação do paciente; prevenção de úlcera por pressão; higiene das mãos em serviços de saúde; prevenção de quedas; segurança na prescrição uso e administração de medicamentos. Esse tem como característica: Protocolos Sistêmicos; Protocolos Gerenciados; Promovem a Melhoria da Comunicação; constituem instrumentos para construir uma prática assistencial segura; oportunizam a vivência do trabalho em equipes; Gerenciamento de riscos” (Brasil, 2023b).

Em 2015, foi lançado pela ANVISA 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”, que trouxe definições de estratégias prioritárias para reduzir riscos nos serviços de saúde e serviu de guia para aprimoramento e reestruturação das práticas de monitoramento e investigação de incidentes, tanto nas instituições de saúde quanto nas várias instâncias do SNVS. Destaca-se que, desde 2015, duas edições do plano foram lançadas, sendo um referente ao período 2015-2020 e outra correspondente ao período 2021-2025 (Brasil, 2023a).

O Plano Integrado vigente abarca 12 metas a serem alcançadas pelo SNVS no período delimitado, os quais servem ser norteados pelos 3 objetivos abaixo:

Objetivo Específico 1: Promover o fortalecimento do SNVS para a implementação das ações do Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (2021-2025).
Objetivo Específico 2: Promover a vigilância, notificação e investigação dos incidentes/eventos adversos ocorridos nos serviços de saúde.
Objetivo Específico 3: Promover a adesão às práticas de segurança do paciente pelos serviços de saúde (Brasil, 2023a).

Além disso, com a intenção de contribuir para o aprimoramento das práticas de segurança do paciente, em 2021, a OMS lançou o “Plano de Ação Global para Segurança do Paciente”, o qual não somente viabilizou o conceito de segurança do paciente de forma mais ampla e sistêmica, mas também propôs eliminar danos evitáveis nos sistemas de saúde até 2030. O objetivo final deste é de alcançar, em nível global, o máximo possível de diminuição de danos inevitáveis associado a cuidados de saúde inseguros (OMS, 2021).

Na interpretação de Gabriel (2023), no novo conceito proposto pela OMS no relatório acima, ficou mais evidente que a melhoria da segurança do paciente envolve aspectos que transcendem a busca por eventos adversos ou identificação de riscos. Ela exige a adoção de medidas que promovam mudanças comportamentais, considerem os fatores humanos e reconheçam a importância das lideranças, que são variáveis essenciais para o bom êxito dessas iniciativas, posto que muitos elementos constituintes dos programas de segurança do paciente não dependem de recursos financeiros, mas sim do comprometimento dos indivíduos com a promoção de um cuidado em saúde mais seguro.

A partir da trajetória acima discutida, foi possível perceber que a questão da segurança do paciente vem sendo objeto de preocupação por parte dos governos. Entretanto, conforme defendem Prates *et al.* (2021), não obstante os esforços e os avanços significativos no decorrer dos anos, com vistas à busca por tornar a assistência aos pacientes mais segura, avançou mais lentamente do que o

esperado, já que é consenso entre os estudiosos da área que o sistema de saúde ainda funciona com um pouco grau de confiabilidade, resultando frequentemente em danos prejudiciais aos pacientes, especialmente no país em desenvolvimento.

2.2.1 Protocolos básicos de segurança do paciente

A fim de que sejam implementados mecanismos com vistas à segurança do paciente, tornam-se imprescindíveis o conhecimento e a adesão às normas e regulamentações que orientam o funcionamento dos serviços de saúde, que, por ser assim, são tidas como condicionalidade primária para que esses serviços possam avançar na execução do serviço ofertado, por meio da criação de planos locais relacionados com a qualidade e a segurança, por meio de atividades acompanhadas por indicadores, as quais são monitoradas pelos Núcleos (Brasil, 2014).

Nesse sentido, a indispensabilidade da criação de protocolos básicos para orientar o processo de trabalho dos estabelecimentos de saúde, visando à garantia da segurança do paciente, encontra fundamentação na Portaria nº 529/2013, que instituiu a PNSP. Assim, a partir dos seis protocolos criados pela OMS, cada Núcleo deve elaborar e implementar os seus a partir das diretrizes constantes nestes. Tais protocolos são visualizados como ferramentas específicas para cada processo de trabalho e estão subsidiados por achados científicos, que possibilitam aos profissionais desenvolverem uma assistência mais segura aos pacientes, orientada por fluxos, indicadores e procedimentos detalhados (Brasil, 2014; Cavalcante *et al.*, 2019).

Os protocolos são os recomendados pela OMS, quer nos desafios globais – prática de higiene das mãos em estabelecimentos de Saúde; cirurgia segura, quer nas chamadas soluções de segurança para o paciente – medicamentos com nomes e embalagens semelhantes; controle de soluções eletrolíticas concentradas; garantia da medicação correta em transições dos cuidados (conciliação medicamentosa); identificação do paciente; comunicação correta durante a transmissão do caso. Duas questões motivaram a OMS a eleger esses protocolos: o pequeno investimento necessário para a sua implantação e a magnitude dos erros e eventos adversos decorrentes da falta deles. Infelizmente, as pesquisas que apontaram essas prioridades para a OMS vieram de países desenvolvidos, o que reforça a necessidade de desenvolver mais pesquisas no Brasil em segurança do paciente (Brasil, 2014, p. 19).

Esses protocolos, que são de natureza assistencial e processual, precisam ser instrumentos norteadores das atividades desenvolvidas pelos estabelecimentos de saúde, pois resultam na minimização de custos e de danos ao paciente,

padronizam o processo de trabalho e reduzem os desperdícios (Cavalcante *et al.*, 2019).

Quadro 3 – Protocolos Básicos de Segurança do Paciente

Item	Protocolo	Finalidade
1	Cirurgia Segura	Determinar as medidas a serem implantadas para reduzir a ocorrência de incidentes e eventos adversos e a mortalidade cirúrgica.
2	Identificação do Paciente	Garantir a correta identificação do paciente, a fim de reduzir a ocorrência de incidentes
3	Prevenção de Úlcera por Pressão	Promover a prevenção da ocorrência de úlcera por pressão (UPP) e outras lesões da pele.
4	Higiene das Mãos em Serviços de Saúde	Instituir e promover a higiene das mãos nos serviços de saúde do país com o intuito de prevenir e controlar as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS).
5	Prevenção de Quedas	Reduzir a ocorrência de queda de pacientes nos pontos de assistência e o dano dela decorrente, por meio da implantação/implementação de medidas que contemplem a avaliação de risco do paciente.
6	Segurança na Prescrição uso e Administração de Medicamentos	Promover práticas seguras no uso de medicamentos em estabelecimentos de saúde.

Fonte: Brasil (2023a).

No que diz respeito à implementação dos seis protocolos, os resultados da pesquisa de Cavalcante *et al.* (2019) apontaram que, de forma predominante, nos 12 hospitais públicos, privados e filantrópicos que constituíram enquanto amostra do estudo, o protocolo de identificação do paciente foi o que recebeu maior destaque, seguido pelo correspondente à higiene das mãos e pelo de prevenção de quedas dos pacientes.

Conforme discutem Lopes *et al.* (2023), mesmo as instituições de saúde tendo protocolos implementados, isso não é suficiente para garantir que eventos adversos não possam acontecer, já que existem alguns fatores de risco associados à ocorrência destes, tais como: ausência de conhecimentos sobre os meios possíveis para prevenir danos, estresse, pouca comunicação e integração entre os profissionais, fragilidades concernentes à cultura de segurança, além de condições de trabalho precárias, marcadas, por exemplo, pela sobrecarga de trabalho.

Cavalcante *et al.* (2019) também discutem sobre os gargalos que tornam a implementação de protocolos e o desenvolvimento de mecanismos para garantir a segurança do paciente, um processo complexo e moroso. Para os autores, nos serviços de saúde, ainda se encontra arraigada uma intensa cultura preexistente centrada no tratamento e na reabilitação, o que, por sua vez, dificulta o

desenvolvimento de ações que visem prevenir doenças e proteger a saúde. A isso, soma-se a presença de obstáculos estruturais, tais como: a limitação quanto à disponibilidade de equipamentos adequados, a limitação ou inadequação de insumos e materiais, a insuficiência de profissionais e/ou a presença de profissionais que não estão capacitados para garantir a segurança do paciente.

2.2.2 Cultura de segurança do paciente: conceito e métodos de avaliação

A cultura de segurança do paciente é um conjunto de princípios e atitudes que determinam e estimulam o compromisso com a gestão da segurança e da saúde, transfazendo à responsabilidade e repreensão pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde (Brasil, 2014).

Baratto *et al.* (2021) discorrem que, pela complexidade das demandas que permeiam os serviços de saúde, estes são contextos vistos de alto risco pelo acontecimento de incidentes, no qual a elaboração de uma cultura de segurança é indispensável e requer o comprometimento de todos os profissionais envolvidos na oferta do cuidado. A promoção de uma cultura respeitável melhora a comunicação efetiva, o trabalho, a equipe e a divisão de conhecimentos para uma prática assistencial segura e sucedida.

De maneira conceitual, conforme disposto na Resolução – RDC nº 36/2013, da ANVISA, a cultura de segurança diz respeito a

[...] um conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde (Brasil, 2013a).

Nesse caso, a promoção de uma cultura respeitável melhora a comunicação efetiva, o trabalho, a equipe e a divisão de conhecimentos para uma prática assistencial segura e sucedida (Baratto *et al.*, 2021).

Cultura de Segurança: configura-se a partir de cinco características operacionalizadas pela gestão de segurança da organização: a) cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares; b) cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais; c) cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos

problemas relacionados à segurança; d) cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional; e e) cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança (Brasil, 2013c).

As instituições de saúde que apresentam uma cultura de segurança sólida destacam-se por manter uma comunicação eficaz entre os profissionais, cultivar a confiança mútua e compartilhar uma visão comum sobre a relevância e a efetividade das atividades com enfoque na prevenção, tendo como resultado um panorama com taxas reduzidas de infecções e morbidades, menores custos, assistência de excelência e maior nível de satisfação do paciente (Costa *et al.*, 2018; Sanchis *et al.*, 2020).

Outrossim, quando a segurança é incorporada como parte da cultura organizacional, torna-se evidente um nível maior de conscientização dos profissionais sobre a necessidade de desenvolvimento de prática com o objetivo de garantir a segurança do paciente, bem como um compromisso ético com a gestão de riscos, que incide de forma positiva não somente no paciente, mas também no profissional envolvido no cuidado (Costa *et al.*, 2018).

Para Raimondi *et al.* (2019), um profissional que direciona suas atividades impulsionado por uma cultura do paciente positiva, apresenta maior nível de humanização, responsabilidade e implicação com a promoção da segurança e da saúde daquele que está recebendo assistência. Com isso, torna-se mais propício o desenvolvimento de um cuidado mais seguro, integral, resolutivo e que apresenta menores riscos e danos para os pacientes.

A cultura de segurança, como parte da cultura organizacional, quando fortalecida, é capaz de aumentar o nível de segurança do paciente, tendo em vista que contribui para o desenvolvimento de práticas seguras, reduzindo a ocorrência de eventos adversos (Sanchis *et al.*, 2020).

Em instituições que evidenciam uma cultura de segurança positiva, é possível perceber a oferta de um cuidado aos pacientes, com um nível maior de qualidade. Ao gestor dos serviços, é dada a responsabilidade pela elaboração e implementação de atividades estratégicas, visando à promoção de uma boa cultura de segurança, sendo que, nesse contexto, os profissionais não são passivos, mas corresponsáveis na promoção dessa segurança, que precisa ser fortalecida nos serviços de saúde (Cruz *et al.*, 2021).

Enfatiza-se ainda que, para criação de uma cultura de segurança do paciente positiva, capaz de promover cuidados seguros e de qualidade, ela transita pela compreensão dos atores envolvidos quanto aos valores, normas, crenças que uma instituição considera prioritárias, bem como as práticas e os comportamentos voltados à segurança do paciente que são incentivados, esperados e monitorados por esta (Raimondi *et al.*, 2019).

Nesse contexto, é oportuno evidenciar o “Relatório da Avaliação Nacional da Cultura de Segurança do Paciente em Hospitais Brasileiros – ano 2023” divulgado pela ANVISA, o qual apresenta resultados recentes das avaliações da cultura de segurança do paciente, provenientes da participação de 325 hospitais e de 320 de hospitais com Unidades de Terapia Intensiva (UTI). A pesquisa, de cunho avaliativo, que foi possível por meio da utilização do E-Questionário de Cultura de Segurança Hospitalar, criado pelo SNVS, visou monitorar o avanço relativo a esse campo, conceder respostas e propiciar atividades de aperfeiçoamento das atividades, partindo do entendimento de que a cultura de segurança do paciente é um caminho potente para diminuir os riscos, tornar mais confiável e seguro os cuidados prestados nos serviços de saúde (Brasil, 2024a).

A partir desta, foi possível perceber que são potencialidades para a promoção da cultura de segurança do paciente, respectivamente, a aprendizagem organizacional/ melhoria contínua e as expectativas e ações de direção/supervisão das unidades/serviço que contribuem para a segurança. Já as fragilidades, a percepção de segurança, recebeu maior destaque, seguida de problemáticas que ocorrem nas mudanças de turno e nas transições entre serviços, e, por último, as respostas não punitivas para os erros identificados (Brasil, 2024a).

É importante destacar que os achados acima fornecem informações que podem orientar o processo de trabalho dos Núcleos, a fim de impulsionar o aprimoramento das ações implementadas, visando, de forma efetiva, garantir a segurança do paciente e possibilitar maiores níveis de satisfação quanto à qualidade do cuidado recebido pelos pacientes.

2.2.3 O Núcleo de Segurança do Paciente

A PNSP traz a previsão de que as ações orientadas para promover a segurança do paciente devem ser implementadas pelos NSP, que são instâncias

obrigatórias em todos os serviços de saúde, instituídas para essa finalidade. Nesse sentido, o processo de trabalho destes deve ser orientado por alguns princípios e diretrizes dispostas na Resolução nº 36/2013, a saber:

I – A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde; II – A disseminação sistemática da cultura de segurança; III – A articulação e a integração dos processos de gestão de risco; IV – A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde (Brasil, 2013a).

No art. 7º da referida resolução, estão detalhadas as atribuições dos NSP, as quais incluem a elaboração do Plano de Segurança do Paciente e a implementação de protocolos, para nortear o desenvolvimento das ações desenvolvidas pelo núcleo:

I – promover ações para a gestão de risco no serviço de saúde; II – desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde; III – promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas; IV – elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde; V – acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde; VI – implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores; VII – estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde; VIII – desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde; IX – analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde; X – compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde; XI – notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde; XII- manter sob sua guarda e disponibilizar à autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de eventos adversos; XIII – acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias (Brasil, 2013a).

O caderno 6 da ANVISA, intitulado como “Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde”, dispõe que o NSP deve ser composto por uma equipe multiprofissional, constituída por, no mínimo, farmacêutico, médico e enfermeiro, e que tenham afinidade com as temáticas relativas à segurança do paciente, melhoria da qualidade e instrumentos de gerenciamento de riscos em instituições de saúde. Recomenda-se que o núcleo seja integrado por profissionais que tenham conhecimento significativo sobre os processos de trabalho do serviço e que tenham perfil para liderar (Brasil, 2016a).

Em razão de os NSP serem um dos espaços para implementação e apoio ao desenvolvimento de ações promotoras da segurança do paciente, dados do MS apontaram que, no período de 2014 a 2017, no Brasil, foi criado um quantitativo de 2.333 NSP e que esse crescimento se mostrou associado ao aumento de notificações de eventos adversos (Brasil, 2021b).

Pesquisa realizada no Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), em 4 de novembro de 2024, apresenta que, no Brasil, existem 563.220 NPS registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Destes, 13.274 são do estado do Espírito Santo, e 112 correspondem a estabelecimentos instalados no município de Mimoso do Sul, contexto em que este estudo se insere (Brasil, 2024b).

A respeito da implantação de NSP, Prates *et al.* (2019) afirmam que, nos serviços hospitalares, essa implementação e o desenvolvimento do trabalho para assegurar a segurança do paciente não se constituem enquanto tarefa simples, isso porque, em muitos cenários, falta conhecimento acerca de como desenvolver as ações, os recursos financeiros são limitados, a cultura de segurança do paciente ainda é frágil, e, comumente, os profissionais que cometam erros são culpabilizados, de forma que isso repercute no estabelecimento de uma cultura de segurança satisfatória.

Em que pesem as limitações acima elencadas, a implementação desses NSP é indispensável, e vai muito além da questão de cumprir com um requisito regulatório da ANVISA, uma vez que esses espaços são privilegiados para possibilitar maior visibilidade para essa grave questão de saúde pública e favorecer o processo de consolidação de uma cultura de segurança do paciente, que é uma das condições para o fortalecimento da PNSP (Prates *et al.*, 2019).

2.3 ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE SEGURANÇA NO HOSPITAL FILANTRÓPICO

As instituições hospitalares ocupam um papel primordial no âmbito da saúde pública, constituindo-se como os principais serviços responsáveis por dispor de uma assistência médica de forma integral, ofertando ações de cunho curativo e preventivo à população. Tais estabelecimentos podem ser públicos, com fins

lucrativos ou filantrópicos. Estes últimos, no contexto do SUS, não somente ofertam serviços privados, mas também de cunho social, com finalidade beneficente. Em muitos municípios, são as únicas unidades hospitalares existentes e representam cerca de um terço da amostra de hospitais brasileiros, destacando-se no âmbito das internações realizadas pelo SUS (Amorim; Souza, 2019).

Historicamente, a filantropia nasceu no bojo da Igreja Católica, já que, por algum tempo, esteve interligada a práticas de solidariedade, caridade e expressão de amor ao próximo, traduzindo valores que eram preconizados por essa instituição como condicionantes para evidenciar uma vida baseada nos princípios do cristianismo (Smiderle, 2012).

A partir desse movimento, as instituições filantrópicas foram ganhando força por constituírem-se como estratégia exitosa para potencializar a descentralização e a implementação de políticas públicas (Smiderle, 2012).

A necessidade de participação das entidades filantrópicas e sem fins lucrativos pelo SUS deu-se em razão de que, quando foi instituído esse sistema, o poder público não tinha condições de assegurar o efetivo atendimento à população, necessitando recorrer à contratação de serviços de saúde privados, com prioridade para as instituições filantrópicas e sem fins lucrativos (Oliveira; Sacomano Neto; Donadone, 2022).

Portela *et al.* (2000, p. 1), autores de referência acerca do assunto aqui tratado, afirmam que

[...] historicamente, o setor filantrópico tem sido subsidiado pelo Estado, o que sempre se justificou pela oferta de serviços de natureza social com propósitos benéficos aos seus usuários, seja através de associações típicas com o Estado, como é o caso do SUS, seja isoladamente.

A Lei Complementar nº 187, de 16 de dezembro de 2021, define como entidade beneficente “[...] a pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, que presta serviço nas áreas de assistência social, de saúde e de educação [...]”. Além disso, para serem certificadas como entidades prestadoras de serviços ao SUS, de forma anual, devem comprovar que prestaram, no mínimo, 60% de serviço aos usuários desse sistema, tendo como prioridade os atendimentos ambulatoriais e as internações efetuadas (Brasil, 2021a).

Ainda para ser intitulada como instituição filantrópica, a entidade precisa atender às exigências dispostas na Resolução do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) nº 32/99, que em seu art. 2º assim descreve:

[...] entidade beneficente de assistência social, para os fins desta Resolução , a pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, que atue no sentido de: I – proteger a família, à maternidade, à infância, a adolescência e a velhice; II – amparar crianças e adolescentes carentes; III – promover ações de prevenção, habilitação e reabilitação de pessoas portadoras de deficiências; IV – promover, gratuitamente, assistência educacional ou de saúde; V – promover a integração ao mercado de trabalho; VI – promover o atendimento e o assessoramento aos beneficiários da Lei Orgânica da Assistência Social e a defesa e garantia dos seus direitos (Brasil, 1999).

Há uma delimitação de dois grupos diferentes de hospitais filantrópicos: os gerais e os especializados. O primeiro é constituído por um grande quantitativo de hospitais, localizados em municípios da zona rural, os quais, geralmente, são os únicos hospitais de suas cidades. Estes ofertam serviços de baixa complexidade e contam com reduzido número de leitos, além de vivenciarem percalços no que se refere à limitação de recursos humanos e estruturais. Já os hospitais especializados, localizados, especialmente, em cidades maiores, com destaque para as capitais, dispõem de um número reduzidos de hospitais de alta complexidade, mas contam com um número expressivo de leitos, apresentam maior capacidade tecnológica, realizando procedimento de alta complexidade e se destacando até mesmo em nível internacional, em função de sua eficácia para tratar determinadas patologias (Amorim; Souza, 2019).

Outros autores, como Silva, Carvalho, Pereira (2023), trazem a distinção de instituições filantrópicas puras ou originalmente filantrópicas e instituições privadas. As primeiras foram instituídas com a missão de filantropia. As filantrópicas privadas constituem-se como instituições privadas que modificam sua natureza jurídica com finalidades específicas, como isenções fiscais e tributárias e a possibilidade de estabelecimento de convênios por exemplo. Os estabelecimentos filantrópicos podem ser “puros” e “privados”: Os primeiros, conforme seu tamanho, apresentam uma inserção regional delimitada, ofertando serviços ao SUS. Já as instituições “privadas” possuem uma dinâmica de funcionamento similar à de instituições com fins lucrativos, mas se beneficiam de isenções legais. Estas, por sua vez, adotam práticas que comprometem o princípio da universalidade do SUS, proporcionando

acesso diferenciado aos usuários de municípios conveniados, não atuando como porta aberta para toda a população e, por vezes, gerenciam serviços suplementares.

Cabe realçar que, conforme destacado por Cunha e Corrêa (2013), desde 2009, em função da instituição da Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, que, entre os seus objetivos, visou dispor acerca da certificação das entidades beneficentes de assistência social, a nomenclatura “hospital filantrópico” foi substituída pelo termo “hospitais beneficentes”.

Dados do MS divulgados em agosto de 2024 ratificam a importância dessas instituições no contexto da saúde pública brasileira quando apresentam que 1.016 cidades do Brasil são assistidas somente por hospitais filantrópicos e que existem, em todo território brasileiro, mais de 3,3 mil estabelecimentos de saúde sem fins lucrativos, sendo que 1,6 mil destes são prestadores de serviço do SUS, configurando 34% do quantitativo total (Brasil, 2024d).

Ainda segundo a Confederação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos (CMB), os hospitais filantrópicos são importantes aliados do SUS por atenderem mais da metade das demandas por assistência de alta complexidade. Em 2022, foram essas instituições responsáveis por 67% dos atendimentos totais do SUS de procedimentos oncológicos. Também nesse mesmo ano, 63% das instituições que ofertaram assistência de cardiologia de alta complexidade foram filantrópicas, com destaque para o percentual de 70% de transplantes de coração, realizados por instituições dessa natureza. Além disso, 68% dos leitos de UTI pediátrica na modalidade tipo II do SUS estão instalados em hospitais filantrópicos (CMB, 2022).

Essas entidades exercem uma função de grande relevância no sentido de promover o acesso da população aos serviços de saúde e ofertar atendimentos especializados no contexto do SUS, tanto que o MS anunciou, em agosto de 2024, a destinação de R\$ 1 bilhão visando ampliar a coparticipação federal no âmbito do custeio dos serviços especializados. Ademais, as instituições sem fins lucrativos atuam enfrentando as desigualdades sociais, promovendo políticas de direitos humanos, enfrentando a fome e a desnutrição, bem como valorizando os trabalhadores da saúde (Brasil, 2024).

O estudo de Panitz, Prata e Rodrigues (2024) apresenta que, no âmbito das instituições privadas que ofertam serviços para o SUS, verifica-se uma destacável participação de instituições sem fins lucrativos, o que corresponde a 36% dos hospitais e a 40% dos leitos disponíveis ao SUS, razão pela qual o quantitativo de

internações no SUS é mais significativo em hospitais filantrópicos. Ademais, a taxa de ocupação hospitalar também é maior nessas instituições de saúde.

Nas instituições hospitalares sem fins lucrativos, verifica-se uma maior taxa de mortalidade hospitalar, que pode não estar relacionada com as questões inerentes à qualidade do atendimento, já que esta taxa pode estar ligada a diversos elementos, dos quais podemos citar: a eficácia das tecnologias médicas utilizadas, a gravidade do estado de saúde dos pacientes atendidos, os erros aleatórios e, ainda, a adequação do processo de assistência ao paciente (Panitz; Prata; Rodrigues, 2024).

Resultado da pesquisa de Silva, Carvalho e Pereira (2023), desenvolvida por meio da análise de dados do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), aponta que, no período de 2012 a 2020, o número de entidades sem fins lucrativos no Brasil aumentou em 30%. Entretanto, nos resultados deste estudo, chamam atenção o fato de que esse aumento não teria possibilitado melhorias na qualidade da assistência à saúde.

Após as considerações introdutórias sobre os hospitais filantrópicos, importa enfocar, a partir de agora, sobre o panorama da segurança do paciente nessas instituições. A esse respeito, cabe realçar que o tipo de gestão é um fator que repercute diretamente nas práticas de segurança do paciente, e que as percepções acerca dessa questão se diferem a depender da unidade do serviço hospitalar (Andrade *et al.*, 2018).

Assim, Andrade *et al.* (2018) apresentaram que hospitais privados possuem práticas de segurança do paciente mais consolidadas, podendo tal panorama ter relação com a presença de uma estrutura mais propícia para a garantia da segurança do paciente.

Contrapondo-se à pesquisa citada, destaca-se o estudo de Lemos *et al.* (2022), que constatou que os profissionais envolvidos na assistência, em hospitais filantrópicos, evidenciam uma melhor cultura e segurança do paciente quando comparados aos profissionais de hospitais conveniados ao SUS. Para os autores, esse fato pode estar atrelado às condições físicas não apropriadas, que, comumente, são percebidas em hospitais públicos. Outro achado da pesquisa citada diz respeito ao fato de que, nos hospitais filantrópicos, há maior apoio da gestão para o desenvolvimento de práticas de segurança do paciente e que nestas são realizadas mais notificações de eventos adversos.

Destacam-se ainda os resultados da pesquisa de Serrano *et al.* (2019), que teve como cenário um hospital filantrópico e identificou, como fragilidade para implementação de práticas de segurança do paciente, a existência de limitação no quadro de profissionais, alertando para o fato de que a sobrecarga de trabalho entre os profissionais pode aumentar a probabilidade de ocorrência de eventos adversos. Ademais, na instituição pesquisada, foi verificada uma cultura de segurança do paciente punitiva, que traz prejuízos para a adesão às notificações.

Já a pesquisa de Sanchis *et al.* (2020), desenvolvida a partir de dados oriundos de três instituições hospitalares de alta complexidade (duas filantrópicas e conveniadas ao SUS e uma que atendia pacientes conveniados e particulares), identificou que não houve diferença quanto ao nível de cultura de segurança do paciente entre os diferentes tipos de gestão, no qual tal cultura se mostrou fragilizada, mesmo tendo sido avaliada pelos participantes da pesquisa como excelente ou muito boa.

Cavalcante *et al.* (2019) também se dedicaram a pesquisar sobre a segurança do paciente em instituições hospitalares, tendo como amostra 12 hospitais, os quais eram públicos, privados e filantrópicos, em que constataram que a implantação dos seis protocolos de segurança do paciente não era uma realidade de todas as instituições filantrópicas. Identificaram ainda que, nos hospitais públicos e privados, os NSP eram mais ativos, por meio de atividades de capacitação, mecanismos de identificação, avaliação e correção de problemas nos procedimentos realizados, e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos. Além disso, nestes, foi evidenciada uma participação mais ativa dos profissionais de enfermagem no que diz respeito à vigilância e gestão de riscos.

Os autores acima mencionados chamam a atenção para o fato de que, nas instituições filantrópicas, existem fatores estruturais que enfraquecem a segurança do paciente, tais como: ausência de equipamentos, insumos e de materiais; limitação de recursos humanos, presença de profissionais sem subsídios para desenvolver práticas com vistas à segurança do paciente, a sobrecarga dos profissionais (Cavalcante *et al.*, 2019).

Desse modo, diversos são os percalços enfrentados por instituições hospitalares filantrópicas. Nesse contexto, por meio dos resultados da pesquisa aqui apresentada, será possível evidenciar outras dificuldades que não foram acima discutidas e, assim, contribuir para melhorias no processo de trabalho, a fim de

potencializar a adoção de mecanismos que garantam a segurança do paciente nessas instituições.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as ações de segurança do paciente implantadas no hospital filantrópico do sul do estado do Espírito Santo ante a PNSP.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil sociodemográfico dos profissionais que atuam no NSP do hospital estudado.
- Identificar as práticas de segurança do paciente desenvolvidas pelo NSP do hospital estudado em consonância com a PNSP.
- Verificar os facilitadores e dificultadores para implementação das práticas de segurança do paciente pelo NSP.

4 MÉTODO

4.1 TIPO DO ESTUDO

Esta pesquisa se caracteriza pela natureza descritiva, exploratória e de abordagem qualitativa. Um estudo descritivo visa observar, registrar, analisar, classificar e interpretar fatos ou fenômenos, com o objetivo primordial de descrever as características de uma determinada população ou fenômeno. A finalidade principal do estudo exploratório é tanto aprimorar ideias quanto descobrir intuições (Gil, 2017). A pesquisa qualitativa, por sua vez, responde a questões altamente específicas. Ela se dedica a explorar um nível de realidade que não é facilmente quantificável, como a significância das relações humanas, abrangendo o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes (Minayo, 2010).

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida em um hospital filantrópico, localizado no sul do estado do Espírito Santo, fundado há 78 anos, que realiza cerca de 100 mil atendimentos no ano, e que manteve, de janeiro a abril de 2024, 95,18% do seu atendimento dedicado ao SUS, 4,82% particular e convênio. No total, o hospital dispõe de 41 leitos para os serviços de Pronto-Socorro (Urgência e Emergência), Clínica Cirúrgica, Clínica Pediátrica, Clínica Médica e Saúde Mental (10 leitos). Destaca-se que a anuência para realização do estudo foi concedida pelo Diretor Presidente do hospital conforme consta no Anexo A.

Em 2015, o referido hospital demonstrou seu compromisso com a garantia da segurança do paciente quando instituiu seu NSP. De acordo com o que consta no Regimento Interno do núcleo, este é constituído por uma equipe multiprofissional.

Ressalta-se que, visando orientar o processo de trabalho a fim de promover a segurança do paciente, o NSP do referido hospital institucionalizou seis Procedimentos Operacionais Padrão (POP) com base nos seis protocolos nacionais (cirurgia segura; identificação do paciente; prevenção de úlcera por pressão; higiene das mãos em serviços de saúde; prevenção de quedas; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos).

4.3 AMOSTRA

Todos os profissionais do NSP do hospital estudado concordaram em participar do estudo. Assim, a população amostral da investigação foi composta por oito profissionais que integram o referido NSP, dos quais cinco eram enfermeiros, dois eram farmacêuticos e um era médico, conforme perfil detalhado na Tabela 1.

4.3.1 Critérios de Inclusão

Na amostra todos, foram incluídos os membros que faziam parte da Comissão do NSP do hospital, há, pelo menos, três meses, com a intenção de ter como participantes da pesquisa profissionais que tenham passado por algum treinamento do núcleo e tenham sido apresentados aos processos de implementação ou atualização dos protocolos existentes.

4.3.2 Critério de Exclusão

Foram excluídos da pesquisa os membros do NSP que estivessem de férias e/ou de licença médica.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas, orientadas por um roteiro semiestruturado (Apêndice A), que visou conhecer o perfil dos profissionais que atuam no núcleo e analisar ações de segurança do paciente implantadas no hospital filantrópico do sul do estado perante a PNSP. Contudo, antes das entrevistas, os indivíduos foram convidados a participar do estudo, livre de coação e conflitos de interesse, após anuência por escrito via assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme Apêndice B.

O roteiro foi constituído por perguntas abertas e fechadas, e foi estruturado em duas partes: a primeira está relacionada com a caracterização do participante, com informação referente a nome, sexo, idade, profissão, tempo de atuação no hospital, tempo de profissão, tempo que é membro do núcleo do paciente, jornada semanal de trabalho na instituição, se atua em outra instituição, se é membro do

NSP em outra instituição de saúde, se participa da elaboração e implementação de protocolos realizado pelo núcleo, e participou de cursos relativos à segurança do paciente; já a segunda parte é composta por questões abertas e norteadoras que possibilitem o alcance dos objetivos propostos.

As entrevistas foram realizadas pela autora do projeto, que entrou em contato com o diretor de ensino e, posteriormente, com a coordenadora do NSP da instituição com o objetivo de agendar as entrevistas, que foram realizadas na sala administrativa desse hospital durante o horário de trabalho dos profissionais. Estas foram gravadas e, em seguida, transcritas na íntegra, visando à análise dos dados que foram coletados.

4.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram analisados mediante a técnica de Análise de Conteúdo, seguindo uma organização dos dados por fases, procurando, a partir daí, conhecer aquilo que está por trás das palavras. Existem três etapas que Bardin (2010), apresenta para melhor direcionar a análise de acordo com o esquema abaixo e que foi utilizado neste estudo (Figura 1).

Figura 1 – Processo de organização de dados



Fonte: elaborada pela autora (2025) com base em Bardin (2010).

Assim, após a realização das entrevistas, estas foram transcritas e, seguidamente, analisadas, visando identificar os contextos dos discursos. Posterior a essa etapa, foi realizada a análise do material coletado, estabelecendo categorias, codificando e estabelecendo as Unidades de Registros (UR) conforme segue. Por último, os resultados das entrevistas foram descritos e analisados de forma a estabelecer significados (Bardin, 2010).

Quadro 4 – *Corpus* das categorias empíricas do estudo. Vitória – ES, Brasil, 2025

Categoria 1 – Práticas desenvolvidas pelo Núcleo de Segurança do Paciente	Categoria 2 – Facilitadores e dificultadores para implementação das práticas de segurança do paciente
<i>“São medidas que são inovadoras, que é implementada dentro da instituição que previne totalmente, de preferência 100% da segurança desse paciente, em todos os benefícios, em medicamentos, em queda, em todos os benefícios, tanto da entrada do paciente até a saída do paciente” (P2).</i>	<i>“A facilidade é que é por ter no grupo um de cada setor, de cada profissional, é mais fácil a gente espalhar a ideia, entendeu? Passar o conhecimento para o outro, do que aconteceu, das ações que vão ser tomadas para resolver aquela situação que levou a falta de segurança” (P2).</i>
<i>“Então, no meu entendimento, são estratégias para melhoria e qualidade nos serviços de saúde, onde a gente deve implementar a segurança do paciente, integrando ações, promovendo segurança, no cuidado, em todos os níveis de atenção, dentro do hospital, envolvendo todos os setores” (P1).</i>	<i>“A facilidade que os profissionais são bem flexíveis e aceitam bastante o que a gente tenta implementar. Não tem assim, muita dificuldade na parte de funcionários aqui, porque a gente só consegue implementar se os funcionários conseguirem atender. A gestão do hospital também ajuda bastante” (P3).</i>

Categoria 1 – Práticas desenvolvidas pelo Núcleo de Segurança do Paciente	Categoria 2 – Facilitadores e dificultadores para implementação das práticas de segurança do paciente
<i>“Eu acho bom ter os protocolos e que ele tenha que seguir direitinho. Eu acho bom, acho válido. Antes a gente não tinha muita essa organização. Hoje em dia a gente já tem mais sim. Porque antes não tinha ninguém fiscalizando isso, orientando e muita gente sabia que não tinha noção de nada disso. Então, assim, eu acho muito válido” (P7).</i>	<i>“Não tem a farmácia 24 horas. Então, é tudo via sistema. Tudo eu dou entrada, tudo eu dou saída. Mas mesmo assim, a gente não tá aqui o tempo todo. Porque o correto é a gente dispensar. A gente tá ali o tempo todo. Então, fica a medicação lá. A própria enfermagem, os técnicos abrem a gaveta, pegam. Às vezes eles mesmo guardam em um lugar errado, aí na hora de pegar, pega errado” (P7).</i>
<i>“É um treinamento que é contínuo. A gente vive em cima disso porque, igual te falei, se falhar um pouquinho as pessoas já se acomodam e não fazem mais. Então, assim, é um trabalho que é contínuo, tem que ficar ali sempre reciclando” (P7).</i>	<i>“Os protocolos são cobrados, mas às vezes fica a desejar sim, principalmente, a identificação do paciente. Às vezes você olha no setor e não tem, mas cobrado é. A higienização das mãos, a RT vive dando treinamento, dá pra toda a equipe do hospital. Ela já até planejou de vir aqui na farmácia também, vai fazer um treinamento com as meninas. Então assim, eu vejo que ela atua, ela tá ali em cima, mas... Tem que ficar. Se a gente não ficar em cima, o negócio não funciona. E falha igual eu te falei, falha humana, igual à questão do medicamento. A gente bate muito nessa tecla de falar pro paciente o que tá sendo feito, qual a medicação que tá sendo feita e às vezes tem essa falha aí. Tem os treinamentos, e mesmo assim às vezes tem uns que ainda não faz o que a gente treina, né? Então, isso aí tem que estar sempre em cima, porque o paciente tem que saber qual medicação tá fazendo” (P7).</i>
<i>“Ali nós discutimos todas as situações de ocorrências, de incidentes ou de eventos adversos e a gente registra isso em ata. E em cima disso, a gente promove as nossas ações ou intervenções em cima daquele possível erro que não deveria às vezes ocorrer” (P1).</i>	<i>“Como a gente tem muitos funcionários, hoje a gente deve ter um mínimo de 100 funcionários e a gente encontra todos os tipos de profissionais. E essa diferença às vezes de idade, às vezes de jeito de trabalhar diferentemente, às vezes a gente encontra algumas certas dificuldades, entendeu? As vezes têm dificuldades do profissional que ele não mexe tanto na tecnologia, aí ela não tem tanto conhecimento do núcleo, e demora um pouco ter esse entendimento de toda a equipe para ela andar junto, no mesmo objetivo, entendeu? [...] Devido a equipe ser grande, às vezes agarra um pouco, entendeu?” (P2).</i>

Fonte: elaborada pela autora (2025).

No processo de decodificação, uma das etapas sugeridas por Bardin é a enumeração, que envolve a seleção de regras de contagem que ajudam a definir melhor as UR e Unidades de Contexto (UC), de acordo com o objeto de pesquisa. Essa contagem é realizada com base em critérios predefinidos pelas pesquisadoras. Neste estudo, foi empregada a regra de Frequência Simples (FS), que se refere à frequência com que palavras ou temas aparecem. Quanto mais essas ocorrências se repetem, maior é a significância da expressão ou do sentido, conferindo maior relevância à UR (Bardin, 2010).

Quadro 5 – Unidades de Registro e Unidades de Contexto. Vitória – ES, Brasil, 2025

Categorias	Unidades de Registros	Unidades de Contexto
Práticas desenvolvidas pelo Núcleo de Segurança do Paciente	Política nova: 5 Melhorias na qualidade: 4 Segurança do paciente e do profissional: 3 Importância do Núcleo: 4 Visão abrangente: 2 Protocolos: 6 Notificação: 3 Reuniões: 5 Treinamentos: 4 Atuação Multidisciplinar: 2 Organização Nacional de Acreditação: 3	Os entrevistados reconheceram que as medidas de segurança do paciente são recentes, que impulsionam melhorias na qualidade do serviço, dispondo de segurança tanto para o paciente, quanto para os profissionais. Realçaram o papel de destaque do NSP, que integra uma visão abrangente, entendendo que a promoção dessa segurança engloba também a estrutura física. Essa instância atua de forma multidisciplinar, por meio de reuniões, implantação de protocolos, treinamentos e organização das notificações. Além do mais, acreditam que, em função da busca pela certificação da Organização Nacional de Acreditação, melhorias serão impulsionadas.
Facilitadores para implementação das práticas de segurança do paciente	Acesso as referências: 1 Atuação multidisciplinar: 2 Profissionais aderentes: 3 Participação da gestão: 3 Garantia de materiais: 1 Profissionais diaristas: 1	Na concepção dos participantes, o acesso a referências para subsidiar a implantação do NSP e a integração de diferentes categorias profissionais são fatores que contribuem para a implementação das práticas de segurança do paciente. Além disso, a adesão favorável dos profissionais às atividades, o envolvimento da gestão nos processos, a garantia de insumos e a presença de profissionais diaristas são aspectos que fortalecem o trabalho.
Dificultadores para implementação das práticas de segurança do paciente	Perfil profissional: 4 Perfil da instituição: 1 Funcionamento da farmácia: 3 Ausência de sistema: 2 Infraestrutura: 3 Notificação: 2	Os entrevistados pontuaram que o perfil do profissional e da instituição é empecilho para o desenvolvimento do trabalho. Além disso, a ausência da farmácia 24 horas, de um sistema informatizado, de adequada infraestrutura e a não realização da notificação por todos os profissionais são pontos frágeis no contexto da implementação das atividades visando à segurança do

		paciente.
Sugestões para o fortalecimento da PNSP	Equipe efetiva: 1 Efetividade dos protocolos: 3 Atualização dos protocolos: 2 Reuniões: 2 Educação permanente: 4 Recursos financeiros: 2 Estrutura física: 4 Farmácia 24 horas: 3 Cobranças mais efetivas: 1 Sistemas de informação: 3	Os participantes sugeriram que seja designada uma equipe efetiva para o NSP, que os protocolos possam ser efetivos e atualizados, que sejam realizadas mais reuniões, que haja maior investimento na educação permanente e de recursos financeiros. Além do mais, tornam-se importantes mudanças na estrutura física, a urgência de funcionamento da farmácia básica 24 horas, de processos de cobranças mais efetivas e de implantação de sistema de informação para notificação.

Fonte: elaborado pela autora (2025).

A fase final, conforme o método do estudo, envolveu o tratamento dos resultados já categorizados e organizados nas UR e UC, visando à elaboração das evidências e à construção do quadro correspondente a cada categoria temática.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), ficando registrada sob o Parecer nº 6.975.238 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética – CAAE nº 81407024.3.0000.5065 (Anexo B). Portanto, respeitou as Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2013b, 2016b), que tratam de pesquisas com seres humanos.

Além disso, foi solicitada a autorização para a participação dos colaboradores na pesquisa, por escrito, mediante do TCLE, disponível no Apêndice B, disposto em duas vias, sendo uma para o colaborador e outra para o pesquisador. Foi realizada a leitura do termo ao participante, exemplificando os objetivos da pesquisa, métodos, entrevista e observação acerca do estudo do qual farão parte, em que estes poderão ou não participar da pesquisa de acordo com seu consentimento.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Verificou-se que os participantes eram, predominantemente, do sexo feminino (7 – 87,5%) e com idade acima de 30 anos. Quanto à profissão dos participantes, parte expressiva era formada em enfermagem (5 – 62,5%), com mais de 10 anos de experiência na profissão (5 – 62,5%). Já no que se refere ao tempo de atuação no núcleo, parte majoritária dos entrevistados apontou ter experiência inferior a 12 meses (5 – 62,5%), tal como segue detalhado na Tabela 1.

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos profissionais que compõem o Núcleo de Segurança do Paciente do hospital estudado

Variáveis sociodemográficas	Nº	%
Sexo biológico		
Feminino	7	87,5%
Masculino	1	12,5%
Faixa etária (em anos)		
25 a 29	1	12,5%
30 a 39	3	37,5%
40 a 49	3	37,5%
Acima de 50	1	12,5%
Profissão		
Enfermeira	5	62,5%
Farmacêutica	2	25,0%
Médica	1	12,5%
Tempo de atuação (em anos)		
3 a 5 anos	3	37,5%
10 anos ou mais	5	62,5%
Tempo de atuação no Hospital		
6 a 12 meses	1	12,5%
1 a 2 anos	1	12,5%
3 a 4 anos	3	37,5%
7 a 8 anos	2	25,0%
10 anos ou mais	1	12,5%
Tempo de atuação no NSP		
3 a 12 meses	5	62,5%
1 a 2 anos	2	25,0%
3 a 4 anos	1	12,5%
Total: 8		

Fonte: elaborada pela autora (2024).

Desse modo, a Tabela 1 acima apresenta que a maioria dos profissionais atua no NSP há um período relativamente recente, concentrando-se entre 3 e 12

meses (62,5%), sugerindo que o perfil dos profissionais que integram o NSP é composto predominantemente por profissionais em fase inicial de experiência, mas com experiência significativa em sua área de atuação.

5.2 PRÁTICAS DESENVOLVIDAS PELO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

5.2.1 Percepção dos profissionais sobre promoção e objetivo das práticas de segurança do paciente

A PNSP foi instituída em 2013, pelo MS, por meio da Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, a qual colocou a necessidade de implantação dos NSP nos estabelecimentos de saúde (Brasil, 2013c). Sobre essa legislação, na visão dos participantes, trata-se de uma política nova, que deve orientar as práticas de saúde, visando à promoção da segurança do paciente, no ambiente hospitalar, conforme demonstrado na fala abaixo:

“E temos uma política que é nova, uma política recente, apesar de a gente ter muitos anos de hospital, a política veio recentemente e eu acho que veio para agregar mesmo, que é fundamental que existe uma política que direcione os profissionais para a conduta de segurança do paciente no hospital” (P5).

“Segurança do paciente, na época que eu entrei aqui no hospital, Era assim, quase não se ouvia falar, na verdade não é uma coisa muito antiga, é uma coisa assim que eles têm trabalhado e especificado com o passar do tempo” (P8).

Na percepção dos profissionais entrevistados, o NSP favorece o desenvolvimento de práticas que são inovadoras no quesito promoção da segurança do paciente, promovendo melhorias na qualidade dos serviços de saúde ofertado:

“São medidas que são inovadoras, que é implementada dentro da instituição que previne totalmente, de preferência 100% da segurança desse paciente, em todos os benefícios, em medicamentos, em queda, em todos os benefícios, tanto da entrada do paciente até a saída do paciente” (P2).

“Então, no meu entendimento, são estratégias para melhoria e qualidade nos serviços de saúde, onde a gente deve implementar a segurança do paciente, integrando ações, promovendo segurança, no cuidado, em todos os níveis de atenção, dentro do hospital, envolvendo todos os setores” (P1).

Desse modo, os profissionais entrevistados revelaram que, por meio da implantação da PNS, a temática sobre segurança do paciente passou a ser objeto de maior atenção. Por isso, esta representa uma inovação no contexto estudado, impulsionando o desenvolvimento de estratégias com enfoque na prevenção e na redução de riscos, contribuindo para a qualificação da assistência prestada em todos os eixos do cuidado (Andrade *et al.*, 2025; Carneiro *et al.*, 2025; Santos *et al.*, 2024).

A investigação de Sátiro *et al.* (2024) corrobora com os resultados desta pesquisa, em que os participantes do estudo demonstraram compreender a relevância da promoção da segurança do paciente como indispensável nos serviços de saúde, indo além das atividades assistenciais, com ênfase no itinerário do paciente, que se inicia na admissão e termina na alta hospitalar.

Para os entrevistados, as práticas fomentadas pelo NSP não apenas contribuem para a segurança do paciente, mas também do profissional envolvido na oferta da assistência à saúde, como se pode observar na fala a seguir:

“Então, a gente sabe que nós, profissionais de saúde, a gente tem que visar sempre pela segurança dos pacientes, os pacientes que chegam pra gente buscar o nosso atendimento. [...] Eu sempre falo, nós somos responsáveis pela nossa segurança, mas também pela segurança das pessoas que estão ao nosso redor” (P4).

A percepção das ações propostas pela PNS, como propulsoras da segurança não apenas do paciente, mas também como do profissional, igualmente foi observada no estudo de Silva *et al.* (2022), que constatou que, na visão dos profissionais participantes de sua pesquisa, a segurança do profissional e a segurança dos pacientes estão interligadas, existindo uma relação de complementaridade.

Destaca-se que, embora os participantes tivessem pouca experiência de atuação no NSP (Tabela 1), uma amostra expressiva revelou haver conhecimento sobre os objetivos e a relevância de desenvolvimento de práticas capazes de

promover a segurança dos pacientes, evidenciando uma visão harmônica com as diretrizes que estão colocadas na PNS:

“Então, o que eu conheço é sobre contribuir para a qualidade do cuidado da saúde do paciente, a segurança dos pacientes. Essas coisas de planejar, orientar, coordenar. Tudo voltado pra supervisionar e avaliar o processo do paciente. Para elaborar protocolos e apoiar a implementação também de protocolos. Tudo voltado, assim, sempre pra melhora do paciente, né?” (P7).

Esse achado corrobora a literatura científica que destaca que os profissionais de saúde desempenham um papel estratégico para promover a qualidade e a segurança dos pacientes, ao desenvolver um trabalho orientado por protocolos, que são implementados, monitorados e avaliados pelo NSP; assim se encontra previsto na Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, que instituiu a PNSP (Brasil, 2013c).

A entrevistada P8 chama atenção que, para a promoção dessa segurança, é preciso avaliar a segurança que o ambiente físico proporciona, tendo em vista que garantir a infraestrutura e um ambiente seguro é crucial para prevenir eventos adversos. Assim, é preciso uma visão abrangente da segurança, que transcende a prática assistencial propriamente dita, considerando que a segurança do paciente é multifatorial, conforme pontuado por Silva *et al.* (2022) e evidenciado na fala a seguir:

*“Porque... quando você fala em segurança, você tem que olhar tudo. Você tem que olhar se tem uma grade banheira, se esse piso não vai causar uma queda no paciente. **Então, assim, é tudo.** Então, a estrutura física também é importantíssima” (P8, grifo nosso).*

Desse modo, fica reforçado que a promoção da segurança do paciente vai além das práticas assistenciais, englobando a necessidade de um olhar atento para a estrutura física em que essas práticas são desenvolvidas, que, conforme também foi constatado no estudo de Siman *et al.* (2019), corresponde a um dos desafios que comprometem a segurança do paciente.

Destaca-se que os entrevistados demonstraram que as estratégias visando à garantia da segurança do paciente são orientadas por protocolos e guiadas pela preocupação com todo o processo de cuidado ao paciente, que vai desde a

admissão até a permanência e a alta. Para tanto, é preciso a identificação correta do paciente, que é uma das previsões que estão elencadas na PNSP. Faz-se necessário, ainda, o desenvolvimento de procedimentos seguros, conforme explicou a entrevistada P6:

“Mas, são de grande importância para a gente garantir a entrada e saída segura do paciente no hospital. Garantir que ele vai ter, desde a sua entrada, a identificação correta, os cuidados corretos. O seu dispor dentro do hospital e dispor seguro, né? Ele vai estar no leito seguro, com técnicas seguras sendo realizadas para ele e que ele vai sair com a garantia de que todo o processo dele dentro do hospital foi de forma correta” (P6).

Sendo assim, os resultados dos dados coletados sugerem que, entre os profissionais que atuam no NSP do hospital pesquisado, há uma percepção apropriada das prerrogativas dispostas na PNS, que tem como objetivo o desenvolvimento de práticas sistemáticas, contínuas e integradas, como também foi identificado nas pesquisas de Silva *et al.* (2022) e Sátiro *et al.* (2024).

Além de beneficiar os pacientes, a segurança também é percebida como estendida aos profissionais de saúde, reafirmando a interligação entre a proteção do paciente e a do trabalhador, como realçado nos estudos de Cavalcante *et al.* (2019) e de Silva *et al.* (2022). Apesar do tempo reduzido de atuação na área, os profissionais demonstraram conhecimento dos objetivos e diretrizes da PNSP, reforçando a importância da adoção de protocolos, supervisão de processos e garantia de práticas seguras.

Por fim, ressalta-se que a segurança do paciente ultrapassa o cuidado direto, incluindo a infraestrutura física do hospital como fator determinante na prevenção de eventos adversos. Assim, o compromisso com a segurança envolve um olhar ampliado para todos os aspectos do ambiente assistencial, exigindo práticas sistemáticas, contínuas e integradas, em consonância com as diretrizes da PNSP.

5.2.2 Percepção sobre os protocolos implementados e ações desenvolvidas

Para os entrevistados, com a adesão à PNSP, por meio do NSP, tal como previsto no art. 5º da PNSP, os seis protocolos instituídos pelo MS (identificação

correta do paciente, higiene das mãos, cirurgia segura, prevenção de úlceras por pressão, prevenção de quedas, segurança na prescrição e uso e administração de medicamentos) passaram a fazer parte do processo de trabalho dos profissionais do hospital estudado; e novos protocolos estão previstos para serem lançados, trazendo melhorias para a promoção da segurança não apenas do paciente, mas também dos profissionais envolvidos no cuidado, conforme pontuou a entrevistada P6: *“Eles estão se preparando para implementação de protocolos que vão surgir nos próximos meses”*.

“Eu acho que foi de suma importância, né? Esses protocolos. A gente vê que antigamente não tinha essa implantação, essa política, né? Que ela veio pra melhorar, pra dar segurança ao paciente, até o profissional, né? Na verdade, envolve os dois lados. Às vezes a gente pensa que a gente tá protegendo só o paciente, não. A gente tá protegendo a nós mesmos. Estamos aqui na assistência, né? Então, isso é de extrema importância e que a gente precisa se conscientizar, sensibilizar e colocar em prática, né? E nós já temos aqui implantado no nosso hospital, temos os seis protocolos, que é o de higiene das mãos, cirurgia segura, o de administração de medicamento, de lesão por pressão, de quedas, e de identificação” (P1).

É necessário lembrar que, de acordo com os achados da investigação de Portugal *et al.* (2024), que contou com a participação de profissionais atuantes em NSP de 13 hospitais públicos do estado do Espírito Santo, contexto da pesquisa aqui apresentada, a implantação efetiva dos seis protocolos básicos ainda não é uma realidade em todos os hospitais, havendo lacunas entre as normativas e a prática cotidiana dos serviços de saúde.

Além do mais, contrapondo-se ao identificado neste estudo, não são todos os hospitais que têm implementado os seis protocolos, e a pesquisa de Cavalcante *et al.* (2019) agrupa alguns dos fatores que contribuem para esse cenário: a escassez de recursos materiais e humanos; a centralização das responsabilidades em poucos profissionais, enfraquecendo a atuação multiprofissional; a infraestrutura inadequada; o reduzido investimento na informatização dos processos, que, por sua vez, repercute na padronização dos procedimentos e na rastreabilidade das práticas seguras; a sobrecarga de trabalho, o estresse ocupacional; e as condições laborais adversas. Esses são alguns dos dificultadores para a implantação da PSN.

Cabe enfatizar que, conforme discorrido no material intitulado como “Implantação do NSP em Serviços de Saúde” da ANVISA, esses protocolos traduzem as metas internacionais de segurança do paciente e estão fundamentados em evidências científicas. Tais instrumentos são fundamentais para qualificar o cuidado, promover práticas seguras e prevenir riscos, por meio da utilização de fluxos, procedimentos e indicadores específicos (Brasil, 2016a).

Ainda segundo a interpretação dos profissionais, os protocolos contribuem para que as orientações sejam padronizadas, sistematizadas, explícitas e acessíveis, contribuindo para o desenvolvimento de práticas assistenciais de qualidade e menos suscetíveis a erros:

“Então, eu tenho a visão de que os protocolos já vêm orientando tudo, já tá mastigando pra gente. A gente precisa realmente colocar ele em prática. Mas pra mim, assim, minha visão é de grande valia para inclusive respaldo até para próprio hospital, a própria equipe de trabalho, quando você executa o que vem padronizado já pra você” (P1).

Em função disseminação dos protocolos, houve melhorias no hospital, por meio da redução nas estatísticas no que se refere à ocorrência de eventos adversos. Por intermédio destes, o hospital encontra-se em um nível mais elevado em termos de cultura de segurança do paciente, e os profissionais possuem mais subsídios para dispor de práticas mais seguras, como se pode observar nos relatos abaixo:

“Eu penso que é cada vez mais, eu acho que a gente tem que se aprofundar no assunto, a gente tem que conhecer o assunto, é importante a gente ver no dia a dia o quanto o hospital se desenvolveu e é graças a isso, é o protocolo, é a política de ensinamento aí que vai passando conhecimento pra gente colocar em prática e isso a gente vê nas estatísticas mesmo de melhoria aqui pro hospital. Então, é outro patamar agora aqui no hospital, entendeu? É outra realidade que a gente tem ali pra segurança, entendeu? Porque hoje a gente tem um conhecimento, um conhecimento maior do que antes a gente não tinha” (P2).

“Esses protocolos são essenciais. Quando a gente não tem um protocolo, quando a gente não tem uma formalidade que direciona como a gente tem que fazer, as coisas ficam soltas. E o que eu entendo é diferente do que você entende, você vai encontrar só o bom senso e a prática, esses protocolos eles

criam uma regra, cada um pode aplicar do seu jeito, mas tem que ser naquela linha de pensamento, eu acho que é mais funciona, o protocolo ele padroniza as ações, então setores diferentes conseguem comunicar na mesma ação, porque se eu sei o protocolo eu sou da parte médica e a enfermagem, assinada da parte da enfermagem, consegue agir junto, a gente tem a mesma visão, o objetivo é o mesmo, a gente tem que seguir as mesmas regras para chegar lá, então a gente conversa sobre isso, minha opinião com a sua opinião. Foi essencial que não existia a cultura da equipe múlti. Ninguém trabalha sozinho, assim, não existe um núcleo só com médico, nem só com enfermeiro, nem só com técnico” (P6).

Assim, como se pode extrair do depoimento do profissional P6 e P1, além de normatizar as práticas, reduzindo erros assistenciais, os protocolos contribuíram para fortalecer a integração multiprofissional e potencializar uma comunicação mais efetiva entre os profissionais: *“O paciente tá aqui, não porque ele queria estar, ninguém quer estar, mas ter mais uma comunicação efetiva entre profissional e paciente. Então, esses protocolos vieram pra melhorar isso [...]” (P1).*

Dessa forma, assim como enfatizado por Santos et al. (2024), os seis protocolos básicos de segurança do paciente foram propostos pelo MS para subsidiar e nortear os serviços de saúde, visando contribuir para a padronização das práticas de cuidado e, assim, reduzir a possibilidade de ocorrência de eventos adversos. A implementação efetiva destes constituem-se como medida eficaz para reduzir incidentes e eventos adversos associados a falhas na segurança.

Os entrevistados reconheceram a implementação da PNSP, por meio dos protocolos, como indispensável para o cotidiano de trabalho, destacando que as diretrizes previstas nessa política precisam ser colocadas em prática em sua totalidade e que, para tanto, esforços conjuntos de todos os profissionais são necessários, para que os pacientes possam sentir segurança nos cuidados ofertados pelo Hospital, sobretudo, porque o município de Mimoso do Sul só dispõe de um único hospital, conforme destacado na resposta da entrevistada P4:

“Eu acho que são fundamentais. A Política de Segurança do Paciente tem que ser implementada, executada ao pé da letra, na íntegra, todos os profissionais, por todos os colaboradores. Porque se a gente não fizer isso, a gente não garante nenhum serviço seguro para o paciente. Então ela é de extrema importância. Você sabendo que você tá dentro de um hospital, que tem a preocupação com a sua segurança lá dentro, pra

você ser, você. Imagina, você chega no hospital, você vê tudo desorganizado, tudo bagunçado, ninguém tem preocupação com você, qual a garantia que você vai ter sentado ali, você vai tomar uma medicação correta, né? Porque a gente vê tanto erro aí pra fora mesmo. Então você tem que entrar no hospital, sentir essa segurança, ter essa segurança, ver que o hospital tá preocupado, que o hospital tá dando suporte pra que a equipe forneça um bom trabalho, né? A gente precisa disso. Ainda mais aqui, só tem um hospital, né? Você não tem outra opção” (P4).

Assim, os protocolos foram validados pelos profissionais como instrumentos que vieram para organizar a oferta da assistência e, que por isso, precisam ser cumpridos de forma correta, já que as ações são fiscalizadas, como se pode observar no relato dos profissionais P7 e P8: *“E de cada um ano, um ou dois anos, a vigilância sanitária estadual faz a fiscalização do núcleo. Esse ano, acho que eles já passaram” (P8).*

“Eu acho bom ter os protocolos e que ele tenha que seguir direitinho. Eu acho bom, acho válido. Antes a gente não tinha muita essa organização. Hoje em dia a gente já tem mais sim. Porque antes não tinha ninguém fiscalizando isso, orientando e muita gente sabia que não tinha noção de nada disso. Então, assim, eu acho muito válido” (P7).

A vigilância, o monitoramento das ações de segurança do paciente e a investigação da ocorrência de eventos adversos são de competência da ANVISA, por meio das vigilâncias sanitárias distrital, estadual e municipal, como previsto na Resolução – RDC nº 36/2013 (Brasil, 2013a).

É importante discorrer que é por meio dos seis protocolos instituídos pela ANVISA que são elaborados os POP que normatizam o processo de trabalho de cada serviço que integra o hospital, conforme pontuado pela entrevistada P4:

“A gente procura sempre seguir é o protocolo de segurança que a Anvisa determina para as equipes. A gente tem os POPs de todos os serviços, por exemplo, na CME, a gente tem os POPs de todos os serviços que a gente faz dentro da CME, desde a higienização dos equipamentos, das lavagens de material, dos testes” (P4).

Os protocolos (POP) elaborados pelo hospital estudado são resultado das metas e das diretrizes propostas pelo MS (principalmente por meio da ANVISA) e pela Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo, como evidenciado nas falas a seguir:

“Todo esse trabalho é baseado nos nossos instrumentos que é baseado nas referências da SESA e do Ministério da Saúde” (P1)

“A gente junta tudo, pra juntar em um próprio. Pega assim do Ministério da Saúdes quais são as metas e as diretrizes que eles têm, pega da SESA também que é do nosso estado aqui e tenta juntar e fazer uma junção desses dois” (P3).

Conforme discutem Lima *et al.* (2023) e Echer *et al.* (2021), o POP é um instrumento que sistematiza cada etapa que deve ser executada pelos profissionais, visando ao alcance de determinado resultado que se pretende obter. Por meio desse protocolo assistencial, as atividades são padronizadas, minimizando os erros e os riscos durante o desenvolvimento de práticas assistenciais, aumentando o grau de segurança do paciente e da equipe.

É importante frisar que a elaboração dos POP pelo hospital que se constitui enquanto cenário desta pesquisa reflete o atendimento de uma das competências designadas ao NPS, no art. 5º da PNSP, que dispõe ser atribuição dessa instância a elaboração de protocolos, guias e manuais de segurança do paciente (Brasil, 2013c).

Cabe pontuar que, segundo alguns dos entrevistados, os protocolos instituídos pela ANVISA são adequados à realidade do hospital, tendo em vista que cada instituição possui uma configuração diferente no que diz respeito à ocorrência de eventos adversos, que é um aspecto propulsor para direcionar a implementação das práticas:

“A gente usa os protocolos em nível de Anvisa, só que de acordo com a realidade institucional. Não tem como você seguir passo a passo, porque cada hospital é um, cada realidade é uma e cada hospital vai passar por seu evento. Tem um hospital que queda vai ser maior, tem um hospital que quase nunca está fazendo cirurgia, então cirurgia segura já não

vai ser... tão ativo. Então, isso depende da realidade do hospital. Só que os protocolos são baseados na ANVISA” (P8).

Santos *et al.* (2024) também elucidam que, na implantação de protocolos visando a melhorias na segurança do paciente, devem ser consideradas as demandas, as particularidades e as características, para que as ações de melhorias sejam mais efetivas.

Assim, considerando as particularidades de cada serviço, a entrevistada P7 sugeriu que as normativas elaboradas pelo MS precisam ser separadas, tendo em vista as diferenças entre as instituições de grande e pequeno porte, em que a ausência de recursos financeiros pode ser uma dificuldade para implementação das ações, repercutindo diretamente na adesão as orientações:

“Eu acho bom ter os protocolos e que ele tenha que seguir direitinho. Eu acho bom, acho válido. Antes a gente não tinha muita essa organização. Hoje em dia a gente já tem mais sim. Essas coisas, quando criam essas normas, tinha que separar, né? O que é de grande porte e o que é de pequeno, porque nem todo mundo tem a verba financeira tem condições de seguir à risca, mas tentamos chegar ao máximo. A gente tenta 100%. Porque antes, não tinha ninguém fiscalizando isso, orientando e muita gente sabia que não tinha noção de nada disso. Então, assim, eu acho muito válido” (P7).

Nesse sentido, o fragmento da entrevista acima indica que, embora a instituição pesquisada enfrente desafios quanto à limitação de recursos para desenvolver ações com ênfase na promoção da segurança do paciente, existe um esforço para a execução destas, posto que agora os profissionais estão mais esclarecidos quanto a esse trabalho, que é fiscalizado pelos serviços competentes. Destaca-se que o fator financeiro também foi salientado nas pesquisas de Macedo e Bohomol (2019) e Silva *et al.* (2024) como aspecto que dificulta a implementação efetiva da PNSP.

Ademais, outro importante instrumento de que o hospital investigado dispõe é o Plano de Segurança do Paciente (obrigatório, conforme a RDC nº 36/2013) que conta com estratégias e ações de gestão de risco, mas que, contudo, não foi mencionado pelos participantes como recurso orientador das práticas. Esse instrumento “é, em síntese, o planejamento estratégico para a segurança do paciente” (Brasil, 2016, p. 23); e por meio deste, diferentes planos de ação devem

ser elaborados, dispondo das diretrizes operacionais que devem traduzir de forma minuciosa as atividades que devem ser desenvolvidas. Além do mais, esse documento traz previsões de estratégias de avaliação periódica de indicadores, de análise e de monitoramento das ações. Assim, a partir da análise do plano, foi possível perceber a necessidade de aprimoramento neste, tendo em vista as orientações da ANVISA e por ser este o principal guia para o planejamento estratégico para a segurança do paciente (Brasil, 2016). Siman *et al.* (2019) também identificaram em seu estudo lacunas no Plano de Segurança do Paciente, evidenciadas pela ausência de atividades, metas e de ferramentas de avaliação para fortalecer a segurança do paciente.

Diante do exposto, evidencia-se que a implementação dos protocolos de segurança do paciente na instituição hospitalar estudada, alinhada às diretrizes da PNSP, tem contribuído significativamente para a qualificação das práticas assistenciais, a redução de riscos e a promoção de uma cultura de segurança entre os profissionais de saúde. Ainda que desafios estruturais e financeiros sejam apontados como limitadores, o comprometimento da equipe multiprofissional e a conscientização sobre a importância desses instrumentos demonstram avanços na consolidação de práticas mais seguras e eficazes. Ressalta-se, entretanto, a necessidade de contínuo aprimoramento do Plano de Segurança do Paciente, com vistas à sua efetiva utilização como ferramenta estratégica na gestão dos riscos e na avaliação sistemática das ações desenvolvidas, fortalecendo, assim, a integralidade e a qualidade da assistência prestada à população usuária dos serviços de saúde.

5.2.3 A atuação direta do Núcleo de Segurança do Paciente

O NSP do hospital estudado, composto por equipe multiprofissional, tem sido responsável por ser o elo entre a PNS e a prática local, padronizando as práticas, de forma a favorecer que todos os serviços possam ser norteados pelas mesmas prerrogativas de segurança, conforme representado pelo discurso da entrevistada P2: *“Trazer essa política de que todo hospital, ele tem que falar a mesma língua. Por isso, que no grupo tem vários tipos de profissionais, pra gente poder trabalhar junto e trazer essa política aí de segurança aqui pra dentro do hospital”*.

Essa instância atua na elaboração de protocolos (POP), avaliação, monitoramento e proposição das práticas visando garantir a segurança dos

pacientes, sendo que tais ações se mostraram centralizadas na figura da Responsável Técnica (RT)/coordenadora dessa instância, embora a PNSP aponte para a necessidade de envolvimento de todos os membros, de forma participativa e corresponsável (Brasil, 2013c). Os protocolos implementados são um exemplo disso, os quais não são elaborados diretamente por todos os integrantes do NSP, mas sim pela RT, que também é a principal responsável por implementar as ações de orientações, treinamentos e de vigilância do cumprimento das metas.

“A gente tem a nossa enfermeira, responsável pelo núcleo de segurança do paciente. Ela que faz os protocolos, faz a parte de orientação e vigilância. Se todos os protocolos estão sendo cumpridos, se todas as metas estão sendo realizadas” (P6).

“A parte dos protocolos fica mais na responsabilidade da RT mesmo. A gente sempre se reúne quando acontece algum evento adverso, alguma coisa que, até de medicamento mesmo, e a gente se reúne, dá a nossa opinião e geralmente os protocolos, a RT vai, monta e depois apresenta pra gente. Geralmente ela que fica mais nessa parte burocrática. A gente vai, se reúne, dá a nossa opinião, mas a responsabilidade mesmo fica com ela” (P7).

“Então, tem uma responsável técnica, que no caso é responsável por alimentar e colocar em prática todos os protocolos. [...] Então, no momento, com a adequação do checklist, de todo o formulário para preencher, para evitar os erros. E a enfermeira técnica, ela tem feito capacitações e orientações da equipe e treinamento, até a implementação completa e atualização a do protocolo” (P8).

Assim, a partir da análise da fala da entrevistada P8, nota-se um desafio na operacionalização do NSP, marcado pela ausência de descentralização das responsabilidades entre os membros dessa instância e pela limitação de apoio operacional para a RT, que pode contribuir para sobrecarga e fragilidade das ações previstas na PNSP:

“Porque o que a gente observa é que é muita coisa para pra olhar, pra fiscalizar, e assim, a comissão em si fica muito restrita, porque assim, fazemos parte da comissão, só que quem fica responsável mesmo é a coordenadora geral.

Então a gente observa que tem muita coisa e ela não tem uma equipe ali, ativa, diária, com ela, entendeu?” (P8, grifo nosso).

Sobre a questão levantada acima, a pesquisa de Hang *et al.* (2023) também identificou que a elaboração dos protocolos de segurança do paciente não ocorreu de forma compartilhada, contrariando a orientação do MS que propõe que o planejamento das ações deve englobar o máximo de profissionais possível, a fim de que o entendimento e a posterior implementação das ações possam ser facilitados (Brasil, 2016a).

No instrumento “Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde”, encontra-se disposto que “o processo de elaboração e desenvolvimento das ações e atividades do NSP necessita ser conduzido de forma participativa, com envolvimento da direção, de profissionais da assistência, do ambiente e da administração” (Brasil, 2016, p. 18).

Conforme demonstrado pelos participantes abaixo, os demais membros do Núcleo atuam nas reuniões conduzidas pela RT, contribuindo quanto à análise de ocorrência de eventos adversos e ao planejamento de intervenções para minimizar o acontecimento desses eventos

“Mensalmente, às vezes, quando der uma intercorrência até um período menor, a gente se reúne pra avaliar essas práticas, como que elas estão sendo feitas, o que a gente ainda precisa melhorar, quais os casos que ocorreram que a gente não forneceu segurança ao paciente, pra gente poder criar ações em cima disso” (P6).

“Todo o setor do hospital, da clínica médica, dos pacientes internados, tem um checklist nas fichas dos pacientes, no prontuário do paciente. Toda vez que a gente interna um paciente, a gente tem que preencher toda a documentação com o checklist, a anamnese do paciente. E uma vez no mês a gente faz uma reunião, ela junto com os membros da comissão, faz uma reunião pra gente trabalhar em cima do evento, se teve alguma coisa que eu tivesse, quais as estratégias do mês, quais as abordagens que vai ser feita em decorrer do ano, então assim, as reuniões, acontece mensalmente, só que ela que organiza essa parte toda. A gente entra com aprovação, com ajuda pra ela, mas essa parte toda de gerenciamento fica por conta da responsável técnica. Geralmente o gerenciamento é mais com coordenadora geral

do núcleo que ela só passa a conclusão para a gente o que a gente vai poder atuar aqui dentro” (P8).

Dentre as estratégias implementadas pelo NSP para prevenir erros no hospital, destaca-se a padronização de *checklists* nos prontuários dos pacientes, como ressaltado pela entrevistada P8: *“Todo o setor do hospital, da clínica médica, dos pacientes internados, tem um checklist nas fichas dos pacientes, no prontuário do paciente. Toda vez que a gente interna um paciente, a gente tem que preencher toda a documentação com o checklist, a anamnese do paciente”.*

Os *checklists* possibilitaram melhorias expressivas no processo de trabalho, como pontuado pelo referido participante: *“Então, assim, com a implantação do checklists, isso ajudou muito na questão da política dentro do hospital de segurança do paciente”* (P8). Contudo, conforme análise do Plano de Segurança do Paciente do hospital pesquisado, este só dispõe de *checklist* para risco de queda, risco de lesões por pressão e cirurgia segura. Assim, a ausência desse instrumento, voltado ao fortalecimento de medidas para higienização correta das mãos, identificação do paciente e administração de medicamentos, pode estar contribuindo para a maior incidência de agravos nessas áreas, principalmente na ocorrência de erros na administração de medicamentos e dificuldades quanto à higienização das mãos, que foram assinalados pelos participantes como desafio para o NSP.

A utilização de *checklists* foi destacada nos estudos de Amaya *et al.* (2016), Echer *et al.* (2021) e de Pacheco *et al.* (2022) como importante instrumento para gestão e qualificação do cuidado, bem como para impulsionar melhorias na comunicação, reduzir a ocorrência de erros e fortalecer a qualidade e a segurança na assistência ao paciente.

As reuniões que acontecem no NSP culminam na implementação de medidas que visam diminuir a possibilidade de ocorrência dos eventos adversos identificados, conforme demonstrado pelos depoimentos que segue:

“Ali nós discutimos todas as situações de ocorrências, de incidentes ou de eventos adversos e a gente registra isso em ata. E em cima disso, a gente promove as nossas ações ou intervenções em cima daquele possível erro que não deveria às vezes ocorrer” (P1).

“A gente pega essas três quedas, o que aconteceu? Por que elas aconteceram? Em cima delas a gente trabalha as medidas que a gente

vai fazer pra evitar, né? Preventivas e as corretivas também, treinamento, orientação” (P6).

A esse respeito, Santos et al. (2024) evidenciam sobre a indispensabilidade da análise dos indicadores de ocorrência de eventos adversos, a fim de que melhorias sejam implementadas.

No escopo das ações implementadas pelo NSP, está a oferta de treinamentos periódicos, orientados pelas evidências dos incidentes mais recorrentes, a fim de capacitar os profissionais, especialmente os recém-admitidos na instituição, para desenvolverem práticas de saúde mais seguras, que reduzem a ocorrência de erros, como se pode extrair dos fragmentos das entrevistas que seguem:

“Porém, ainda precisamos melhorar bastante, porque a gente está com muito profissional que ainda não tem a experiência, profissionais novos que ainda não estão capacitados, mas estamos trabalhando em cima disso, na melhor forma possível, orientando e inclusive já marcando treinamentos para melhoria desse processo que a gente vê que tem acontecido de eventos adversos. Inclusive, tivemos no mês passado um treinamento relacionado à administração de medicamentos, que também é um dos incidentes que a gente percebeu em conjunto, que vem ocorrendo” (P1).

“É um treinamento que é contínuo. A gente vive em cima disso porque, igual te falei, se falhar um pouquinho as pessoas já se acomodam e não fazem mais. Então, assim, é um trabalho que é contínuo, tem que ficar ali sempre reciclando” (P7).

Desse modo, tal como prevê a PNSP, faz-se necessário o preparo contínuo dos profissionais, por meio de processos formativos, que contribuem para uma atuação menos suscetíveis à ocorrência de erros identificados (Brasil, 2013c).

Além do mais, conforme discorreu a profissional P8, embora requeira muitos esforços, a implantação da PNS, por meio do NSP, trouxe impactos positivos para a instituição hospitalar pesquisada:

“Assim, é muita coisa, né? Mas, foi bom essa implantação aqui no hospital de segurança do paciente. Não só aqui, né? Na verdade, em todos os hospitais. Hoje, para um hospital ser acreditado, tem que estar com um núcleo de segurando do paciente ativo, funcionando, tem questão de notificação

também, e aí é onde são feitas as notificações dos pacientes que acontece algum evento adverso” (P8).

Por último, evidencia-se que, mediante a atuação do NSP, a abordagem da questão da promoção da segurança do paciente, por meio de uma prática multidisciplinar, vem sendo reforçada:

“Por muito tempo era uma pessoa cuidando do núcleo inteiro, o que é humanamente impossível. A gente trabalha, tem que ser em equipe, tem que ser multidisciplinar. Foi essencial que não existia a cultura da equipe múlti. Ninguém trabalha sozinho, assim, não existe um núcleo só com médico, nem só com enfermeiro, nem só com técnico. Hoje a gente tem a equipe múlti, então a gente tem uma fono, tem uma fisioterapeuta, tem a nutrição, assistente social, psicologia, enfermeiro, médico. Então assim, hoje a gente atua junto, no farmacêutico, né? Um tomando a frente, o resto indo atrás. Então, coisas que não tinha, roda de conversa da parte médica. Assim, é uma cultura que a gente tá conseguindo mudar, que nunca teve” (P6).

Dessa forma, a percepção acima se apresenta em consonância com as prerrogativas da PNSP, que dispõe sobre a necessidade de desenvolvimento de ações que fortaleçam a integração e o exercício do trabalho multiprofissional, visando à oferta de uma assistência integral e segura ao paciente (Brasil, 2013c).

Considerando o exposto, constata-se que o NSP da instituição hospitalar explorada desempenha papel central na consolidação da cultura de segurança institucional, sendo responsável por importantes avanços no controle e na prevenção de eventos adversos, sobretudo por meio da elaboração de protocolos, realização de treinamentos e padronização de *checklists*. Entretanto, os achados evidenciam desafios relacionados com a centralização das atividades na figura da RT e com a limitada participação efetiva dos demais membros do núcleo no processo decisório e operacional, o que pode comprometer a efetividade das ações propostas pela PNSP. Assim, reforça-se a necessidade de ampliar o envolvimento multiprofissional e promover maior descentralização das atividades, assegurando a corresponsabilização de toda a equipe e fortalecendo a cultura de segurança do paciente no contexto hospitalar.

5.2.3.1 Práticas de segurança do paciente implementadas

A partir dos dados coletados, foi possível identificar que o hospital analisado tem implementado diversas práticas visando prevenir a ocorrência de eventos adversos, tendo em vistas os seis protocolos instituídos pela ANVISA.

Quanto às ações visando garantir a identificação correta do paciente, estas devem ser as primeiras iniciativas quando ocorre admissão do paciente. Para tanto, o hospital aderiu à utilização de pulseiras e de placas de identificação nos leitos, conforme relatos que seguem: *“nossas práticas de segurança, identificar o paciente, todos são identificados com pulseiras, nome, data de nascimento. Temos nos leitos as placas de identificação, onde eu faço até essa supervisão”* (P1).

“Então, a gente, em primeiro lugar, a gente tem que ver a parte da identificação do paciente, né? Então, é muito importante que esse processo de segurança do paciente comece da recepção. Porque se ele começou errado aqui, ele vai continuar errado se alguém não perceber esse erro no meio do caminho. E isso vai trazer um comprometimento. Então, o processo da segurança do paciente é desde o início. Ele chegou no hospital, é o primeiro passo” (P4).

Assim, conforme indica o entrevistado P4, as medidas com a finalidade de garantir a segurança na identificação correta dos pacientes desde o primeiro momento destes no hospital (recepção) são indispensáveis para prevenir uma sucessão de outros erros durante o processo de hospitalização.

Sobre o protocolo acima, Lima *et al.* (2022) refletem que a ausência ou a realização incorreta da identificação do paciente podem resultar em falhas graves, como a administração inadequada de medicamentos, hemocomponentes, bem como a execução de procedimentos incorretos. Por isso, a identificação correta e a adoção de medidas de segurança são imprescindíveis para a recuperação da saúde do paciente e a prevenção de intercorrências ao longo da internação.

Quanto às práticas que objetivam reduzir a ocorrência de evento adverso, por meio da adequada higienização das mãos, estas são frequentemente objeto de intervenção do NSP, mediante treinamentos, por ser uma questão que precisa ser aprimorada no cotidiano do trabalho.

“Neste momento, a gente está fazendo a prática de higienização das mãos, reforçando com equipe” (P6).

“E a higienização das mãos, apesar de você ficar em cima, eu vejo que tem muita falha do profissional nisso daí também. Coisas bobas, né? igual aqui, eu tenho um checklist que eu todo dia pergunto, de higienizar as bancadas, as mesas, as mãos. Então, assim, você tem que estar cobrando, senão não vai pra frente (P7).”

Conforme destacado na fala da entrevistada P7, são realizadas orientações para higienização correta das mãos, bancadas e mesas, que é sistematicamente cobrada em função de serem medidas importantes para prevenção de agravos decorrentes da higienização inadequada.

No que se refere ao protocolo que visa instrumentalizar os profissionais para a higiene adequada das mãos, na pesquisa de Santos *et al.* (2024), foi constatado elevado grau de adesão dos profissionais, favorecendo a prevenção de transmissão de infecções, por meio de atividades que não requerem elevado custo, e que são de grande efetividade.

Já com relação às medidas para garantir a segurança do paciente durante procedimentos cirúrgicos, os entrevistados revelaram que ainda não foi adotado na prática diária o *checklist* para esse fim, talvez porque o hospital não realize mais muitos procedimentos dessa natureza. Destacaram também que se trata de um dos protocolos mais difíceis de serem implementados, como indicam os depoimentos que seguem: *“a cirurgia segura ainda não existe no checklist aqui no hospital”* (P5); *“hoje, aqui no hospital, temos mais dificuldade com a cirurgia segura, porque hoje a gente quase não faz procedimento cirúrgico, com a saída da maternidade. Mas, acho que o mais difícil para conseguir certinho, é o da cirurgia segura no momento”* (P8).

Santos *et al.* (2019) argumentam que, nos contextos dos procedimentos cirúrgicos, a Lista de Verificação de Cirurgia Segura torna-se indispensável para reduzir a ocorrência de agravos durante os procedimentos, melhorando a qualidade da assistência, garantindo o máximo de segurança aos pacientes.

Concernente à prevenção de úlceras por pressão, as medidas têm se tornado ainda mais necessárias, tendo em vista que o perfil atual da instituição hospitalar pesquisada, como referência em leitos de retaguarda e cuidados paliativo, assistindo pacientes, devido às suas condições de saúde, fica mais suscetível ao risco de lesões por pressão. Por isso, o NSP tem atuado de forma mais sistemática no

desenvolvimento de medidas para reduzir e prevenir a ocorrência desse tipo de evento adverso, conforme sinalizou a profissional P1:

“Então, tem sido muito o nosso foco de agora a LPP também, porque a gente está com uma demanda agora, o hospital ele é uma referência em leitos de retaguarda e paliativos, então nossa demanda de lesão por pressão tem sido bem significativa. E a gente está trabalhando também, intervindo em cima disso, que são uma das metas de segurança do paciente, de nossos indicadores”.

Para intervir sobre esse tipo de evento adverso, os resultados descritos a seguir apontam que existe uma rotina preventiva implementada no hospital para prevenir e monitorar, por meio da mudança de decúbito, que, quanto à frequência com que deve ocorrer, não houve consenso entre os entrevistados. Além disso, um relógio em frente à cama do paciente é utilizado como ferramenta importante para que essa movimentação dele possa acontecer.

“Temos também as ações voltadas para as lesões, aonde eu monitoro, a gente faz um monitoramento dos curativos daqueles pacientes que já entraram com lesão, mas qual foi a forma, qual foi o tipo da lesão, se ela piorou depois que o paciente entrou, quais os cuidados eu preciso ter, mudança de decúbito de 3 em 3 horas, isso é tudo orientado também, é uma prática que a gente segue” (P1),

“Fazer todo esse cuidado com as úlceras de pressão, fazer a movimentação do paciente a cada 2 horas, que ele sempre é orientado para não provocar úlceras” (P4).

“Feridas, relóginho, que vai na frente da cama do paciente pra fazer a mudança de decúbito. Então, assim, pra evitar lesões” (P8).

Quanto ao referido protocolo, a pesquisa de Pott *et al.* (2023, p. 6) destaca que o procedimento mais efetivo para diminuir a incidência de lesão por pressão é o “[...] reposicionamento a cada 3h versus a cada 4h em colchão de espuma de alta densidade”.

Silva *et al.* (2023) discutem que, além da mudança de posição do paciente, de forma regular, outras medidas devem ser adotadas com o intuito de prevenir lesões

por pressão, tais como: a utilização de coxins para aliviar a pressão; a averiguação quanto a objetos esquecidos sob o corpo; a utilização de lençóis móveis para facilitar os movimentos e proteger as regiões mais expostas, como no caso das áreas de proeminência óssea.

Já sobre as medidas para prevenir quedas dos pacientes admitidos no hospital estudado, que ocorrem com frequência, principalmente no setor de saúde mental, estas foram julgadas pelos entrevistados como difíceis de serem implementadas, fazendo parte do grupo de protocolos que mais apresentam limitações para execução. Contudo, são realizadas intervenções para que os profissionais e acompanhantes possam manter as grades elevadas. Além disso, para os pacientes idosos, há a orientação de permanência do acompanhante.

“Questão da queda, igual eu já tinha colocado antes, setor de saúde mental, que é um setor mais propenso a acontecer, mas não que também não tenha nos outros setores. Então, sempre orientando, questão dos leitos, das grades elevadas, que é importante” (P1).

“Nós passamos a orientação com a equipe, pra não haver erro em nada e muitas vezes a própria orientação ao paciente também e o acompanhante, manter uma grade elevada, sempre de preferência um idoso, um paciente acamado que pode haver um risco, sempre ter um acompanhante ao lado de preferência, toda essa parte” (P3).

“Os protocolos mais difíceis de implementarmos é o de queda, risco de queda e de medicação. São os dois: o de processo de medicação segura para o paciente e a prevenção de queda. São os dois protocolos que a gente tem mais dificuldade de inserir. Até um dos nossos focos principais hoje no procedimento do paciente é resolver essa questão de queda na saúde mental. A gente tem até algumas reuniões agendadas para poder avaliar por que estão tendo essas quedas e o que a gente consegue fazer para evitar” (P6).

Albertini e Peduzzi (2023) apresentam que, segundo dados do Sistema NOTIVISA da ANVISA, no Brasil, a queda é o terceiro evento adverso mais notificado. Por isso, os trabalhadores da saúde precisam ser continuamente capacitados para adotarem medidas visando reduzir esse dado tão alarmante. Além disso, os pacientes, os familiares e os acompanhantes precisam ser orientados

quanto às medidas necessárias para prevenir a ocorrência desse evento adverso, além daquelas destacadas pelos participantes acima, o que também engloba: a utilização de campainha que deve ficar acessível ao paciente para acionar os profissionais, quando se fizer necessário; o posicionamento dos objetos pessoais do paciente ao seu alcance; e o desenvolvimento de estratégias que deixem a equipe profissional atenta para o risco de queda.

Apesar de ter sido denunciado como um dos protocolos mais difíceis de serem postos em prática, avanços já foram percebidos mediante as ações que já vêm sendo desenvolvidas, as quais possibilitaram a redução nos índices de quedas, e na introdução de estratégias preventivas, por meio de uma assistência mais atenta e cuidadosa para o paciente:

“Então, com a implantação dos protocolos, melhorou muito a questão de queda dos pacientes, porque os profissionais passaram a ter mais atenção e maior zelo com o paciente, porque quando você foca na segurança, você evita que erros aconteçam, então você trabalha a prevenção do agravo em cima disso dentro do hospital” (P8).

Cumprir pontuar que a ocorrência desse evento adverso, conforme relatou a entrevistada P3, tem acontecido, sobretudo, durante o banho dos pacientes. Por esse motivo, medidas, como a aquisição de tapetes antiderrapantes, será adotada para reduzir o acontecimento dessas quedas dos pacientes hospitalizados:

“Eu acho que o protocolo que a gente tem mais dificuldade é o da parte de queda de paciente, principalmente em questão de hora de banho, porque a gente foi solicitado de até compra de tapete antiderrapante, essas coisas, como a gente não tem, eu expliquei mais cedo que a gente está tentando implementar as coisas, a gente não tem. Então muitas vezes ali pode haver algum risco ou não para o paciente, haver queda ainda” (P3).

Outro protocolo implementado no hospital é a segurança na prescrição e uso e administração de medicamentos, “[...] que também é um dos incidentes que a gente percebeu em conjunto, que vem ocorrendo”, conforme sinalizou a participante P1. No contexto deste, as entrevistadas indicaram que são adotadas medidas de observação minuciosa da pulseira de identificação, verificação dos rótulos dos medicamentos e validação da prescrição pelo farmacêutico e, se necessário,

solicitação de reavaliação pelo médico. Com isso, o risco de troca de pacientes e de medicação, bem como a administração incorreta de dose ou de via, é minimizado.

“O trabalho que a gente olha se o medicamento está identificado, qual tipo de medicação, as pulseiras com identificação. Então, são um dos nossos processos de trabalho” (P1).

“A gente tem que prezar também pela parte de medicamentos, na prescrição do medidor, do médico. Quando você pega uma prescrição, você vai conferir aquela prescrição. Se você olhar, observar que aquela prescrição, aquela via não tá de acordo com o seu conhecimento, você pode ir até o médico, questionar com ele aquela prescrição. Doutor, vamos avaliar? É isso mesmo que você quer? Dosagem de medicação?” (P4).

A respeito do protocolo de segurança na prescrição, a pesquisa de Cavalcante *et al.* (2019) identificou que este não é implementado em larga escala pelos serviços de saúde, por mais que os riscos associados a erros na administração de medicamentos sejam reconhecidos como fator preocupante. Os erros associados a medicamentos podem ocorrer no ato da prescrição até o acompanhamento do paciente após a administração, momento em que podem ocorrer reações adversas (Santos *et al.*, 2019).

Ademais, pelo setor farmacêutico, estão sendo aprimoradas estratégias para aperfeiçoar o processo de identificação de medicamentos e de rastreabilidade do fluxo de entrada e saída, bem como do controle mais sistemático de medicamentos psicotrópicos, conforme relatado pela entrevistada P2:

“A gente está desenvolvendo, no caso, em questão de melhor identificação das medicações. A gente também tem feito um acompanhamento de entrada e saída também de medicações para ser mais unilateral, ter mais uma linha mais reta aqui no hospital. Questão de liberação de psicotrópicos também, essas questões que a gente está agora vendo mais de frente” (P2).

Além das ações acima, por meio do NSP, o funcionamento da farmácia está na eminência de começar a funcionar 24 horas, um novo sistema de prontuário será adotado, e o protocolo de padronização de medicamentos, implantado. Tais estratégias, por sua vez, contribuirão para reduzir erros, que são influenciados, por exemplo, em razão de as etiquetas dos medicamentos serem muito similares e o

controle das medicações ainda não ser possível de forma mais sistematizada, como se pode observar nas respostas verbalizadas pelas entrevistadas P6 e P8:

“Medicação segura, a gente tá reforçando as medidas com a medicação pra garantir que a medicação saia da farmácia, mas chegue pro paciente correto, seja administrado correto. A gente vai colocar um prontuário, uma coisa que não tem aqui ainda, aquela diluição que ela já vem pronta. Queremos colocar a farmácia 24 horas, mas algumas situações, por exemplo, as etiquetas de medicação, que às vezes são muito parecidas, todos esses ajustes a gente tá trabalhando já” (P6).

“O protocolo de padronização de medicamento está em implantação. Porque o hospital vai implantar a farmácia 24 horas. Com a farmácia 24 horas também o farmacêutico vai poder acompanhar melhor. O Hospital passou para a gente que vão tentar o mais rápido possível essa instalação da farmácia 24 horas. Porque quando você coloca mais pessoas vigiando os riscos. Eu acho que com a implantação da farmácia dentro do hospital, com a farmacêutica aqui, eu acho que isso já vai ajudar muito. Uma das questões da implantação e efetivação desse protocolo é principalmente o controle das medicações” (P8).

Enfatiza-se que as medidas já adotadas e aquelas que ainda são incorporadas são urgentes, considerando que o protocolo acima discutido foi apontado pelos participantes como um dos mais problemáticos para serem executados em função de a farmácia não funcionar 24 horas, o que, por sua vez, compromete o controle das medicações; logo, acarreta prejuízos para a segurança do paciente, tal como demonstrado nos relatos a seguir:

“E temos vários protocolos e acho que é o da medicação é um dos mais difíceis, porque hoje a gente não tem farmácia 24 horas, então é um pouco mais difícil. Na prática é um pouco mais difícil, mas a gente tá tentando agora partir pra farmácia 24 horas pra poder ter um controle maior das medicações e na segurança do paciente” (P2).

“Os protocolos mais difíceis de implementarmos é o de queda, risco de queda e de medicação. São os dois: o de processo de medicação segura para o paciente e a prevenção de queda. São os dois protocolos que a gente tem mais dificuldade de inserir” (P6).

Santos, Rocha e Sampaio (2019) discutem que a seleção e a dispensação do medicamento a ser administrado são tão importantes quanto a prescrição. Além disso, os medicamentos precisam ser dispensados exclusivamente pela farmácia, em observância à prescrição médica e em doses unitárias por paciente, conforme recomendações pelo MS e a ANVISA.

No entanto, apesar das medidas acima, eventos adversos ocorrem, e não foi possível visualizar a existência de um fluxo ou um protocolo delimitado sobre como deve ocorrer a comunicação destes ao NSP. Assim, esta ocorre por meio da *“[...] notificação através do grupo. A gente pediu pra todo mundo colocar ali, o que forem assuntos mais restritos, como o problema de medicação e tal, eles passam no privado. E aí, quando é queda, a gente pede pra colocar sempre no grupo, pra ele poder ajudar o paciente”* (P5). A entrevistada P8 também trouxe contribuição para esse ponto de análise quando assim discorreu: *“a gente comunica a ela ou verbalmente ou com o celular, mas a gente também relata o ocorrido do evento de adverso no prontuário do paciente?”*.

A partir do conhecimento da ocorrência dos eventos pelo Núcleo, estes são investigados em sua origem e formas preventivas mais eficazes. Nesse sentido, os relatos organizados abaixo indicam que, na dinâmica de atuação do NSP, o erro não é tratado, a princípio, a partir de uma ótica punitiva, mas sim como ponto de partida para uma análise detalhada quanto às lacunas que contribuíram para a ocorrência deste e, logo, para melhorias na gestão dos riscos:

“A gente está acompanhando de perto o profissional, quando acontece, conversa com o profissional, o que pode ter sido levado ao erro, se for questão de medicação, se for questão de outra questão, a gente busca a fundo o que levou ao erro, ao problema, entendeu? De forma geral, para que o processo aconteça de forma mais segura” (P2).

“E fazemos a orientação e um plano de ação encima daquele evento. Chamamos o profissional envolvido, os setores envolvidos. Mostramos quais ações, quais as melhorias que a gente precisa realizar para que isso não venha a ocorrer novamente” (P1).

“Um exemplo, aconteceu um evento, o setor responsável onde aconteceu o evento informa. E ela busca informações do porquê que aconteceu, como o motivo, pra tentar trabalhar em

cima desse evento pra que ele não ocorra novamente. A prevenção é que não ocorra. Mas hoje ainda é assim. A gente comunica a ela ou verbalmente ou com o celular, mas a gente também relata o ocorrido do evento de adverso no prontuário do paciente” (P8).

Conforme relatou o entrevistado P6, quando acontece um evento adverso, que também pode ser identificado por meio do monitoramento dos prontuários dos pacientes, a análise de suas causas permite a gestão de risco, especialmente pela coordenadora do Núcleo, por meio da elaboração de estratégias preventivas e corretivas pelo NSP, que dispõe de capacitação e de orientações aos profissionais, podendo emitir advertência verbal ou escrita. Além disso, conforme obrigatoriedade colocada mediante a RDC nº 36/2013, em seu art. 6º, Inciso VIII, esses eventos são notificados no sistema NOTIVISA:

“A gente pega essas três quedas, o que aconteceu? Por que elas aconteceram? Em cima delas a gente trabalha as medidas que a gente vai fazer pra evitar, né? Preventivas e as corretivas também, treinamento, orientação. E aí a coordenadora faz um trabalho bem legal de passar pro setor avaliando e orientando. Tem a notificação, a notificação compulsória que a gente faz, a coordenadora que faz a notificação no sistema. E a questão dos da equipe. Ela chama, eu vou te passar para a coordenadora da enfermagem, ela chama essa equipe para conversar. E aí, dependendo de qual for a situação, ela varia, se vai ter alguma medida só orientativa, só de treinamento ou se vai ter alguma medida de advertência, seja verbal, ou seja, por escrito. A gente acompanha pelos prontuários. A própria coordenadora de enfermagem e o médico, a gente acompanha bastantes prontuários” (P6).

Em relação à notificação à entrevistada P5, esse processo de notificação é influenciado diretamente pela atuação dos profissionais em fazer o registro da ocorrência do evento no prontuário dos pacientes, pois, a partir destes, a coordenadora do núcleo tem subsídios para consolidar os quantitativos e adotar as medidas estratégicas:

“Para o processo de notificação a gente depende muito da equipe. Que é o que a gente também espera que vai mudar com a nova situação do hospital. Então, depende do técnico ou do enfermeiro relatar e dentro desse relato a gente consegue

passar para a coordenadora, principalmente ela que faz esse quantitativo, que teve três quedas esse mês. A gente sabe dessas quedas com todos os relatos do prontuário” (P5).

Torna-se relevante discorrer que, na ocasião das entrevistas, o hospital investigado estava realizando trâmites visando ao processo de avaliação pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), entidade que atua diretamente na avaliação e proposição de medidas para fortalecer a segurança do paciente, gerenciando os padrões de qualidade e de segurança nas instituições de saúde, certificando-as. Por isso, foi consenso entre os entrevistados que a busca pela certificação desta potencializará mudanças no processo de trabalho, melhorando a qualidade do cuidado, fortalecendo a cultura de segurança, por intermédio de um maior envolvimento institucional e de mudanças na estrutura e organização do trabalho.

“Algumas alterações vão vir com a acreditação. Eu acho que com a acreditação do hospital, vai ser de grande importância para o núcleo. [...] Provavelmente vai ser tudo informatizado. A acreditação cobra e a questão do núcleo também, né? Assim, quanto mais rápido, quanto mais... todo esse sistema, assim, informatizado, pra tudo melhorar. Só... Agora, com a acreditação, acho que vai melhorar, vai ficar mais ativo, entendeu? Porque vai se cobrar mais do núcleo com a acreditação. Então, eu acho que vai melhorar essa comunicação. Muitos já deixaram a gente ciente de que com o processo de acreditação, muita coisa da estrutura física vai ter que mudar. E a gente vai ter que mudar, pra quê? Pra todos os protocolos funcionarem. Segurança do paciente, infecção que tá lá. Então, assim, a parte estrutural também é fundamental” (P8).

Tal como se pode analisar a partir do discurso da profissional P5, a projeção de melhorias impulsionadas pela busca da acreditação da ONA está ligada à questão de que essa entidade já proporá modelos que devem ser adotados pelo hospital, visando à acreditação: *“a gente quer implantar aquele relóginho de mudanças de decúbito, tudo isso a gente quer melhorar. A gente tá só esperando o relatório de visita da ONA, porque junto com o relatório da já vai vir vários modelos e a gente vai ajustar pra começar” (P5).*

As pesquisas de Kolankiewicz *et al.* (2020) e de Silva *et al.* (2024) discutem o impacto da acreditação na percepção de segurança do paciente e de implantação de melhorias no processo de trabalho, visando reduzir o acontecimento de eventos adversos. Desse modo, é importante reforçar que a avaliação externa desempenha um papel crucial no fortalecimento de uma cultura positiva de segurança do paciente, isso porque estimula a instituição a aprimorar continuamente suas práticas (Kolankiewicz *et al.*, 2020).

Conforme sugere o depoimento da entrevistada P8, as medidas que serão introduzidas, visando à acreditação, fortalecerão a atuação do NSP e o cumprimento dos protocolos já instituídos. Serão adotadas medidas para melhorar a estrutura física, disseminar uma cultura de segurança que inclua todos os setores e profissionais, e viabilizar a informatização do processo de registro de eventos adversos, culminando em intervenções baseadas em resultados e indicadores, conforme complementou a entrevistadas P4:

*“Eu vejo isso muito lá na CME, a gente quer implantar outras melhorias, mas a própria estrutura física não proporciona isso pra vocês, você fica meio que amarrada. Porque às vezes você tá num local, não tem estrutura boa, você quer buscar alguma coisa, não tem, o próprio setor não te ajuda nisso. E com a entrada dessa certificação aí, isso vai favorecer bastante o desenvolvimento aqui pra melhor no hospital. **Vamos ter que trabalhar com resultados e indicadores.** Em todos os setores. E todo mundo vai ter que estar envolvido nisso. Área administrativa, área da enfermagem, área médica. Vai ser bom, vai ser bem desafiador, mas vai ser muito bom. Porque a gente vê, é o único hospital da cidade. O que a gente quer? A gente quer que o hospital cresça, né? evolui para melhor, para a gente poder oferecer um trabalho melhor para a população que está aqui, que merece” (P4, grifo nosso).*

Dessa forma, como representado por meio do discursos abaixo, mesmo que o NSP não enfrente grande resistência na adesão dos protocolos pelos profissionais, o que comumente ocorre nos hospitais, a busca pela certificação da ONA será catalizadora de mudanças e uma oportunidade ímpar para fortalecer a adesão e potencializar melhorias no contextos das práticas de segurança do paciente, considerando que, mediante a atuação dessa entidade, as ações serão avaliadas com maior periodicidade, aumentando o grau de responsabilidade por parte dos

profissionais envolvidos. Além disso, um contexto mais favorável para a execução das práticas será oportunizado, levando os profissionais a se sentirem mais estimulados a se comprometerem com a garantia da segurança do paciente:

“Ali algumas resistências em seguir esse protocolo de uma forma correta. Aqui a gente não tem, mas você sabe que vamos adotar, porque agora com essa mudança, entrando a norma, buscando esse certificado da ONA, aí sim, isso vai ser muito bom, vai ser um ganho maravilhoso para o hospital, para a equipe que trabalha aqui, porque a gente está sempre buscando melhorias, mas quando você é cobrado naquilo, eu tenho uma norma que cobra que a cada seis meses vai vir aqui, você tem que apresentar o setor, mostrar a documentação e isso, e o fato também de você estar num ambiente que te proporciona um local melhor de trabalho, uma segurança, um conforto maior, eu acho que isso dá um incentivo a mais pra equipe”.

Considerando o depoimento acima, bem como os que seguem abaixo, ficou perceptível que, muito embora os entrevistados tenham discorrido sobre o exercício de uma prática profissional multidisciplinar, ainda não existe no hospital um entendimento claro de que a promoção da segurança do paciente é competência de todos os profissionais:

“Então, esse conjunto, essa segurança do paciente, ela envolve toda a equipe, desde a recepção, médico, enfermeiro, o técnico de enfermagem, a parte de nutrição também, equipe de nutrição, que quando pega a ficha do paciente pra ver o que que tá prescrito pro paciente, e a equipe de higienização também que tá toda ali o tempo todo dando esse suporte. Então, assim, é um conjunto. Cada um fazendo o seu papel em prol de fornecer um trabalho seguro para paciente com qualidade” (P3).

“Então, o processo de segurança do paciente eu acho que tem que envolver todos os setores, todos os profissionais que têm o contato ali com o paciente, não só o enfermeiro, mas a segurança do paciente ele começa desde a recepção, do momento que ele chegou ali, pra fazer o seu cadastro, porque se você chega na recepção e a recepção faz um cadastro errado, já pode começar o erro dali, né?” (P4).

Ainda no que se refere ao processo de informatização, faz-se necessário esclarecer que o hospital que foi cenário da presente pesquisa conta com o sistema

de prontuário eletrônico, implantado em janeiro de 2024, trazendo melhorias na questão de segurança das informações de saúde do paciente, conforme representado pelo depoimento da entrevistada. Contudo, os participantes do estudo sugeriram que existem lacunas na operacionalização desse sistema, tendo em vista a necessidade de sistematização de indicadores relativos à ocorrência de eventos adversos no hospital:

“O nosso sistema de prontuário começou em janeiro. Até então, era tão fora do controle que você fazia a evolução do paciente no Word. Você copiava o Word do dia anterior, mexia e você não tinha garantia se o profissional tava aqui. De que horas ele realmente tinha feito aquela evolução. Não tinha um sistema. Hoje, já tem um sistema. Precisa melhorar, né? Precisa ter um sistema de qualidade, precisa ter indicadores, mas já evoluiu bastante” (P6).

Destaca-se que a ausência de recurso informatizado para o agrupamento dos indicadores compromete a análise dos indicadores, podendo favorecer a ocorrência de subnotificação, motivo pelo qual a implantação desse sistema ou a adequação do sistema já introduzido se tornam necessárias. Além do mais, a utilização desse recurso viabilizará que o processo de comunicação do evento seja menos moroso, conforme se pode extrair da declaração da participante P8:

“Qualquer forma de comunicação rápida, ativa, tanto para o mundo, como para a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, como para qualquer parte do hospital, seria a forma ideal e correta, para ter uma informação mais rápida, porque muitas das vezes o processo tem falhas, então as vezes o evento passa, o tempo que não era esperado, que seja feita a comunicação mais rápida, mais ativa, só que também a gente entende que é um processo onde você lida com muita gente, um processo que demora mais um pouco, mas eu acho que seria muito bom ter um sistema informatizado”.

Os resultados obtidos estão alinhados com os achados de Ferreira *et al.* (2019), que confirmam a relevância dos sistemas informatizados como ferramentas essenciais para a promoção da segurança do paciente e a qualificação da assistência prestada, facilitando o processo de controle e de acesso às informações em relação aos cuidados e procedimentos prestados ao paciente, favorecendo o

intercâmbio de informações entre os profissionais e, logo, para a oferta de uma assistência mais segura ao paciente.

Ademais, no contexto da discussão da ausência de indicadores pontuado acima, é importante lembrar que a Portaria nº 3.410/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013, em seu art. 1º, estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), e dispõe a obrigatoriedade de as instituições de saúde atuarem com base em metas e indicadores qualiquantitativos (Brasil, 2013d). Sendo assim, a não utilização de indicadores constitui-se como a não observância a uma exigência instituída legalmente, e que, por sua vez, fragiliza o processo de monitoramento e de avaliação, incidindo na qualidade da assistência ofertada e fragilizando a análise de melhorias no processo de trabalho (Brasil, 2013c).

Diante dos aspectos discutidos, evidencia-se que o hospital pesquisado tem se empenhado na adoção e implementação de práticas voltadas à segurança do paciente, atendendo às diretrizes estabelecidas pela ANVISA e pelo MS. Apesar dos avanços conquistados, como a utilização de protocolos, *checklists* e treinamentos contínuos, ainda persistem desafios relativos à infraestrutura, à informatização dos processos e à efetiva participação multiprofissional no NSP. A busca pela certificação da ONA surge como uma oportunidade estratégica para impulsionar melhorias estruturais, fortalecer a cultura de segurança e garantir maior envolvimento dos profissionais de todas as áreas, resultando em uma assistência mais qualificada e segura. Assim, o contínuo investimento em capacitação, monitoramento e adequação tecnológica é essencial para consolidar um ambiente hospitalar que priorize a prevenção de riscos e a excelência no cuidado prestado aos pacientes.

5.2.4 Facilitadores, dificultadores e sugestões para implementação das práticas de segurança do paciente

5.2.4.1 Facilitadores

Os resultados deste estudo possibilitaram o conhecimento sobre os aspectos que facilitam e dificultam a implementação de práticas propostas pelo NSP. Assim,

foram abordados como facilidades: o acesso às referências para esclarecer dúvidas relacionadas com a implementação dos protocolos; o desenvolvimento do trabalho em equipe multidisciplinar; o apoio da gestão do hospital; e, ainda, a receptividades dos profissionais que atuam na linha de frente, na adesão ao trabalho, conforme evidenciado nas partes das entrevistas abaixo.

“Então, em termos de facilidade, a gente tem acesso as referências para tirar dúvidas, porque quando eu fui me familiarizar com esses protocolos, assim eu não era muito a minha área, era novata, então tinha área hospitalar, o núcleo, também para mim era uma coisa nova” (P1).

“A facilidade é que é por ter no grupo um de cada setor, de cada profissional, é mais fácil a gente espalhar a ideia, entendeu? Passar o conhecimento para o outro, do que aconteceu, das ações que vão ser tomadas para resolver aquela situação que levou a falta de segurança” (P2).

“A facilidade que os profissionais são bem flexíveis e aceitam bastante o que a gente tenta implementar. Não tem assim, muita dificuldade na parte de funcionários aqui, porque a gente só consegue implementar se os funcionários conseguirem atender. A gestão do hospital também ajuda bastante” (P3).

Dessa forma, a análise da fala da participante P1 aponta sobre a importância das diretrizes colocadas pelo MS, para orientar as práticas visando à garantia da segurança do paciente. Estas, por sua vez, são importantes ferramentas, especialmente para os profissionais que estão se familiarizando com a PNSP.

Já o discurso da entrevistada P2 revela o cumprimento com a prerrogativa prevista no art. 7º da RDC 36/2013, acerca da necessidade de articulação multiprofissional, que, segundo a participante, favorece o processo de disseminação das informações e de implementação de estratégias (Brasil, 2013a).

O fragmento da entrevista da profissional P3 destaca a adesão dos profissionais aos processos implementados e a participação da gestão hospitalar enquanto aspectos benéficos para a incorporação das medidas de segurança do paciente no hospital estudado. No que diz respeito ao primeiro aspecto, nos estudos de Vasconcelos *et al.* (2021) e de Santos *et al.* (2024), a não ausência de adesão

dos sujeitos envolvidos na oferta da assistência foi destacada enquanto fator que limitou o fortalecimento da PNSP no cenário estudado.

Já sobre a participação da gerência no processo de trabalho do NSP, os resultados das pesquisas de Carneiro *et al.* (2021) e de Portugal *et al.* (2024) apresentam resultados contrários ao constatado neste estudo, em que a ocorrência de eventos adversos esteve associada à ausência de participação dos gestores nas atividades relacionadas com a execução da PNSP. Assim, os autores discutem a importância do papel da gestão no planejamento, desenvolvimento e monitoramento de ações e estratégias voltadas ao fortalecimento da cultura de segurança do paciente.

É importante evidenciar que a adesão dos profissionais à promoção da segurança do paciente no hospital pesquisado também pode ser atestada pela adesão aos treinamentos propostos pelo NSP e pela prontidão demonstrada para adquirir mais conhecimento; por isso o fato de sugerirem que sejam propostas mais iniciativas de capacitação, conforme extraído dos discursos das entrevistadas P6 e P7.

“Se a gente faz um treinamento com eles, se a gente faz uma ação com eles, a gente tem um percentual muito grande de pessoas presentes. Então, o que a gente não tem de efetivo. Aquilo que a gente não conseguiu realizar ainda, a gente tem uma equipe que tem vontade de realizar. A gente tá conseguindo implementar coisas que a gente nunca implementou, porque a equipe comprou a nossa ideia” (P6).

“Hoje em dia a gente vê as pessoas vindo mais nos treinamentos, antigamente era mais difícil, então assim, hoje em dia você faz, você vê que o auditório já fica mais, já tem mais pessoas participando, então tem muita gente que gosta de participar, que gosta desses treinamentos, tem aqueles ainda que não gostam, mas é a minoria. Então, assim, a maioria ainda participa, gosta de estar falando: ‘ah, que bom, podia ter mais eventos assim mais treinamento assim’. Então, isso é bom” (P7).

Uma das estratégias de implantação da PNSP se relaciona com a promoção de processo de capacitação voltado aos trabalhadores, conforme se encontra posto no art. 5º da portaria nº 529/2013 (Brasil, 2013c). Com relação à adesão dos profissionais a capacitações ofertadas, essa também foi uma realidade constatada

na pesquisa de Lopes *et al.* (2023), sendo um aspecto de grande importância para uma cultura de segurança favorável nos serviços de saúde. Contudo, no estudo de Santos *et al.* (2024), a resistência à mudança pelos profissionais de hospitais foi realçada como um complicador para a implementação efetiva de medidas de segurança do paciente.

Conforme já enfatizado, na concepção dos entrevistados, a atual participação ativa da gestão hospitalar nas reuniões do Núcleo, além de contribuir para que o gestor tenha conhecimento dos percalços enfrentados na execução da política, concede mais respaldo para a tomada de decisões, fortalecendo o trabalho proposto:

“Antes não tinha reunião do núcleo de segurança paciente com presença da gerência. Hoje tem. Hoje chega mais os problemas lá em cima, que é uma coisa que tem que ser em sua direção” (P6).

“A gente tem uma parceria com a direção, graças a Deus, ela entra muito nisso daí, ela é muito participativa. Então, ela tá sempre participando das reuniões e é bom porque aí a gente tem esses respaldos, tem de onde a gente dá o nosso primeiro passo, né? Tendo a direção junto, é mais fácil de caminhar” (P7).

“A diretoria, sempre participa das reuniões para ficar a parte do hospital. Então, assim, acho que a comunicação entre eles acontece, né?” (P8).

Sobre a análise acima, as investigações de Kolankiewicz *et al.* (2020) e de Sátiro *et al.* (2024) refletem sobre o quanto a integração dos gestores das instituições hospitalares na implementação da PNSP é um elemento-chave para o fortalecimento da cultura de segurança do paciente.

Outro ponto forte para a execução de uma assistência em saúde segura está relacionado com a garantia de insumos e materiais, conforme elencou a participante P4: *“Outra facilidade, por exemplo, todos os materiais que eu preciso, endoscopia, de pinças, de alças, de colonoscopia, todos os materiais que eu preciso, sempre faço meu memorando, encaminho pro setor de compras e nunca tive problemas assim com eles”*. Destaca-se que tal resultado diverge do identificado nas pesquisas de Siman *et al.* (2019), Cavalcante *et al.* (2019), Coslop *et al.* (2022) e Nazário *et al.*

(2021), em que a insuficiência de materiais e insumos foi assinalada como dificultador para o desenvolvimento de uma assistência mais segura ao paciente.

Ainda segundo os entrevistados, o comprometimento dos membros do NSP na participação das reuniões é um aspecto que fortalece a operacionalização do núcleo logo, a implementação de medidas visando à garantia da segurança do paciente, como se pode perceber na fala que segue: *“na questão de equipe, do núcleo, a gente tem essa facilidade, graças a Deus, a gente tem uma equipe boa que se reúne, consegue reunir sempre que a gente é solicitado lá pela RT, também a gente faz as nossas reuniões”* (P7).

Mais um aspecto destacado pelos entrevistados como positivo para o desenvolvimento de práticas de segurança do paciente está associado ao perfil dos profissionais do hospital, os quais, em sua maioria, são diaristas, o que pode favorecer o encontro presencial e uma comunicação mais efetiva entre os profissionais, conforme foi sugerido pela participante P8: *“Aqui no hospital, assim, como o hospital, a maioria dos membros estão aqui, apesar de nós termos também membros plantonistas, mas assim, a maior parte é diarista”*. Com relação a esse ponto, o artigo de Duarte *et al.* (2020) levantou também que a presença de profissionais diaristas favorece a segurança do paciente por contribuir para a comunicação entre os profissionais, para a continuidade do cuidado e a redução nos erros de falhas na transmissão de informações clínicas do paciente.

Além disso, é importante enfatizar que, conforme apresentado no “Relatório da Avaliação Nacional da Cultura de Segurança do Paciente em Hospitais Brasileiros – ano 2023”, divulgado pela ANVISA, e o estudo de Echer *et al.* (2021), as mudanças de turno e a passagem de plantão são momentos que podem colocar em risco a segurança do paciente devido à omissão à interpretação errada de informações (Brasil, 2024a).

5.2.4.2 Dificultadores

Os participantes do estudo também pontuaram diversos aspectos que dificultam a implementação das ações de segurança do paciente no hospital cenário desta pesquisa. Nesse panorama, um deles está associado ao fato de a instituição contar com uma grande diversidade de profissionais. Logo, com formas distintas de atuar, de visualizar as práticas e com dificuldades peculiares, isso impõe um desafio

significativo para compreensão e implantação dos protocolos de segurança do paciente:

“Como a gente tem muitos funcionários, hoje a gente deve ter um mínimo de 100 funcionários e a gente encontra todos os tipos de profissionais. E essa diferença às vezes de idade, às vezes de jeito de trabalhar diferentemente, às vezes a gente encontra algumas certas dificuldades, entendeu? As vezes tem dificuldades do profissional que ele não mexe tanto na tecnologia, aí ela não tem tanto conhecimento do núcleo, e demora um pouco ter esse entendimento de toda a equipe para ela andar junto, no mesmo objetivo, entendeu? [...] Devido a equipe ser grande, às vezes agarra um pouco, entendeu?” (P2).

Destaca-se que os profissionais com maior tempo de atuação no hospital demonstram resistência na implementação das práticas e dos protocolos instituídos por já terem uma forma de trabalho já cristalizada, por não visualizarem que novas práticas são indispensáveis e que o aperfeiçoamento contínuo é necessário para garantir a oferta de um cuidado seguro, menos suscetível a erros, como evidenciado nas falas a seguir:

“Muitos profissionais já antigos aqui, se acostumaram com a rotina de não achar importante a queda do paciente, desconsiderar que o erro de medicamento é uma coisa que pode levar a um óbito. Então a gente tem trabalhado muito encima mesmo, porque são muitos técnicos novos. Os técnicos novos, eles absorvem de uma forma melhor. Os técnicos antigos já tem mais dificuldade de estar aceitando essas orientações: ‘Ah, mas eu sempre fiz assim. Ah, mas nunca deu problema assim’” (P5).

“Os profissionais mais velhos são mais resistentes nas mudanças [...]” (P7).

“Principalmente quando você vai para a administração de medicação. Quando você vai padronizar para uma equipe mais antiga: ‘Ó, esse medicamento, você vai usar esse, esse e esse’., Esse protocolo de segurança, eles têm muita dificuldade em entender- é o que eu quero, não acho certo, não é assim. Então, os mais novos são mais abertos a mudança” (P8).

Contrariando aos resultados acima expostos, o estudo de Silva *et al.* (2024) identificou que o maior tempo de atuação no serviço contribuía para maior grau de adesão às práticas, visando garantir a segurança do paciente.

Assim, o hospital enfrenta desafios na implantação dos protocolos. Estes estão ligados à necessidade da contínua adesão dos profissionais, que têm necessitado de vigilância sistemática do processo de trabalho, para que a cultura de segurança do paciente possa ser incutida:

“Mesmo com os protocolos e treinamento a gente tem dificuldade, porque normalmente aquilo ali é uma questão de conhecimento hoje, de você voltar ensinar novamente, insistir no protocolo, explicar porque ele existe, qual a importância daquele protocolo e assim acompanhar” (P2).

Conforme evidencia a entrevistada P2, não basta apenas implantar os protocolos, as ações ligadas a estes precisam ser continuamente monitoradas. Sobre isso, as falas das participantes P5 e P7 também chamam atenção para a questão de que, quando as ações não são acompanhadas, as medidas de segurança são negligenciadas:

“Então, na verdade, a gente não tem resistência. A gente chama os técnicos, os enfermeiros, a gente aborda e eles ajustam. Só que é um trabalho de formiguinha, porque como eu estou recente aqui, tem três meses, e eles estão num processo de muito tempo solto, digamos assim, e a gente hoje voltou de manhã e algumas coisas já estavam fora, porque passa o final de semana, né? E dá aquela relaxada” (P5).

Desse modo, conforme se pode analisar no discurso abaixo, mesmo que sejam realizados orientações e treinamentos, visando ao cumprimento dos protocolos, são necessárias a intervenção e a vigilância contínua do NSP, para que os erros possam ser prevenidos:

“Os protocolos são cobrados, mas às vezes fica a desejar sim, principalmente, a identificação do paciente. Às vezes você olha no setor e não tem, mas cobrado é. A higienização das mãos, a RT vive dando treinamento, dá pra toda a equipe do hospital. Ela já até planejou de vir aqui na farmácia também, vai fazer um treinamento com as meninas. Então assim, eu vejo que ela atua, ela tá ali em cima, mas... Tem que ficar... Se a gente não

ficar em cima, o negócio não funciona. E falha igual eu te falei, falha humana, igual à questão do medicamento. A gente bate muito nessa tecla de falar pro paciente o que tá sendo feito, qual a medicação que tá sendo feita e às vezes tem essa falha aí. Tem os treinamentos, e mesmo assim às vezes tem uns que ainda não faz o que a gente treina, né? Então, isso aí tem que estar sempre em cima, porque o paciente tem que saber qual medicação tá fazendo” (P7).

Assim, as falas acima apresentadas sugerem que a cultura de segurança do paciente no hospital analisado ainda é frágil, mesmo após 10 anos de criação do NSP, considerando que, conforme pontuado no art. 4º da PNSP, uma das características dessa dimensão nos serviços corresponde a uma “cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares” (Brasil, 2013c). Desse modo, as percepções dos participantes demonstraram que o cumprimento das medidas de segurança do paciente está condicionado à fiscalização constante dos membros do Núcleo, e não a uma postura de corresponsabilidade na oferta de uma assistência segura (Cruz *et al.*, 2021).

É importante destacar também que, segundo Raimondi *et al.* (2019), as instituições que evidenciam uma cultura do paciente positiva apresentam maior nível de humanização, responsabilidade e implicação dos profissionais com a promoção da segurança e da saúde daquele que está recebendo assistência.

Ainda segundo os entrevistados, outro fator que dificulta a implantação dos protocolos decorre do fato de o hospital ser uma instituição de pequeno porte, localizada no interior, mas que, mesmo assim, vem implementando estratégias para seguir as recomendações do MS, visando à segurança dos pacientes admitidos:

“Então, como a gente é uma instituição pequena, de interior, a gente tem uma certa dificuldade em uma coisa ou outra, né? Então vai devagarzinho o trabalho de formiguinha. Hoje a gente busca o que tem de atualizado na questão de segurança para a gente tenta implementar. Só que nessa tentativa de implementar uma coisa ou outra a gente vai tentando adequar na realidade nossa. Então isso tudo atrapalha, não é que atrapalha, atrasa um pouco a implementação” (P4).

Pontua-se que a percepção expressa pela participante P7 complementa a questão acima apresentada quando sugere a necessidade de os protocolos, as normativas e as diretrizes para instrumentalizar a execução da PNSP fazerem distinção entre os serviços de saúde de grande e pequeno porte, para que as metas e as atividades necessárias possam ser mais bem implementadas:

“Eu acho bom ter os protocolos e que ele tenha que seguir direitinho. Eu acho bom, acho válido. Antes a gente não tinha muita essa organização. Hoje em dia a gente já tem mais sim. Essas coisas, quando criam essas normas, tinha que separar, né? O que é de grande porte e o que é de pequeno, porque nem todo mundo tem a verba financeira tem condições de seguir à risca, mas tentamos chegar ao máximo [...]” (P7).

A RDC nº 36/2013, em seu art. 2º, dirige-se a todos os “[...]serviços de saúde, sejam eles públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa”, não trazendo previsões diferentes para cada tipo de instituição, que tem particularidades, especialmente, em relação a questão de recurso financeiro (Brasil, 2013a; Santos *et al.*, 2024).

Outra fragilidade é a ausência de funcionamento 24 horas da farmácia, que contribui para a ocorrência de erros na administração de medicamentos, já que a dispensação da destes não tem sido uma atividade privativa dos profissionais ligados a este serviço:

“Não ter a farmácia 24 horas funcionando dificulta. Porque acaba ficando um monte de medicamento espalhado, né? Às vezes um medicamento parecido com um frasco, parecido com outro, às vezes não olha o que é mesmo, né? Então, eu acho que essas falhas acontecem também por causa disso. Não tem a farmácia 24 horas. Então, é tudo via sistema. Tudo eu dou entrada, tudo eu dou saída. Mas mesmo assim, a gente não tá aqui o tempo todo. Porque o correto é a gente dispensar. A gente tá ali o tempo todo. Então, fica a medicação lá. A própria enfermagem, os técnicos abrem a gaveta, pegam. Às vezes eles mesmo guardam em um lugar errado, aí na hora de pegar, pega errado” (P7).

Sobre isso, cabe reforçar que o Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos, em consonância com a Lei nº 13.021/2014 (que dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas no Brasil),

está colocado que a dispensação de medicamentos é atividade privativa do profissional de farmácia (Brasil, 2014, 2020).

Além do mais, outra problemática que se faz presente no processo de implantação dos protocolos se relaciona com a ausência de um sistema consolidado de indicadores de segurança do paciente, já que a metodologia de organização dos dados parece ser baseada apenas na quantificação dos casos. Assim, essa é uma lacuna que gera prejuízos no processo de análise e acompanhamento sistemático e contínuo das práticas, que, contudo, pode ser resolvida com o processo de acreditação da ONA, como se pode analisar a partir do depoimento que segue:

“Hoje a gente ainda não trabalha com indicador, a gente não tem indicadores, com a ONA agora a gente vai criar esses indicadores, mas atualmente a gente ainda não tem esses indicadores, o que a gente avalia são quantos casos naquele mês houve de processos que não garantiram a segurança do paciente, de forma quantitativa mesmo, quantos casos ocorreram e como a gente pode prevenir novos? A gente orienta toda a equipe em cima desses casos” (P6).

No estudo de Siman *et al.* (2019), assim como identificado no NSP pesquisado, as estratégias propostas para fortalecer a segurança do paciente não são resultado do monitoramento dos indicadores, dificultando o alcance das metas e objetivos postulados na PNSP, e contrariando a exigência delimitada no art. 7º da RDC 36/2013, que assim prevê: “VI – implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores” (Brasil, 2013a).

A questão da estrutura física da instituição, com destaque para o setor de saúde mental, também é um dos fatores que contribuem para a ocorrência de eventos adversos, pois, conforme pontuou o participante P6, o “*ambiente não é seguro*”. Além disso, reside a necessidade de mais processos de capacitação para os profissionais, tendo em vista que o perfil do hospital foi alterado. Com isso, o quadro de funcionário precisou ser expandido, sendo admitidos profissionais recém-formados e com reduzida experiência na área hospitalar:

“Porque o ambiente não é seguro, a gente já tem projetos também de mudança na infraestrutura de saúde mental, o ambiente não é seguro, a equipe ainda precisa ser preparada, como o hospital mudou muito o perfil, a gente teve muita contratação, tem muita equipe nova que é recém-formada, não

tem experiência ainda hospitalar o suficiente, então a gente tá realizando esses treinamentos pra capacitar eles pra evitar essas quedas, porque é uma realidade hoje importante aqui” (P6).

As pesquisas de Siman *et al.* (2019) e Silva *et al.* (2022), em harmonia com o achado deste estudo, verificaram que a fragilidade na infraestrutura é fator que contribui para a ocorrência de eventos adversos.

Outro ponto frágil na execução da PNSP refere-se à ausência de comprometimento de todos os profissionais com a notificação dos casos de eventos adversos que ocorrem, a qual, por sua vez, contribui para a subnotificação e aponta que ainda existem vestígios de uma cultura punitiva no processo de trabalho, como discorrido pela entrevistada P6:

“Quando é relatado, a gente fica sabendo. Seja pela coordenadora, seja pra mim. A própria equipe traz pra gente. A nossa dificuldade é os casos que não relatam. A gente fica com medo de relatar e ter alguma punição” (P6).

“Acho que que nem tudo é falado não” (P7).

Estudos como o de Alves, Carvalho e Albuquerque (2019), Macedo e Bohomol (2019), Nazário *et al.* (2021), Portugal *et al.* (2024), Silva *et al.* (2024) e Sátiro *et al.* (2024) confirmam que a subnotificação por parte dos profissionais de saúde é uma realidade que compromete a efetividade da PNSP, e que está fortemente vinculada à cultura punitiva, que, por sua vez, dificulta a implementação de estratégias de intervenção e a oportunidade do profissional aperfeiçoar sua prática a partir da falha cometida. Assim, conforme defende Carneiro *et al.* (2021, p. 6) “[...] Para melhorar essa situação, urge informar, organizar e articular mecanismos institucionais, onde a presença de uma liderança adequada seja vista como aspecto capaz de impulsionar mudanças, visando à adoção de práticas seguras”.

Ainda na percepção dos profissionais entrevistados, a operacionalização do NSP tem sido comprometida pela ausência de profissionais para se dedicar exclusivamente à implantação das ações dessa instância, de forma ativa e contínua:

“Porque o que a gente observa é que é muita coisa para pra olhar, pra fiscalizar, e assim, a comissão em si fica muito restrita, porque assim, fazemos parte da comissão, só que

quem fica responsável mesmo é a coordenadora geral. Então a gente observa que tem muita coisa e ela não tem uma equipe ali, ativa, diária, com ela, entendeu? Com a gente, a gente trabalha, mas são outros setores (P8).

No que se relaciona com tal ponto de análise, cabe elucidar que o material nomeado como “Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde” traz que “O NSP deve ser constituído por uma equipe multiprofissional, minimamente composta por médico, farmacêutico e enfermeiro e capacitada em conceitos de melhoria da qualidade, segurança do paciente e em ferramentas de gerenciamento de riscos em serviços de saúde”, ou seja, não dispõe que a equipe deve ficar exclusiva para o funcionamento do núcleo (Brasil, 2016, p. 14). Além disso, cabe pontuar que a centralização das atividades na figura da coordenadora do núcleo, que, por sua vez, opõe-se aos pressupostos da PNSP que defende a integração e articulação multiprofissional como indispensáveis no processo de trabalho, pode estar sendo um dificultador, como também foi verificado por Coelho (2023).

Sendo assim, diante das lacunas presentes na implementação da PNSP pelo NSP do hospital estudado, os entrevistados discorreram sobre estratégias que podem ser adotadas, visando fortalecer tal política.

5.2.4.3 Sugestões para o fortalecimento da PNSP

Na concepção dos entrevistados, visando ao aprimoramento das ações desenvolvidas no contexto do NSP, especialmente, aquelas buscando a prevenção dos eventos adversos, uma medida que poderia ser adotada seria um investimento maior em recursos humanos, por meio da designação de profissionais exclusivos para atuarem nesse serviço, já que existe uma sobrecarga de atividades para a coordenadora dessa instância do hospital:

“Então eu acho assim, que pro núcleo funcionar, mas eu teria que ter uma equipe efetiva ali todos os dias pra trabalhar em cima do núcleo. E assim o sistema funcionaria melhor dentro do hospital. Só que hoje só tem ela. Então, ela assim, a gente tenta ajudar, mas acaba assim, toda essa parte técnica acaba sobrando só pra ela. Então, assim, falta, acho que, recurso humano ali pra poder trabalhar dentro. Acho que não só no

aqui, mas acho que em todos os hospitais têm esse déficit de profissional ali pra trabalhar junto, pra ficar em cima do evento antes que ele aconteça, não seja um evento, entendeu? Pra trabalhar a prevenção, precisaria mais de gente pra isso” (P8).

O estudo de Portugal *et al.* (2024) identificou em sua amostra a existência de NSP com profissionais exclusivos para atuar neste, favorecendo a qualidade do trabalho desenvolvido, já que o acúmulo de funções fragiliza o processo de trabalho dessa instância tão importante para a efetividade da PNSP.

Os participantes sugerem que os protocolos já implantados precisam ser mais claros, atualizados e acessíveis aos profissionais que precisam de capacitação contínua para atuarem à luz das prerrogativas da PNSP. Portanto, mais do que estarem elaborados, os protocolos precisam, de fato, ser o guia de cada profissional:

“Mas, precisamos de protocolos reais e efetivos, uma equipe bem treinada, os setores funcionando adequadamente dentro das normas e uma boa fiscalização” (P6).

*“Não é só implantar, é **acompanhar também** para que seja melhor entendido pelo profissional e às vezes tem alguns profissionais que tem um pouco de dificuldade com o protocolo, com o novo, então eu acho que é um pouco disso” (P2, grifo nosso).*

“Quando a gente começou a intensificar as reuniões de núcleo que fizemos aqui, e para atualizar os protocolos, agora e botar esses protocolos mais efetivos e acessíveis também, a gente pediu para poder depois deles atualizar e estarem acessíveis a todos os profissionais do hospital” (P5).

Sendo assim, os resultados apontam que a PNSP está implantada pelo núcleo, porém, existem lacunas na sua efetividade, as quais se relacionam com a implementação das ações, do monitoramento, da divulgação dos protocolos aos profissionais e da atualização desses instrumentos.

O estudo de Siman *et al.* (2019), tal como este aqui apresentado, verificou que os protocolos implementados na instituição pesquisada não estavam acessíveis aos profissionais. Ou seja, as ações de segurança do paciente estavam apenas no contexto prescritivo, o que é insuficiente para reduzir falhas na assistência e garantir a segurança do paciente.

Conforme defendem Santos *et al.* (2024, p. 2), portanto, “abordar a segurança do paciente em sua totalidade e abranger a sua complexidade, transcende a implantação de protocolos e medidas específicas, uma vez que a busca pela melhoria contínua é um processo gradual”.

O depoimento da entrevistada P8 também reforça que, para maior efetividade das ações de segurança do paciente, torna-se imperiosa a adoção de medidas de intensificação dos protocolos aos profissionais, além da capacitação destes, tal como também pontuado no estudo de Duarte *et al.* (2020). É preciso um envolvimento ativo de mais profissionais, bem como o desenvolvimento de novas intervenções, para que o cerne do processo de trabalho seja a promoção da segurança do paciente:

“Acredito que a intensificação os protocolos. Intensificar os checklist para os profissionais, nos setores, e aumentar também a fiscalização do serviço. Ter mais gente envolvida, mais gente capacitada, mais ações em cima disso, ficar em cima, né? Focar no assunto de segurança do paciente” (P8).

A urgência pela implementação da estratégia acima também pode ser confirmada por meio do depoimento da entrevistada P6, que, muito embora seja integrante do núcleo, demonstrou desconhecimento dos protocolos implementados no hospital: *“conheço muito pouco. Eu conheço mais a parte prática, do que a gente deve fazer, as ações dentro hospital para evitar risco do paciente, para trazer segurança do paciente, mas documentos, protocolos, conheço muito pouco”*.

A necessidade de atualização dos protocolos já implementados também foi realçada pela entrevistada P8, que, para tanto, considerou as mudanças no perfil do hospital, como catalisadoras desse processo, visando à implantação de práticas que atendam às demandas da realidade institucional atual:

“Vai mudando, agora eu estou te falando, cada hospital vai mudando, vai mudando sua realidade com o passar dos anos. Antes tinha maternidade, hoje em dia não tem mais. Então assim, é o mesmo exemplo, tem o checklist, vai mudar por grupos, que antes o checklist não funcionava pra mãe, pro bebê, né? E hoje, cuidados paliativos, saúde mental, então assim, são pacientes que você tem que ficar mais atentos, né? Então assim, cada realidade vai mudando, os protocolos têm que se adequar encima a realidade do hospital” (P8).

Ademais, os depoimentos sugerem que o hospital pesquisado ainda está caminhando para a consolidação e efetividade do NSP. Nesse contexto, protocolos serão atualizados, adequações na infraestrutura, aperfeiçoamento da sistematização e análise dos indicadores, visando maior nível de indignidade dos dados:

“Eu falo pelo que a gente tem de projeto já, que é refazer os protocolos, organizar o ambiente do hospital, reformar o hospital completo, e fazer ser um núcleo efetivo, porque por muito tempo não foi. Então, a gente tá começando a organizar pra ter os protocolos certinhos, pra ter esses índices mais avaliados de uma forma mais segura, mais correta e para fazer o funcionamento adequado do núcleo. A gente quer muito que o núcleo seja um núcleo realmente existente e efetivo, que hoje não é” (P6).

Para o fortalecimento do NSP e da implementação da PNSP, os participantes julgaram necessário haver maior ocorrência de reuniões dessa instância, para que os casos identificados sejam mais bem analisados e medidas interventivas sejam elaboradas. Ademais, a partir de uma maior integração entre os profissionais, a comunicação entre os setores também poderá ser fortalecida:

“Assim, eu acho que a gente tem que se reunir mais, eu acho que é um assunto que merece muita atenção e a gente procura, a gente está tentando se reunir mais, pra gente discutir situações que já aconteceram dentro do hospital pra que tenha melhorias, entendeu? Juntamente com a direção clínica. Então, eu acho que a gente... o que a gente já sugeriu em reunião é que a gente tem que se reunir mais pra trocar mais essa troca de ideias de um setor pro outro. Porque a gente tá no apoio, aí tem a enfermagem, tem o enfermeiro esteve, que você vai conversar com ele, que ele já é do plantão” (P2).

Outra medida necessária é o maior investimento na capacitação dos profissionais, visando fortalecer a necessidade de uma cultura de segurança do paciente favorável, em que os profissionais sejam mais comprometidos com a garantia de um cuidado seguro para o paciente e uma comunicação efetiva entre o profissional e o paciente, como evidenciado pelas participantes P1 e P4:

“Eu penso que a gente até já avançou um pouco, mas que a gente precisa melhorar mais. Mas a minha visão é que são protocolos que a gente precisa ter mais responsabilidade, mais compromisso, porque a gente tá lidando com vidas, né? Com o ser humano. E vem aquele ditado, né? A gente tem que querer pro outro aquilo que a gente quer pra gente. O paciente tá aqui, não porque ele queria estar, ninguém quer estar, mas ter mais uma comunicação efetiva entre profissional e paciente” (P1).

“Acho que é meio cultural. Acho que o pessoal vai tão automático que eu acho que a gente tem que parar, refletir um pouco sobre as nossas atitudes. Então, acho que a gente tem que refletir muito sobre as nossas atitudes no nosso dia a dia de trabalho. Prevendo a segurança do paciente, do nosso, do meio ambiente, de tudo, de uma forma geral” (P4).

Dessa forma, as falas das entrevistadas P2 e P4 também reforçam a importância da educação permanente para o fortalecimento das ações de segurança do paciente, quando assim verbalizaram:

“Eu penso que é cada vez mais, eu acho que a gente tem que se aprofundar no assunto, a gente tem que conhecer o assunto, é importante a gente ver no dia a dia o quanto o hospital se desenvolveu e é graças a isso, é o protocolo, é a política de ensinamento aí que vai passando conhecimento pra gente colocar em prática e isso a gente vê nas estatísticas mesmo de melhoria aqui pro hospital. Então, é outro patamar agora aqui no hospital, entendeu? É outra realidade que a gente tem ali pra segurança, entendeu? Porque hoje a gente tem um conhecimento, um conhecimento maior do que antes a gente não tinha” (P2).

“[...] mantendo a equipe sempre treinada em todos os protocolos que precisam ser seguidas, e cobrar a implantação na prática, não adianta você chegar e falar, você tem que treinar a equipe e ver isso no seu dia a dia, ter o comprometimento da equipe com aquilo que foi é passado pra ele” (P4).

Sobre a capacitação dos profissionais para uma atuação mais segura, a RDC nº 36/2013 dispõe no art. 7º que compete ao NSP “desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde” (Brasil, 2013c). Além do mais, Silva et al. (2022) discutem que,

nos Projetos Político-Pedagógicos (PPP), a temática sobre segurança do paciente vem sendo abordada de modo fragmentado, em que os profissionais necessitam de conhecimento para ofertar um cuidado seguro.

Os resultados indicam ainda a existência de um distanciamento entre profissionais que atuam na linha de frente e o NSP, o que, por sua vez, compromete a efetividade dos protocolos e a implementação das práticas de segurança do paciente. Tal fragilidade se mostrou associada à ausência ou à descentralização dos processos de capacitação, que precisam ser reavaliados, como já discutido:

“A gente, enquanto igual eu, como R.T., o enfermeiro recebe o treinamento do núcleo, isso tá limitado ao núcleo. Então, acho que precisa ter uma melhoria e fazer com que isso chegue às equipes de uma forma mais efetiva, entendeu? Pra que eles entendam qual é a importância mesmo disso. É preciso efetivar os protocolos e dar acesso a esses protocolos aos profissionais. Não sei se é um grande treinamento pra todo mundo entender de forma in loco, entendeu? Através do que a gente tem feito de visita, de orientação no campo ali, mas acho que precisa movimentar mais a equipe em relação a entender melhor o que significa o Núcleo de Segurança do paciente. Parece que é uma coisa muito fora do dia a dia, uma coisa que teria que trabalhar junto e hoje ainda tá meio fora do contexto mesmo da equipe” (P5).

Assim como foi assinalado no estudo de Siman *et al.* (2019), na visão dos participantes, também é urgente um maior investimento de recursos financeiros, para que o déficit de profissional seja superado, que é foi uma medida estratégica para aumentar a qualidade da assistência ofertada ao paciente, conforme apontado pelos participantes P3 e P8:

“Eu acho que para melhorar a gente precisaria ter mais recursos, que ajuda bastante a gente conseguir implementar, e aumento de equipe, que também ajuda muito você a conseguir realmente dar uma qualidade melhor ao paciente” (P3).

“Eu acho precisamos de mais recursos humanos, mais gente envolvida. Mais capacitações para as equipes, e parcerias também, como você falou, a gente conversou sobre a questão da diretoria, dá maior incentivo, quanto maior o incentivo na segurança do paciente, maior a efetividade vai ser nas ações. Então, assim, acho que além de mais recursos humanos, as

capacitações e agregações financeiras também precisam pra investir” (P8).

Acredita-se que, havendo maior alocação de recursos, outras medidas poderão ser implementadas, como é o caso daquelas relacionadas com melhorias na infraestrutura, consideradas pelos participantes como indispensáveis para prevenir a ocorrência de erros, que vêm ocorrendo em razão de fragilidades nessa área, como se pode observar abaixo:

“Eu acho que a gente precisa melhorar é a estrutura física, é primordial, você arrumando a estrutura física, arrumando a estrutura física” (P4).

“A estrutura física também precisa melhorar, a gerência tem ciência dessas questões. E hoje falta mesmo dinheiro para poder modificar. O Pronto Socorro, ele induz ao erro ali, eles preparam medicação onde o paciente já é administrado a medicação e acaba, muitas vezes, gerando esses problemas que a gente está tendo de administração errada de medicamentos, alguma doença do lado, preparar a medicação e administrar com calma” (P5).

Também ligada à necessidade de melhorias na questão de infraestrutura do hospital, foi consenso entre os participantes a urgência de a farmácia do hospital começar a funcionar em todos os turnos e de adequação da via de acesso a esse setor, que atualmente se dá por meio do pronto-socorro, além de estar localizada em um imóvel externo ao hospital:

“Um deles é a farmácia 24 horas mesmo. Eu acho que o primeiro ponto é esse, de colocar a farmácia 24 horas. A gente poderia ter um acesso aqui pra dentro e não precisar passar no pronto-socorro. Isso já foi até solicitado, mas não sei como vai ser feito, se a farmácia vai permanecer aqui. Eu sei um pouco da estrutura, a farmácia 24 horas” (P7).

Os profissionais entrevistados enfatizaram igualmente que, para fortalecer a execução da PNSP no hospital estudado, a existência dos protocolos é insuficiente, tornando-se importante uma atuação mais sistemática dos órgãos fiscalizadores, com destaque para a vigilância estadual. Assim, conforme indica a fala da

entrevistada P8, a fiscalização das ações é a condição para a garantia da segurança do paciente:

“Serem mais efetivas as cobranças, né? Porque assim, o sistema só funciona se alguém tiver fiscalizando. Se os órgãos fiscalizadores não fiscalizar, vai ficando solto. Então, tem que ter mais fiscalizações estadual. Porque quando você fala em segurança do paciente, você está falando da qualidade do serviço. Então, você só tem uma qualidade, se você é fiscalizado, se você é cobrado. Eu acho que é aumentar a fiscalização encima, acho que é um dos pontos também” (P8).

Na visão dos profissionais que participaram do estudo, o hospital explorado precisa de maiores investimentos no campo tecnológico, modernizando algumas práticas, a fim de propiciar melhorias na segurança no processo de esterilização de materiais e na rastreabilidade da administração de medicamentos, as quais podem ser introduzidas sob influência da busca de acreditação da ONA:

“E a gente estava até conversando outro dia também sobre um sistema que faz o rastreamento do material que foi esterilizado através de um BIP. Hoje a gente bota um código na etiqueta. Eu acho que com a chegada da ONA aí, eu acho que o hospital vai acabar contemplando isso” (P4).

“Ter mais... o sistema informatizado, para uma melhora no geral. Primeiro, farmácia 24 horas e um equipamento que fizesse todo o fracionamento e já saísse etiquetado o medicamento, acho que seria uma rastreabilidade bem mais segura que você fazer manual, né? Já tem hospitais que estão aderindo essa máquina, mas é muito cara, né? Mais de 150 mil. Mas assim, é uma coisa que eu acho também que seria, além de otimizar o serviço, a rastreabilidade seria melhor” (P7).

Na pesquisa de Ferreira *et al.* (2019), o investimento em sistema informatizado também foi destacado como estratégia exitosa para minimizar os riscos de falhas, especialmente no contexto da Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos.

De forma similar, a urgência por um investimento mais robusto na área tecnológica foi apontada pelos participantes, no que se refere à ausência de um sistema informatizado apropriado para coleta e análise de indicadores de segurança do paciente, que pode estar comprometendo o processo de monitoramento e

diagnóstico das medidas de segurança do paciente, já que, como sugere o depoimento da entrevistada P4, a atuação do NSP pode não está sendo subsidiada por indicadores: *“vamos ter que trabalhar com resultados e indicadores”* (P4).

Conforme apontado pela entrevistada P6, embora o hospital já disponha de um sistema informatizado, este ainda apresenta fragilidades no que diz respeito à geração de indicadores que permitam um panorama claro e preciso da segurança do paciente na instituição, para que as ações implementadas sejam monitoradas, avaliadas e aprimoradas: *“hoje, já tem um sistema. Precisa melhorar, né? Precisa ter um sistema de qualidade, precisa ter indicadores, mas já evoluiu bastante”* (P6). O depoimento da entrevistada P4 também aponta para essa lacuna, quando assim pontuou: *“Vamos ter que trabalhar com resultados e indicadores”* (P4).

Além disso, a operacionalização de um sistema para consolidação de indicadores traria contribuições significativas para o processo de comunicação e notificação de eventos adversos – logo, para o desenvolvimento de intervenções necessárias, de forma mais rápida, como foi possível extrair do relato da profissional P8:

“Qualquer forma de comunicação rápida, ativa, tanto para o mundo, como para a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, como para qualquer parte do hospital, seria a forma ideal e correta, para ter uma informação mais rápida, porque muitas das vezes o processo tem falhas, então as vezes o evento passa, o tempo que não era esperado, que seja feita a comunicação mais rápida, mais ativa, só que também a gente entende que é um processo onde você lida com muita gente, um processo que demora mais um pouco, mas eu acho que seria muito bom ter um sistema informatizado (P8).

Desse modo, as sugestões dos participantes demonstram uma preocupação com o fortalecimento da PNSP no hospital estudado e indicam que os profissionais atuantes no NSPS estão comprometidos nesse objetivo, como representado no discurso a seguir: *“Então, nosso objetivo com isso é crescer cada vez mais pra melhorar a qualidade no nosso serviço, na segurança da população dos pacientes que vem aqui buscar o nosso atendimento”* (P4).

Dessa forma, as falas dos participantes deixam evidente que, embora o NSP esteja formalmente instituído no hospital, sua efetividade ainda enfrenta desafios relativos à sobrecarga de responsabilidades concentradas na coordenadora, à

insuficiência de recursos humanos dedicados e à necessidade de atualização e maior acessibilidade dos protocolos para todos os profissionais.

Os relatos também revelam a carência de capacitações sistemáticas e de um processo de comunicação mais ágil e eficiente, capaz de integrar os diferentes setores do hospital e tornar a segurança do paciente um compromisso compartilhado por toda a equipe. A isso, soma-se a urgência por melhorias na estrutura física e tecnológica da instituição, como a ampliação do funcionamento da farmácia hospitalar e a informatização dos processos de registro e monitoramento de eventos adversos, o que, segundo os profissionais, poderá ser impulsionado pela busca da acreditação da ONA. Portanto, as contribuições dos entrevistados apontam para a importância de transformar as normativas e os protocolos em práticas concretas, vivenciadas no cotidiano assistencial, de modo que a cultura de segurança do paciente seja fortalecida de maneira coletiva, contínua e efetiva no ambiente hospitalar

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base na análise realizada ao longo do estudo, pode-se afirmar que a PNSP constitui um importante marco normativo e estratégico para a consolidação de práticas mais seguras no âmbito hospitalar. Sua implementação no hospital estudado, por meio da atuação do NSP, tem contribuído significativamente para a construção de uma cultura organizacional voltada à prevenção de riscos e à qualificação da assistência. Os profissionais envolvidos demonstraram compreender os princípios e os objetivos da política, reconhecendo sua relevância na promoção de um ambiente mais seguro tanto para os pacientes quanto para os trabalhadores da saúde.

Foi constatado que a PNSP se encontra implementada no hospital estudado, contudo, de forma ainda muito incipiente e muito mais na esfera prescritiva e normatiza do que no fazer diário dos profissionais, os quais sugeriram a existência de uma cultura de segurança do paciente que ainda não está fortalecida.

Os resultados apontaram a existência de pontos frágeis para a efetiva implementação da política, com destaque para a ausência de recurso e limitação na infraestrutura. Entretanto, também foram apontados pontos fortes, como é o caso do envolvimento da gestão no processo de trabalho do NSP.

O estudo evidenciou que a adesão aos protocolos preconizados pela PNSP, como os de identificação do paciente, higiene das mãos, prevenção de quedas e prescrição segura de medicamentos, tem promovido melhorias substanciais na prática assistencial. Embora persistam desafios, especialmente relacionados com a limitação de recursos, infraestrutura e descentralização das responsabilidades dentro do NSP, nota-se o empenho da equipe em aplicar as diretrizes da política de forma contínua e sistemática. O envolvimento da gestão e a participação crescente dos profissionais nas capacitações oferecidas têm se revelado facilitadores importantes nesse processo.

Por outro lado, a análise também apontou para lacunas que ainda precisam ser superadas, como a concentração das decisões e ações na figura da coordenadora do NSP, a necessidade de fortalecimento da atuação multiprofissional e a urgência de uma maior informatização dos processos, incluindo a notificação e o monitoramento dos eventos adversos. A ausência de indicadores sistematizados e a

subutilização do Plano de Segurança do Paciente como ferramenta estratégica são aspectos que limitam o alcance e a efetividade das ações previstas pela política.

Dessa maneira, a busca pela certificação da ONA se configura como uma oportunidade para potencializar avanços estruturais e culturais no hospital analisado. O fortalecimento da PNSP depende da integração entre as diretrizes normativas e a realidade institucional, sendo imprescindíveis o engajamento coletivo, o investimento contínuo em formação e a consolidação de uma cultura de corresponsabilidade. Assim, é possível garantir uma assistência segura, qualificada e humanizada, em consonância com os princípios fundamentais do SUS e as necessidades da população atendida.

REFERÊNCIAS

ALBERTINI, A. C. S.; PEDUZZI, M. Interprofessional approach to fall prevention in hospital care. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 58, p. 1-10, 2024.

ALVES, M. F. T.; CARVALHO, D. S.; ALBUQUERQUE, G. S. C. Motivos para a não notificação de incidentes de segurança do paciente por profissionais de saúde: revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 2895-2908, 2019.

AMAYA, M. R. *et al.* Construção e validação de conteúdo de checklist para a segurança do paciente em emergência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s. l.], v. 37, p. 1-8, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/x7GjXFKy8SJNpQgFCvf95Gg/>. Acesso em: 15 fev. 2025.

AMORIM, D. P. L.; SOUZA, A. A. Caracterização assistencial dos hospitais filantrópicos da Região Metropolitana de Belo Horizonte. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 234-240, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/XBDVJNFdnJXjJFswTP8VsSg/>. Acesso em: 17 out. 2024.

ANDRADE, L. E. L. *et al.* Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 161-172, jan. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/ZdzPMjFXMpcmzSZTJ5bSSyB/>. Acesso em: 10 nov. 2024.

ANDRADE, M. M. M. *et al.* Construção de uma cartilha instrutiva para pacientes internados com ênfase na cultura de segurança do paciente. **Nursing**, [s. l.], v. 29, n. 319, p. 10351-10357, 2025. Disponível em: <https://www.revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/3257/3999>. Acesso em: 01 fev. 2025.

BARATTO, M. A. M. *et al.* Cultura de segurança do paciente: perspectiva de trabalhadores da saúde e apoio. **Acta Paulista de Enfermagem**, [s. l.], v. 34, p. 1-8, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/SQfxWbtYGC5tMfXvhgFsrRS/>. Acesso em: 25 fev. 2025.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2010.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acesso em: 3 set. 2023.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde**. Brasília: Anvisa, 2016a. 68 p. Série (Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde). Disponível em:

<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/caderno-6-implantacao-do-nucleo-de-seguranca-do-paciente-em-servicos-de-saude.pdf>. Acesso em: 25 set. 2024.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Plano Integrado para Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. **Gov.br**, Brasília, 3 mar. 2023a. Disponível em:

<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/seguranca-do-paciente/plano-integrado>. Acesso em: 15 set. 2024.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos**. Brasília: Anvisa, 2020. Disponível em:

<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/protocolo-de-seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos/view>. Acesso em: 8 jan. 2025.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Relatório da avaliação nacional da cultura de segurança do paciente em hospitais brasileiros – ano 2023**.

Brasília: Anvisa, 2024a. Disponível em:

<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/seguranca-do-paciente/cultura-de-seguranca-do-paciente-2/RelatorioCSP2023.pdf>. Acesso em: 2 nov. 2024.

BRASIL. Lei Complementar nº 187, de 16 de dezembro de 2021. Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes e regula os procedimentos referentes à imunidade de contribuições à seguridade social de que trata o § 7º do art. 195 da Constituição Federal; altera as Leis nºs 5.172, de 25 de outubro de 1966 (Código Tributário Nacional), e 9.532, de 10 de dezembro de 1997; revoga a Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, e dispositivos das Leis nºs 11.096, de 13 de janeiro de 2005, e 12.249, de 11 de junho de 2010; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 159, n. 237, p. 1-5, 17 dez. 2021a. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/leicom/2021/leicomplementar-187-16-dezembro-2021-792101-publicacaooriginal-164108-pl.html>. Acesso em: 12 out. 2024.

BRASIL. Lei nº 13.021, de 8 de agosto de 2014. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 151, n. 12-A, p. 1, 11 ago. 2014.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Conselho Nacional de Assistência Social. Resolução nº 32, de 24 de fevereiro de 1999. Dispõe sobre a concessão ou renovação do registro e certificado de entidades de fins filantrópicos. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 137, v. 38-E, p. 8, 26 fev. 1999. Disponível em: https://abmes.org.br/arquivos/legislacoes/r_cnas_32.pdf. Acesso em: 15 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 150, n. 143, p. 32, 26 jul. 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Serviços especializados**. Brasília: CNES, 2024b. Disponível em: https://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades.asp?VEstado=32&VMun=&VComp=00&VTerc=00&VServico=00&VClassificacao=00&VAmbu=1&VAmbuSUS=1&VHosp=1&VHospSUS=1. Acesso em: 13 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 150, n. 112, p. 59-62, 13 jun. 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 153, n. 98, p. 44-46, 24 maio 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 150, n. 62, p. 43-44, 2 abr. 2013c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 8 mai. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013. Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 150, n. 252, 30 dez. 2013d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Incidentes relacionados à assistência à saúde Resultados das notificações realizadas no Notivisa – Brasil, janeiro a dezembro de 2023**. Brasília: SAPS, 2023a. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/relatorios-de-notificacao-dos-estados/eventos-adversos/2023/brasil>. Acesso em: 24 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Protocolos Básicos de Segurança do Paciente**. Brasília: SAPS, 2023b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/pnsp/protocolos-basicos>. Acesso em: 14 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Metas Internacionais de Segurança do Paciente**. Brasília: SAPS, 2024c. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-ufmg/saude/metas-internacionais-de-seguranca-do-paciente/metas-internacionais-de-seguranca-do-paciente>. Acesso em: 5 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Núcleo de Segurança do Paciente**. Brasília: SAPS, 2021b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/pnsp/nucleo-de-seguranca-do-paciente>. Acesso em: 15 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Ministério da Saúde anuncia repasse a hospitais filantrópicos em parceria com o Mais Acesso a Especialistas**. Brasília: SAPS, 2024d. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/agosto/ministerio-da-saude-anuncia-repasse-a-hospitais-filantropicos-em-parceria-com-o-mais-acesso-a-especialistas>. Acesso em: 10 nov. 2024.

CALDANA, G. *et al.* Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente: desafios e perspectivas. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 3, n. 24, p. 906-911, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/pt_0104-0707-tce-24-03-00906.pdf. Acesso em: 7 maio 2024.

CARNEIRO, A. S. *et al.* Patient safety culture in critical and non-critical areas: a comparative study. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.1-8, p. 1-8, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/XZ58srFxf7WHdxYGSgqG5VL/>. Acesso em: 7 mar. 2025.

CAUDURO, F. L. **Avaliação da cultura de segurança em unidades cirúrgicas**. 2013. 104 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/xmlui/bitstream/handle/1884/34901/R%20-%20D%20%20FERNANDA%20LETICIA%20FRATES%20CAUDURO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 3 abr. 2024.

CAVALCANTE, E. F. O. *et al.* Implementação dos núcleos de segurança do paciente e as infecções relacionadas à assistência à saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s. l.], v. 40, p. 1-10, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngen/a/XnshRsYTr4dQKSnkznwDYw/#>. Acesso em: 28 set. 2024.

CONFEDERAÇÃO DAS SANTAS CASAS E HOSPITAIS FILANTRÓPICOS. **Notícias: Dia Nacional da Filantropia (20 de outubro) dá luz às contribuições do setor ao Brasil; CMB ressalta papel das entidades**. [S. l.]: CMB, 2022. Disponível em: <https://www.cmb.org.br/cmb/2023/10/24/filantropia-na-saude-hospitais-filantropicos-sao-responsaveis-por-mais-da-metade-dos-atendimentos-de-alta-complexidade/>. Acesso em: 7 nov. 2024.

COSLOP, S. *et al.* Estrutura e atividades dos Núcleos de Segurança do Paciente em hospitais: uma revisão integrativa. **Vigilância Sanitária em Debate**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 55-63, 2022.

COSTA, D. B. *et al.* Cultura de Segurança do Paciente: avaliação pelos profissionais de enfermagem. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 27, n. 3, p. 2-9, out. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/ZWcDcxB9zC5KzbdMPZQrWYF/#>. Acesso em: 5 nov. 2024.

COSTA, R.; PADILHA, I. M.; AMANTE, N. L. O legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 4, p. 661-669, out. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072009000400007>. Acesso em: 7 maio 2024.

CRUZ, L. L. *et al.* Avaliação da cultura de segurança do paciente no centro cirúrgico: um estudo transversal. **Nursing**, [s. l.], v. 24, n. 278, p. 5890-5997, 2021. Disponível em: <https://www.revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/1687/1948>. Acesso em: 15 nov. 2024.

CUNHA, J. A. C.; CORREA, H. L. Avaliação de desempenho organizacional: um estudo aplicado em hospitais filantrópicos. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 53, n. 5, p. 485-499, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rae/a/4LrqQFw56GrPFYwsyN4cqNg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 out. 2024.

DUARTE, S. C. M. *et al.* Best Safety Practices in nursing care in Neonatal Intensive Therapy. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 73, n. 2, p. 1-9, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/r6gdrDJxHhDmwsTY7mDGw/?lang=pt>. Acesso em: 20 jan. 2025.

ECHER, I. C. *et al.* Passagem de plantão da enfermagem: desenvolvimento e validação de instrumentos para qualificar a continuidade do cuidado. **Cogitare Enfermagem**, [s. l.], v. 26, p. 1-12, 2021.

FERREIRA, A. M. D. *et al.* Percepções dos profissionais de enfermagem acerca do uso da informatização para segurança do paciente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s. l.], v. 40, p. 1-8, 2019. Número especial. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/rVpcv68pqHHFjKyMsSkwbzG/>. Acesso em: 5 fev. 2025.

FERREIRA, L. R.; NEVES, V. R.; ROSA, A. S. Desafios na avaliação da atenção básica a partir de um programa de melhoria da qualidade. **Escola Anna Nery**, [s. l.], v. 26, n. 1, p. 1-10, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/Q7DwqDXrsp9bgTMfMcMBpfJ/?lang=pt#>. Acesso em: 12 ago. 2024.

GABRIEL, C. S. 10 anos do Programa Nacional de Segurança do Paciente: avanços, barreiras e protagonismo da Enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s. l.], v. 44, n. 1, p. 1-3, set. 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/hxKYsqsdvPMcfzJX5Wdxjpf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 set. 2024.

GAMA, Z. A. S. *et al.* Desenvolvimento e validação de indicadores de boas práticas de segurança do paciente: Projeto ISEP-Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 9, p.1-17, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/wc44Ptcs75zHzHcg59z8Bgj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 1 set. 2023.

GIL, A. C. **Como elaborar projeto de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017. 32 p. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7237624/mod_resource/content/1/Ant%C3%B4nio%20C.%20Gil_Como%20Elaborar%20Projetos%20de%20Pesquisa.pdf. Acesso em: 25 abr. 2024.

HANG, A. T. *et al.* Desafios à segurança do paciente na terapia intensiva: uma teoria fundamentada. **Acta Paulista de Enfermagem**, [s. l.], v. 36, p. 1-12, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/kknvVDX9YTnn5JJ4K4zgSFf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 4 set. 2023.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Agenda 2030**: objetivos de desenvolvimento sustentável: avaliação do progresso das principais metas globais para o Brasil: ODS 1: acabar com a pobreza em todas as suas formas, em todos os lugares. Brasília: IPEA, 2024. 19 p. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/14124>. Acesso em: 10 nov. 2024.

KOLANKIEWICZ, A.C. B. *et al.* Cultura de segurança do paciente na perspectiva de todos os trabalhadores de um hospital geral. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s. l.], v. 41, p. 1-10, 2020.

LEMOS, G. *et al.* Cultura de segurança do paciente em três instituições hospitalares: perspectiva da equipe de enfermagem. **Revista Bahiana de Enfermagem**, [s. l.], v. 36, n. 1, p. 1-12, 2022. Disponível em: https://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-86502022000100313. Acesso em: 19 set. 2024.

LIMA, E.A.C. *et al.* Standard Operating Procedure validity on intramuscular vaccine administration in adults: a methodological study. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 76, n. 4, p. 1-8, 2023.

LIMA, M. S. M. *et al.* Effectiveness of implementing an improvement cycle in the identification of critically ill patients. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 75, n. 6, p. 1-8, 2022.

LOPES, B. A. *et al.* A Cultura de Segurança do Paciente na Perspectiva da Equipe de Enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, [s. l.], v. 28, n. 86, p. 1-14, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cenf/a/GGknTHXWHkTWtnQ4SG9S6p/#>. Acesso em: 14 jul. 2024.

MACEDO, R. S.; BOHOMOL, E. Análise da estrutura organizacional do Núcleo de Segurança do Paciente dos hospitais da Rede Sentinela. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s. l.], v. 40, p. 1-10, 2019.

MELLO, L. R. G. *et al.* Núcleo segurança do paciente: perfil dos recursos humanos no cenário brasileiro. **Acta Paulista de Enfermagem**, [s. l.], v. 34, p.1-10, 2021.

MINAYO, M. C. S.; GOMES, S. F. D. R. (org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. p. 10. Disponível em: <https://bibliocetas.fct.unesp.br/Arquivos%20P%C3%BAblicos/Pesquisa%20Qualitativa%20Pesquisa%20Social%20%20Teoria%2C%20M%C3%A9todo%20e%20Criatividade%20-%20minayo.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2024.

NAZÁRIO, S.S. *et al.* Fatores facilitadores e dificultadores da notificação de eventos adversos: revisão integrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, [s. l.], v. 34, p. 1-7, 2021.

OLIVEIRA, A. L. M.; SACOMANO NETO, M.; DONADONE, J. C. O papel da Santa Casa no sistema público de saúde brasileiro: o levantamento histórico de uma instituição filantrópica. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 1-10, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/YK5By6PLB5YcpG8N8qHB5Gn/>. Acesso em: 23 out. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **10 fatos sobre a segurança do paciente – Organização Mundial da Saúde**. Geneva: OMS, 2019. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/photo-story/photo-story-detail/10-facts-on-patient-safety>. Acesso em: 12 out.2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Plano de ação global para a segurança do paciente 2021-2030**. [S. l.]: Proqualis, ICICT/Fiocruz, 2021. Disponível em: https://proqualis.fiocruz.br/sites/proqualis.fiocruz.br/files/Plano%20de%20A%C3%A7%C3%A3o%20Global%20para%20a%20Seguran%C3%A7a%20do%20Paciente%202021-2030_Sum%C3%A1rio%20Executivo.pdf. Acesso em: 25 jun. 2024.

PACHECO, F. A. *et al.* Validation of a patient safety checklist for Radiological procedures in hemodynamics. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 75, n. 6, p. 1-8, 2022.

PALHA, L. R. C. Televisão e política: o mito Tancredo Neves entre a morte, o legado e a redenção. **Revista Brasileira de História**, São Paulo, v. 31, n. 62, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-01882011000200012>. Acesso em: 7 maio 2024.

PANITZ, L. M.; PRATA, D. N.; RODRIGUES, W. Análise do desempenho dos hospitais públicos e privados que atendem ao Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 9, p. 1-16, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2024.v40n9/e00156023/>. Acesso em: 11 nov. 2024.

PORTELA, M. C. *et al.* Estudo sobre os hospitais filantrópicos no Brasil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, p. 1-11, 2000. Disponível em: <https://periodicos.fgv.br/rap/article/view/6270/4861>. Acesso em: 6 nov. 2024.

PORTUGAL, F. B. *et al.* Núcleos de segurança do paciente no estado do Espírito Santo, Brasil: potencialidades e desafios. **Revista Enfermagem Contemporânea**, Salvador, v. 13, p. 1-9, 2024.

POTT, F. S. *et al.* Pressure injury prevention measures: overview of systematic reviews. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 57, p. 1-11, 2023.

PRATES, C. G. *et al.* Cultura de segurança do paciente na percepção dos profissionais de saúde: pesquisa de métodos mistos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s. l.], v. 42, n. 18, p. 1-10, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/vdPbrj9jhMVnrGHQmthMpTQ/?lang=pt#ModalTutorss1>. Acesso em: 15 out. 2024.

PRATES, C. G. *et al.* Núcleo de segurança do paciente: o caminho das pedras em um hospital geral. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s. l.], v. 40, p. 1-5, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/D56fnMg49q9vyFGXRxKVPqz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 set. 2024.

RAIMONDI, D. C. *et al.* Cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde: análise por categorias profissionais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s. l.], v. 40, p. 1-9, 2019. Número especial. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/ZQY357fz6cmbgCK9Mjpp4bK/?lang=pt#ModalTutors>. Acesso em: 25 set. 2024.

RIBEIRO, G. S. R. *et al.* Falhas de equipamentos: condutas dos enfermeiros e implicações na segurança do paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 71, n. 4, p. 1942-1950, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/VvCJJBNph5bDzZnzVGvP3Dw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 set. 2023.

ROMERO, M. P. *et al.* A segurança do paciente, qualidade do atendimento e ética dos sistemas de saúde. **Revista Bioética**, Brasília, v. 26, n. 3, p. 333-342, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/bioet/v26n3/1983-8042-bioet-26-03-0333.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2024.

SANCHIS, D. Z. *et al.* Cultura de segurança do paciente: percepção de profissionais de enfermagem em instituições de alta complexidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 73, n. 5, p. 1-8, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/m4g7LphXYPgZdpPxR4fw4yD/?lang=pt>. Acesso em: 28 out. 2024.

SANTOS, D. C. *et al.* Implementação dos Protocolos Básicos de Segurança do Paciente: projeto de melhoria da qualidade. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s. l.], v.45, p.1-14, 2024.

SANTOS, P. R. A.; ROCHA, F. L. R.; SAMPAIO, C. S. J. C. Ações para segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos em unidades de pronto atendimento. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s. l.], v.40, p. 1-40, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/MBzJNJNhGG6XqKPRdZ37tdj/?format=pdf>. Acesso em: 18 abr. 2025.

SANTOS, R. A.; JUNIOR, W. V. M.; MARTINS, M. Qualidade do cuidado em saúde e segurança do paciente: avaliação dos resultados de um programa de formação à distância. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 10, p. 4553-4568, 2021.

SÁTIRO, L. S. P. *et al.* Perceptions of professionals working in a university hospital about the patient safety culture. **Cogitare Enfermagem**, [s. l.], v. 29, p. 1-12, 2024.

SERRANO, A. C. F. F. *et al.* Avaliação da cultura de segurança do paciente em um hospital filantrópico. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 23, n. 1, p. 1-8, out. 2019. Disponível em: https://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622019000100230&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 10 ago. 2024.

SILVA, B. P. A. R. *et al.* Cultura de segurança em unidades de terapia intensiva na perspectiva da equipe multiprofissional: Estudo multicêntrico. **Enfermería Actual de Costa Rica**, [s. l.], n. 46, p. 1-15, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/enfermeria/n46/1409-4568-enfermeria-46-58440.pdf>. Acesso em: 12 maio 2025.

SILVA, J. F. M. *et al.* O aumento de entidades filantrópicas no SUS: o que esse cenário revela? **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 57, p. 34, 23 jun. 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/8QSLgrrdCZpFDW4KTNfmcMN/?lang=pt#ModalTutorsTRpt>. Acesso em: 8 nov. 2024.

SILVA, L. L. T. *et al.* Segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde: percepção da equipe de enfermagem. **Escola Anna Nery**, [s. l.], v. 26, p. 1-8, 2022.

SILVA, T. F. *et al.* Cuidados para prevenção de lesão por pressão realizada por enfermeiros em um hospital de ensino. **Revista Uruguaya de Enfermería (En línea)**, Montevideo, v. 18, n. 2, p. 1-19, 2023. Disponível em: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2301-03712023000201205&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 15 ago. 2023.

SIMAN, A. G. *et al.* Desafios da prática na segurança do paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 72, n. 6, p. 1581-1588, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/xVGnxHjMmX8m5yty3BHTy3f/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 abr. 2025.

SMIDERLE, F. R. N. **A gestão pública dos serviços de saúde e sua relação com um hospital filantrópico**. 2012. 132 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local) – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), Vitória, 2012. Disponível em: https://emescam.br/wpcontent/uploads/2021/02/41_fabiana_rosa_neves_smiderle.pdf. Acesso em: 13 nov. 2024.

VASCONCELOS, P. F. *et al.* Clima de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde: análise de causa-raiz. **REME – Revista Mineira de Enfermagem**, n. 25, p. 1-7, 2021. Disponível em: <https://periodicos-des.cecom.ufmg.br/index.php/rem/article/view/55001>. Acesso em: 18 fev. 2025.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado (a) como voluntário a participar da pesquisa POLÍTICA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE: ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE SEGURANÇA EM UM HOSPITAL FILANTRÓPICO DO SUL DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO, sob a responsabilidade de ANDRÉIA BARBOZA PASTOR.

JUSTIFICATIVA: Esse estudo se justifica pela importância de garantir a qualidade e a eficácia dos cuidados de saúde, bem como a necessidade de reduzir as não conformidades, eventos adversos e erros. Além disso, é fundamental ressaltar que a segurança do paciente é uma preocupação global e uma prioridade em sistemas de saúde em todo o mundo. Explorar esse tema permitirá uma análise aprofundada dos desafios enfrentados na elaboração e implementação dos protocolos, a identificação de áreas para melhoria e o desenvolvimento de estratégias e intervenções para promover a segurança e a qualidade dos cuidados de saúde.

OBJETIVO DA PESQUISA: Analisar as ações de segurança do paciente implantadas no hospital filantrópico do sul do estado do Espírito Santo frente à política nacional de segurança do paciente. Identificar as práticas de segurança do paciente desenvolvidas na instituição pelo núcleo de segurança do paciente.

PROCEDIMENTOS: A pesquisa classifica-se como um estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa. A sua participação nesse estudo consiste em responder algumas perguntas sobre a implementação dos protocolos de segurança do paciente no hospital de acordo com a Política nacional de Segurança do Paciente. Esta entrevista será gravada e transcrita posteriormente. Ao aceitar a participar desta pesquisa científica, estará respondendo um questionário com questões que abordam sobre dados de identificação e posteriormente sobre práticas de segurança implementadas no hospital pelo Núcleo de Segurança do Paciente. A entrevista será realizada na sala administrativa do Núcleo de segurança do paciente e terá duração máxima de 30 minutos.

DURAÇÃO E LOCAL DA PESQUISA: A pesquisa terá tempo de duração de dois meses. As entrevistas serão realizadas e gravadas no seu local de trabalho depois de realizado contato prévio para agendamento e de o entrevistado, ciente dos objetivos da pesquisa TER ASSINADO O TCLE. Caso necessário as entrevistas também poderão ocorrer de forma virtual utilizando a plataforma teams ou Google meet.

RISCOS E DESCONFORTOS: Essa pesquisa apresenta riscos mínimos, pelo tipo de metodologia não gerar qualquer intervenção, mas é possível haver constrangimento do entrevistado e quebra de sigilo. Para minimizar constrangimentos serão realizadas orientações e avisos sobre a total proteção e confidencialidade das informações e o pesquisador se compromete a esclarecer qualquer questão que fique em dúvida. Fica aqui orientado também que você tem o direito de retirar-se da pesquisa a qualquer momento.

BENEFÍCIOS: Acredita-se que o estudo poderá ser benéfico para as instituições no que se refere a futuras ações que venham a ser implementadas tendo em vista o embasamento e as comprovações científicas realizadas nesse estudo, podendo assim fornecer incentivo para uma melhor prática dos profissionais, bem como contribuir para a formação acadêmica dos discentes envolvidos na pesquisa.

GARANTIA DE RECUSA EM PARTICIPAR DA PESQUISA E/OU RETIRADA DE CONSENTIMENTO: Você não é obrigado (a) a participar da pesquisa, podendo deixar de participar dela em qualquer momento, sem que seja penalizado ou que tenha prejuízos decorrentes de sua recusa. Caso decida retirar seu consentimento, você não será mais contatado (a) pelos pesquisadores.

GARANTIA DE MANUTENÇÃO DO SIGILO E PRIVACIDADE: A pesquisadora se compromete a resguardar sua identidade durante todas as fases da pesquisa, inclusive após finalizada e publicada.

GARANTIA DE INDENIZAÇÃO: Fica garantido ao participante o direito de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

CUSTO/ REEMBOLSO PARA O PARTICIPANTE: A presente pesquisa não implica em custos, nem tampouco em compensação financeira de qualquer espécie para os participantes, sendo a participação voluntária. Mas, assegura ressarcimento sobre danos que se originem dos procedimentos da pesquisa.

Esclarecimento de dúvidas: Se tiver alguma dúvida você poderá procurar pedir esclarecimento aos pesquisadores a qualquer momento. A pesquisa tem por Título pesquisa POLÍTICA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE: ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE SEGURANÇA EM UM HOSPITAL FILANTRÓPICO DO SUL DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO tem como pesquisador responsável a Fabiana Rosa Neves Smiderle, fabiana.neves@emescam.br, Telefone: (27)99944-7263, Rua Santa Júlia nº180, Rio Marinho Vila Velha. Você também pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Ciências da Saúde-EMESCAM (CEP/EMESCAM) através do telefone (27) 3334-3586, e-mail comite.etica@emescam.br ou correio: Av. N. S. da Penha, 2190, Santa Luiza –Vitória –ES –29045-402. O CEP/ EMESCAM tem a função de analisar projetos de pesquisa visando à proteção dos participantes dentro de padrões éticos nacionais e internacionais. Seu horário de funcionamento é de segunda a quinta-feira das 13:30h às 17h e sexta-feira, das 13:30h às 16h.

Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a permissão do responsável por você. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma via será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você. Também poderá ser enviado de forma virtual por meio de questionário eletrônico

Declaro que fui verbalmente informado e esclarecido sobre o presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, e que voluntariamente aceito participar deste estudo. Também declaro ter recebido uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de igual teor, assinada pela pesquisadora principal ou seu representante, rubricada em todas as páginas.

Mimoso do Sul, ES _____/_____/2024.

Assinatura do(a) participante

Assinatura do(a) pesquisador(a)

Rubrica do(a) participante

Rubrica do(a) pesquisador(a)

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

PARTE I- CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Nome: _____ **sexo:** _____ **idade:** _____ **Profissão:** _____
Tempo de trabalho no NSP: _____ **Tempo de profissão:** _____

1- Tempo de atuação neste hospital

☐ menos de 1 ano ☐ 01 a 02 anos ☐ 03 a 04 anos ☐ 05 a 06 anos
☐ 07 a 08 anos ☐ 09 a 10 anos ☐ Mais de 10 anos

2- Há quanto tempo é membro do Núcleo de Segurança do Paciente neste hospital?

☐ menos de 1 ano ☐ de 01 a 02 anos ☐ de 03 a 04 anos ☐ igual ou acima de 05 anos

3- Qual sua jornada de trabalho semanal nesta instituição?

☐ 30 horas ☐ 36 horas ☐ 40 horas ☐ 44 horas

4- Atua em outras instituições ou serviços?

☐ Sim Jornada de Trabalho: _____ Qual? _____ ☐ Não

5- É membro do Núcleo de Segurança do Paciente em outra instituição de saúde?

☐ Sim A quanto tempo? _____ Em qual função da comissão?
☐ coordenadora ☐ membra efetiva ☐ Não

6- Participa na elaboração e implementação dos protocolos de Segurança do paciente, junto ao núcleo de Segurança do Paciente?

☐ sim ☐ não

Se sim, de quantos participou?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ mais de 10

7- Já participou de alguma palestra/curso/simpósio relacionado ao tema Segurança do Paciente?

☐ sim ☐ não

8- Já participou de alguma palestra/curso/simpósio/congresso relacionado ao tema de Segurança do Paciente fora deste hospital?

☐ sim ☐ não

PARTE II- ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADO – PROFISSIONAIS

1. Comente um pouco sobre o que você conhece sobre a Política Nacional de Segurança do Paciente.

2. Descreva como é a organização do processo de trabalho do núcleo de Segurança do Paciente na instituição?
3. Comente um pouco sobre quais práticas de segurança do paciente o núcleo está desenvolvendo na instituição nesse momento?
4. Você poderia relatar quais as facilidades encontradas referente à Implementação dos protocolos de Segurança do Paciente aqui na instituição?
5. Você poderia relatar quais as dificuldades encontradas referente à Implementação dos protocolos de Segurança do Paciente aqui na instituição?
6. Frente à Política Nacional de Segurança do paciente, qual a sua percepção sobre os protocolos que nela existem e o que já tem sido implementado aqui no hospital.

ANEXOS

ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA

APÊNDICE C - CARTA DE ANUÊNCIA

CARTA DE ANUÊNCIA

De: Prof.^a Dra. Fabiana Rosa Neves Smiderle Para:

Diretor presidente – Marcus Fortuna Portinho

Prezado,

Eu, Fabiana Rosa Neves Smiderle, solicito autorização institucional para realização de projeto de pesquisa intitulado: "POLÍTICA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE. ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE SEGURANÇA EM UM HOSPITAL FILANTRÓPICO DO SUL DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO" com o(s) seguinte(s) objetivo(s): objetivos: Analisar as ações de segurança do paciente implantadas no hospital filantrópico do sul do estado do Espírito Santo frente à política nacional de segurança do paciente. Identificar as práticas de segurança do paciente desenvolvidas na instituição pelo núcleo de segurança do paciente; Identificar quais são os facilitadores e dificultadores para implementação dos padrões de segurança do paciente mediante protocolos preconizados na política Nacional pelo núcleo de segurança do paciente; Descrever a percepção dos profissionais do núcleo de segurança do paciente sobre a Política Nacional de Segurança do Paciente no hospital filantrópico do Sul do Estado, com a seguinte metodologia: trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa, com aplicação de uma entrevista em forma de questionário semi estruturado, realizado com a equipe do Núcleo de Segurança do Paciente. A organização para os dados obtidos acontecerá mediante a técnica de análise de conteúdo, segundo uma organização dos dados por fases por Cardin. Aproveito a oportunidade para informar que esta pesquisa NÃO ACARRETAGARÁ ÔNUS PARA O HOSPITAL.

Atenciosamente,



Fabiana Rosa Neves Smiderle

Contato

E- mail: Fabiana.neves@emescam.br

Telefone: (27) 809447203

(Para uso do Hospital)

☒ Concordamos com a solicitação ☐ Não concordamos com a solicitação

Minas do Sul, 14/07/2024

Documento assinado digitalmente
gov.br MARCOS FORTUNA PORTINHO
Data: 14/06/2024 11:50:40 -0300
Certificado em https://certs.mg.gov.br

Marcus Fortuna Portinho
Diretor Presidente HAP

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: POLÍTICA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE: ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE SEGURANÇA EM UM HOSPITAL FILANTRÓPICO DO SUL DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

Pesquisador: FABIANA ROSA NEVES SMIDERLE

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 81407024.3.0000.5065

Instituição Proponente: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.975.238

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e de abordagem qualitativa sendo utilizada a análise de conteúdo proposta por Bardin. O instrumento de coleta de dados será entrevista semiestruturada, com perguntas abertas e fechadas que será realizada com 7 profissionais (médicos, enfermeiros e farmacêuticos) que compõem o núcleo de segurança do paciente do hospital Apóstolo Pedro de Mimoso do Sul, ES.

Objetivo da Pesquisa:

Conhecer as ações que são desenvolvidas pelo núcleo de Segurança do Paciente, mediante aos protocolos preconizados pela política nacional.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos são descritos como mínimos, pelo tipo de metodologia não gerar qualquer intervenção, mas é possível haver constrangimento do entrevistado e quebra de sigilo. Para minimizar constrangimentos serão realizados orientações e avisos sobre a total proteção e confidencialidade das informações.

O estudo poderá ser benéfico para as instituições no que se refere a futuras ações que venham a ser implementadas tendo em vista o embasamento e as comprovações científicas realizadas no estudo, podendo assim fornecer incentivo para uma melhor prática dos profissionais, bem

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha, nº 2190, prédio Central, térreo, próxima à sala dos professores e módulos de
Bairro: Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

**ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM**



Continuação do Parecer: 6.975.238

Cronograma	CRONOGRAMA.docx	08/07/2024 12:20:55	FABIANA ROSA NEVES SMIDERLE	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	08/07/2024 12:20:55	FABIANA ROSA NEVES SMIDERLE	Postado
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOCEP.docx	08/07/2024 12:20:43	FABIANA ROSA NEVES SMIDERLE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOCEP.docx	08/07/2024 12:20:43	FABIANA ROSA NEVES SMIDERLE	Postado
Outros	INTRUMENTODECOLETA.docx	08/07/2024 12:14:11	FABIANA ROSA NEVES SMIDERLE	Aceito
Outros	INTRUMENTODECOLETA.docx	08/07/2024 12:14:11	FABIANA ROSA NEVES SMIDERLE	Postado
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuenciaASSINADA.pdf	08/07/2024 11:50:14	FABIANA ROSA NEVES SMIDERLE	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuenciaASSINADA.pdf	08/07/2024 11:50:14	FABIANA ROSA NEVES SMIDERLE	Postado
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	08/07/2024 11:39:13	FABIANA ROSA NEVES SMIDERLE	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	08/07/2024 11:39:13	FABIANA ROSA NEVES SMIDERLE	Postado
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclee.docx	19/06/2024 14:23:18	FABIANA ROSA NEVES SMIDERLE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclee.docx	19/06/2024 14:23:18	FABIANA ROSA NEVES SMIDERLE	Postado
Orçamento	ORCAMENTO.docx	19/06/2024 13:23:53	FABIANA ROSA NEVES SMIDERLE	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	19/06/2024 13:23:53	FABIANA ROSA NEVES SMIDERLE	Postado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha, nº 2190, prédio Central, térreo, próxima à sala dos professores e módulos de
Bairro: Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM



Continuação do Parecer: 6.975.238

VITORIA, 30 de Julho de 2024

Assinado por:
rubens josé loureiro
(Coordenador(a))

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha, nº 2190, prédio Central, térreo, próxima à sala dos professores e módulos de
Bairro: Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

