

# Implementação dos núcleos de segurança do paciente e as infecções relacionadas à assistência à saúde



*Implementation of patient safety centers and the healthcare-associated infections*

*Implementación de base de seguridad del paciente y las infecciones asociadas a la atención en salud*

Elisângela Franco de Oliveira Cavalcante<sup>a</sup>  
 Illiana Rose Benvinda de Oliveira Pereira<sup>a</sup>  
 Maria Jalila Vieira de Figueiredo Leite<sup>a</sup>  
 Alexandy Michel Dantas Santos<sup>a</sup>  
 Cleonice Andréa Alves Cavalcante<sup>a</sup>

## Como citar este artigo:

Cavalcante EFO, Pereira IRBO, Leite MJVF, Santos AMD, Cavalcante CAA. Implementação dos núcleos de segurança do paciente e as infecções relacionadas à assistência à saúde. Rev Gaúcha Enferm. 2019;40(esp):e20180306. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180306>.

## RESUMO

**Objetivo:** Verificar a implementação do Núcleo de Segurança do Paciente e sua relação com o controle das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde nos hospitais de Natal.

**Método:** Estudo quantitativo, do tipo transversal. A amostra foi composta por 28 profissionais controladores de infecção de 12 hospitais. Os dados foram coletados entre fevereiro e agosto de 2017, por meio de questionário semiestruturado.

**Resultados:** Houve implementação do Núcleo de Segurança do Paciente em nove hospitais. Dentre os protocolos implantados, destacaram-se o de identificação do paciente (66,70%), o de higiene das mãos (50%) e o da prevenção de quedas (50%). Os hospitais com Núcleo afirmaram desenvolver atividades de capacitação em segurança do paciente com os profissionais. 44,5% afirmaram realizar comunicação efetiva.

**Conclusão:** Embora as ações implantadas não cheguem a cumprir integralmente as recomendações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, a maioria dessas ações tem relação direta com o controle das infecções nos serviços.

**Palavras-chave:** Segurança do paciente. Assistência à saúde. Controle de infecções. Infecção hospitalar.

## ABSTRACT

**Objective:** To verify the implementation of the Patient Safety Center and its relation to the control of Healthcare-associated Infections in hospitals of Natal.

**Method:** Quantitative, cross-sectional study. The sample consisted of 28 infection control professionals from 12 hospitals. Data were collected between February and August 2017, through a semi-structured questionnaire.

**Results:** The Patient Safety Center was implemented in nine hospitals. Among the protocols implemented, the patient identification (66.70%), hand hygiene (50%) and fall prevention (50%) were the most important ones. Hospitals with the Center affirmed they develop patient safety training activities together with the professionals. 44.5% reported effective communication.

**Conclusion:** Although the actions implemented do not fully comply with the recommendations of the National Health Surveillance Agency, most of these actions are directly related to the control of infections in services.

**Keywords:** Patient safety. Delivery of health care. Infection control. Cross infection.

## RESUMEN

**Objetivo:** Comprobar la implementación de la base de Seguridad del Paciente y su relación con el control de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud en los hospitales de Natal.

**Método:** Estudio cuantitativo del tipo transversal. La muestra estuvo compuesta por 28 profesionales controladores de infección de 12 hospitales. Se recolectaron los datos entre febrero y agosto de 2017, a través de una encuesta semiestructurada.

**Resultados:** Hubo implementación del Núcleo de Seguridad del paciente en 9 hospitales. Entre los protocolos implementados, se destacaron el de la identificación del paciente (66,70%), el de higiene de las manos (50%) y el de la prevención de caídas (50%). Los hospitales con Núcleo afirmaron desarrollar actividades de capacitación en seguridad del paciente junto a los profesionales. 44,5% afirmaron realizar comunicación efectiva.

**Conclusión:** Aunque las acciones implementadas no llegan a cumplir íntegramente las recomendaciones de la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria, la mayoría de estas acciones tiene relación directa con el control de las infecciones en los servicios.

**Palabras clave:** Seguridad del paciente. Prestación de atención de salud. Control de infecciones. Infección hospitalaria.

<sup>a</sup> Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Escola de Saúde, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

## ■ INTRODUÇÃO

No contexto dos serviços de saúde, destaca-se como uma das principais preocupações em relação à segurança do paciente e qualidade dos serviços a redução da incidência das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS)<sup>(1)</sup>. As IRAS caracterizam-se como infecções adquiridas durante o processo de cuidado em um hospital ou outra unidade prestadora de assistência à saúde, e que não estavam presentes ou em incubação na admissão do paciente. Tais infecções podem se manifestar durante a internação ou após a alta hospitalar<sup>(2)</sup>.

Nessa direção, vigilância, prevenção e controle das IRAS têm se tornados complexos nas últimas décadas, devido ao impacto dessas infecções sobre letalidade hospitalar, duração da internação e custos. Soma-se a esse quadro o aumento da expectativa de vida, o aumento das condições que induzem à internação de indivíduos cada vez mais graves e imunocomprometidos, a mudança em perfis epidemiológicos com doenças novas e emergentes e o surgimento de patógenos multirresistentes<sup>(3)</sup>.

As IRAS constituem um grande problema de saúde pública e que coloca em risco tanto a segurança do paciente quanto os trabalhadores direta ou indiretamente na assistência podendo gerar danos a todos os envolvidos, bem como gastos excessivos para o sistema de saúde. Estudos evidenciam que programas de vigilância e controle de infecções podem ser bem-sucedidos se reconhecerem as IRAS e implementarem medidas de intervenções para reduzir as taxas de infecções, limitando a sua propagação. Portanto, a vigilância das IRAS se constitui um grande desafio para os serviços de saúde, exigindo ações efetivas por parte destes<sup>(3-5)</sup>.

Nos serviços de saúde, a segurança do paciente demanda boas práticas de atenção à saúde, prevenção e reconhecimento das infecções transmissíveis e redução de seus efeitos. No Brasil, existem institutos legais que regulamentam e, por sua vez, exigem a presença de profissionais controladores de infecção nesses serviços, a saber: a Portaria 2616 de 1998, do Ministério da Saúde (MS), e Norma Regulamentadora nº 32, do Ministério do Trabalho<sup>(6)</sup>.

Desde 2004, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) inseriu em seu escopo de atuação as ações previstas na Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, da Organização Mundial da Saúde (OMS), da qual o Brasil faz parte. A partir de então, a ANVISA vem intensificando suas atividades nos serviços de saúde em parceria com o MS, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS) e demais entes do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS)<sup>(7)</sup>.

As práticas de vigilância e monitoramento sobre o uso de sangue, saneantes, materiais, dispositivos, equipamentos e medicamentos aliam-se à vigilância e ao controle de eventos adversos (EA), incluindo as IRAS, em busca de uma atenção qualificada à saúde<sup>(1,7)</sup>. Em 2013, o MS cria o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) com intuito de contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços e difundir a ideia de cultura de segurança dentro dos serviços de saúde, almejando uma assistência mais segura, promovendo maior segurança para pacientes, profissionais de saúde e ambiente de assistência à saúde<sup>(7)</sup>.

Nessa perspectiva, podemos destacar a publicação em 2013 da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36<sup>(1)</sup>, a qual instituiu ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e estabelece a obrigatoriedade de implantação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) nesses serviços. Para tanto, o desenvolvimento das ações e das estratégias previstas no PNSP cabe ao NSP, que deve desenvolver papel fundamental em todo o processo de implantação do Plano de Segurança do Paciente<sup>(1)</sup>.

No Brasil, as ações da vigilância sanitária direcionadas ao uso seguro de tecnologias em saúde para práticas seguras de cuidado vêm sendo normatizadas há algumas décadas. Destacam-se entre essas ações as recomendações e legislações para a prevenção e o controle das IRAS. Com o advento da aliança mundial para segurança do paciente, a prevenção e o controle das IRAS ganharam mais uma estratégia para fortalecer sua efetivação. Todavia, permanece a necessidade de esforços de integração e articulação dessas ações para o propósito de aumentar a segurança no sistema de saúde como um todo<sup>(1,7)</sup>.

Nesse contexto, seguindo a Portaria 2616/1998 do Ministério da Saúde<sup>(8)</sup>, os profissionais controladores de infecção desenvolvem ações de prevenção e controle das infecções nos serviços de saúde hospitalar, e constituem uma equipe multiprofissional que desenvolve atividades nas Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) nas áreas de enfermagem, medicina, microbiologia, farmácia e administração hospitalar<sup>(8)</sup>.

Dessa forma, considerando as estratégias, propostas pela OMS, para a efetivação da prevenção dos eventos adversos, como a implementação dos NSP e a redução desses eventos, questiona-se: Quais os serviços hospitalares implantaram e colocaram em prática os NSP e qual a relação do controle de infecção na redução dos eventos adversos? Assim, o objetivo da pesquisa foi verificar a implementação do Núcleo de Segurança do Paciente e sua relação com o controle de infecção nos serviços hospitalares de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

## ■ MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo do tipo transversal, realizado em doze hospitais públicos, privados e filantrópicos, localizados no município de Natal/Rio Grande do Norte (RN). A escolha desses cenários deu-se com o intuito de possibilitar a compreensão do processo de trabalho estudado em contextos de financiamento e gestão diferentes. Este estudo foi oriundo da pesquisa “A interface entre a prevenção e o controle de infecções nos serviços de saúde, a segurança do paciente e a segurança dos trabalhadores”, aprovada pela Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

A cidade de Natal, capital do RN, localizada no nordeste brasileiro, conta com 20 hospitais que possuem Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e CCIH, dos quais 12 aceitaram participar do estudo por meio da carta de anuência. O critério de inclusão utilizado foi verificar os hospitais que

possuíam CCIH/SCIH atuante; já como critério de exclusão foi o serviço hospitalar que não possuía UTI. Os dados foram coletados entre fevereiro e agosto de 2017, por meio da aplicação de um questionário com os profissionais que atuavam na CCIH de cada instituição hospitalar que aceitou integrar o estudo. O instrumento de coleta foi previamente testado em um hospital não participante do estudo visando possíveis adequações.

Os dados provenientes dos questionários foram organizados e analisados com base na estatística descritiva. As seguintes variáveis foram contempladas no instrumento de pesquisa quantitativo para caracterizar os sujeitos do estudo: sexo, idade, escolaridade, local de trabalho, tempo de trabalho na instituição, tempo de trabalho no setor, número de empregos, profissão, vínculo empregatício na instituição, função desempenhada na CCIH. A seguir, encontram-se as variáveis referentes à implementação dos NSP (Quadro 1).

Variáveis
Implementação do Núcleo de Segurança do Paciente.
Presença de protocolos de segurança do paciente.
Existência de mecanismos de identificação, avaliação e correção de problemas nos procedimentos realizados.
Existência de mecanismos de identificação, avaliação e correção de problemas na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos.
Realização de atividades de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde junto aos profissionais.
Colaboração da equipe de enfermagem na vigilância e na gestão de risco.
Ações de gestão de risco de acordo com os serviços de saúde prestados em cada instituição, estabelecidas no Plano de Segurança do Paciente.
Realização de notificação de danos/eventos adversos na ANVISA.

**Quadro 1** – Descrição das variáveis da Implementação do Núcleo de Segurança do Paciente Natal/RN, 2017

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Esta pesquisa seguiu as diretrizes e normas de pesquisa envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde, regulamentadas pela Resolução 466/2012 e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN, CAAE Nº 62825316.7.0000.5537.

## ■ RESULTADOS

O estudo contou com a participação de 12 hospitais, sete deles caracterizados como modelo de gestão pública, três como modelo de gestão privada e dois como filantrópicos. Em relação aos entrevistados, são 28 profissionais de saúde, controladores de infecção, que responderam ao questionário, sendo 23 deles mulheres (82%) e cinco homens (18%), com a

idade média de 41 anos. No que diz respeito à profissão, 15 deles eram enfermeiros (53%), dois técnicos administrativos (7%), cinco técnicos de enfermagem (18%), quatro médicos (14%), um farmacêutico (4%) e um fisioterapeuta (4%).

Quanto à escolaridade, cinco concluíram o ensino médio (18%); e 23, o ensino superior (82%). Destes, 15 eram especialistas ou especializados e sete eram mestres ou mestrandos. Entre os cursos de pós-graduação *lato sensu* realizados pelos 15 participantes especialistas, 11 eram em áreas relacionadas ao seu setor de atuação, quais sejam: infectologia, controle de infecção hospitalar, epidemiologia, gestão de risco e segurança no cuidado do paciente. Os demais fizeram nas áreas de gestão pública, terapia intensiva neonatal e gestão de DST/AIDS.

Em relação aos vínculos empregatícios, 15 profissionais afirmaram ter um emprego (54%); nove, dois empregos (32%); um, três empregos (4%); um, quatro empregos (4%); e dois não responderam à questão (7%). Desses, 13 eram contratados na forma de regime Celetista (46%) e 15 eram vinculados ao regime estatutário (54%).

No que diz respeito ao tempo de trabalho na instituição, três profissionais trabalham há menos de um ano (11%); 14 apresentam entre um e quatro anos de serviço (50%); sete, de seis a dez anos (25%); dois estão há mais de 10 anos no trabalho (7%); seis têm um tempo de trabalho no setor acima de 20 anos (21%); e um não respondeu ao item (4%). Quanto ao tempo de trabalho no setor, 10 pro-

fissionais têm menos de dois anos (32%); 13, entre dois a 10 anos de trabalho (46%); três, de 13 a 31 anos de trabalho (11%); e um não respondeu (4%). Na questão relacionada à função desempenhada no SCIH/CCIH, seis profissionais afirmaram que atuavam nas funções de coordenador e/ou consultor e/ou executor. Os demais responderam de acordo com sua área de formação (enfermeiro, técnico de enfermagem etc.).

Entre os 12 hospitais pesquisados, nove deles têm Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) em funcionamento, nos quais os profissionais da CCIH/SCIH integram-se aos NSP. Considerando os que não possuem NSP, dois são vinculados ao setor público e outro se trata de instituição filantrópica.

Hospital	Vínculo da gestão	Constituição do NSP*	Profissionais membros do NSP	Protocolos de Segurança do paciente instituídos (n=9)	Notificação de eventos adversos na ANVISA (n=8)
H1	Público	Não	-	-	-
H2	Filantrópico	Não	-	-	-
H3	Público	Sim	Médicos, enfermeiros, farmacêuticos, técnico de enfermagem, técnico de segurança do trabalho	Sim	Sim
H4	Privado	Sim	Médicos, enfermeiros, técnico de enfermagem, diretoria técnica, analista de sistemas	Sim	Sim
H5	Público	Sim	Médico, enfermeiro, fisioterapeuta, farmacêutico, assistente social	Sim	Sim
H6	Público	Sim	Enfermeiro, técnico de enfermagem, fisioterapeuta, farmacêutico, bioquímico, assistente social	Não	Sim
H7	Filantrópico	Sim	Enfermeiro, administradores, gerente de enfermagem, CCIH, farmacêuticos	Sim	Sim
H8	Público	Sim	Enfermeiros, fisioterapeutas, farmacêutico, direção técnica	Sim	Não
H9	Público	Sim	Enfermeiro, fisioterapeuta e Farmacêutico	Sim	Sim
H10	Privado	Sim	Enfermeiro e técnico de enfermagem	Sim	Não
H11	Privado	Sim	Médico, enfermeiro, fisioterapeuta, nutricionista, farmacêutico e engenheiro clínico	Sim	Sim
H12	Público	Não	---	Sim	Sim

**Quadro 2** - Descrição das variáveis de Implementação do Núcleo de Segurança do Paciente de acordo com o hospital, Natal, RN, Brasil, 2017

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Nota: \*Núcleo de Segurança do paciente

No que diz respeito à implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente, apenas os profissionais integrantes da CCIH de um hospital que tem NSP implantado alegaram não ter conseguido instituir protocolos no serviço, devido à escassez de recursos materiais para executar tal medida (Quadro 2). No que diz respeito aos protocolos de

segurança do paciente nos serviços (n=12), os profissionais afirmaram ter implantado diversos protocolos, como observado na Tabela 1. Nesse caso, foi considerado o total de hospitais, uma vez que, um hospital, mesmo não tendo NSP, conseguiu implantar o protocolo de higiene das mãos.

**Tabela 1** – Protocolos implantados pelo Núcleo de Segurança do Paciente dos 12 hospitais de acordo com o vínculo da gestão, Natal, RN, Brasil, 2017

Protocolos implantados	Público	Privado	Filantrópico	Total	
				N	%
Identificação do paciente	4	3	1	8	66,7
Higiene das mãos	4	1	1	6	50,0
Segurança cirúrgica	2	2	1	5	41,7
Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos	3	1	0	4	33,3
Prevenção de quedas dos pacientes	2	3	1	6	50,0
Prevenção de úlceras por pressão	2	2	1	5	41,7
Outros	2	2	1	5	41,7

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Observa-se que o protocolo de identificação do paciente (66,70%) foi o de maior incidência, seguido pelo de higiene das mãos (50%) e pelo de prevenção de quedas

dos pacientes (50%). Dos que tinham NSP (n=9), as atividades desenvolvidas com base em plano de segurança do paciente foram as seguintes (Tabela 2).

**Tabela 2** – Distribuição das atividades desenvolvidas na atuação do Núcleo de Segurança do Paciente dos 9 hospitais, de acordo com o vínculo da gestão, Natal, RN, Brasil, 2017

Atividades desenvolvidas NSP*	Público	Privado	Filantrópico	Total	
				N	%
Atividades de capacitação dos profissionais em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde	5	3	1	9	100,0
Mecanismos de identificação, avaliação e correção de problemas nos procedimentos realizados	4	2	1	7	77,8
Mecanismos de identificação, avaliação e correção de problemas na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos	3	2	1	6	66,7
Participação ativa dos profissionais da enfermagem na vigilância e gestão de riscos	2	2	1	5	55,6

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Notas: \*Núcleo de Segurança do paciente

Dentre as atividades desenvolvidas na atuação do NSP, destacou-se o desenvolvimento de atividades de capacitação dos profissionais em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde (100%). Sobre a participação ativa dos pro-

fissionais da enfermagem na vigilância e na gestão de riscos, chama a atenção as afirmações negativas (44,4%) e o fato de que ainda estão implantando nas instituições a cultura de segurança e trabalhando na sensibilização desses profissionais.

A Tabela 3 apresenta as estratégias estabelecidas pelo Plano de Segurança do Paciente para gestão de risco de

acordo com as declarações dos profissionais nos hospitais que possuíam NSP (n=9).

**Tabela 3** – Distribuição das estratégias do Plano de Segurança do Paciente de acordo com a gestão do hospital, Natal/RN, 2017

Estratégia instituída pelo plano de segurança do paciente	Público	Privado	Filantrópico	Total	
				N	%
Identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática	4	2	1	7	77,8
Segurança na prescrição, no uso e na administração de sangue e hemocomponentes	2	2	1	5	55,6
Segurança no uso de equipamentos e materiais	2	1	0	3	33,4
Manutenção de registro adequado do uso de órteses e próteses quando esse procedimento for realizado	0	2	0	2	22,3
Prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde	3	2	1	6	66,7
Segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral	1	3	1	5	55,6
Estímulo à participação do paciente e dos familiares na assistência prestada	2	0	0	2	22,3
Comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde	3	1	0	4	44,5

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

De acordo com os dados da Tabela 3, dentre as estratégias que estão sendo implementadas nos serviços de saúde, destacaram-se identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde de forma sistemática (77,8%), bem como prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde (66,7%), as quais estão diretamente relacionadas à segurança do paciente, o que evidencia a interface entre a CCIH e o NSP presente nos hospitais que possuem o serviço.

Em contrapartida, manter o registro adequado do uso de órteses e próteses quando esse procedimento for realizado foi declarado por apenas dois serviços (22,3%), porém, para essa estratégia, tal resultado não implica ineficiência do Plano de Segurança do Paciente, uma vez que determinadas estratégias, como a supracitada, vão ser implementadas de acordo com o perfil da instituição de saúde e sua necessidade na segurança do paciente, ficando a cargo do NSP sua utilização ou não.

Outra estratégia pouco contemplada pelos hospitais foi a comunicação efetiva entre os profissionais do serviço

de saúde e os serviços de saúde (44,5%), realizada apenas por quatro hospitais com NSP, evidenciando que a comunicação é um ponto essencial que deve ser trabalhado a fim de melhorar a qualidade da assistência prestada.

## ■ DISCUSSÃO

A implantação do NSP nas organizações de saúde tornou-se obrigatória após a publicação da RDC 36 de 2013, com o objetivo principal de proporcionar melhoria no cuidado do paciente com foco na segurança<sup>(1)</sup>.

Essa problemática entrou em foco a partir de 2008, quando as demandas judiciais voltadas ao erro médico aumentaram em índices alarmantes, evidenciando que os serviços de saúde estavam perdendo o foco, principalmente no que se relacionava ao cuidado<sup>(9)</sup>.

A partir da publicação da RDC nº36<sup>(1)</sup>, estabeleceu-se o prazo de 120 dias para a organização do NSP e a elaboração do Plano de Segurança do Paciente (PSP). A função do NSP é implantar, divulgar e manter atualizado o PSP, bem como manter os dados atualizados na ANVISA<sup>(1)</sup>. Porém, constituir

um núcleo focado na promoção de uma assistência segura e também na capacitação dos profissionais em relação à orientação aos pacientes, familiares e acompanhantes de pessoas internadas tornou-se um desafio.

A existência de uma cultura pré-estabelecida nos serviços de saúde, voltada para o tratamento e a reabilitação, vem dificultando o aparecimento de atividades direcionadas de prevenção de doenças e proteção da saúde. Além disso, há dificuldades estruturais, como falta de equipamentos, insumos e materiais escassos ou inadequados, recursos humanos insuficientes e/ou desprovidos de capacitação para promover a segurança do paciente. Tais fatores tornam a instituição de protocolos e estratégias de segurança do paciente uma atividade lenta e diária para os profissionais responsáveis<sup>(10-11)</sup>.

Criar ações e estratégias preventivas para a redução de eventos adversos, garantir a gestão de risco, articular a comunicação intersetorial e compartilhar o plano de segurança do paciente compõem ferramentas importantes no processo de um cuidar seguro. Soma-se a essas necessidades, o empenho de todos os profissionais de saúde, da gestão e do próprio usuário, pacientes e familiares. Portanto, para corroborar a eficácia de implantação e implementação do PNSP, faz-se imperativa a cooperação dos inúmeros componentes envolvidos para vencer os desafios e promover as medidas de segurança necessárias e oportunas para um cuidado seguro<sup>(9)</sup>.

A formulação de protocolos assistenciais e processuais são medidas de grande impacto na redução de custos e na minimização de danos aos pacientes, pois padroniza o processo de trabalho e diminui os desperdícios<sup>(9)</sup>. Dessa forma, a análise dos dados possibilitou conhecer as dificuldades enfrentadas por cada instituição hospitalar na implementação do NSP e as estratégias adotadas na perspectiva dos profissionais da saúde para uma mudança da cultura de segurança do paciente daqueles que já possuem o NSP.

Segundo a ANVISA<sup>(12)</sup>, decorrente do caráter estratégico que os protocolos de segurança do paciente detêm, recomenda-se que sejam realizadas reuniões periódicas e que os membros do NSP estejam ligados diretamente à direção da instituição. Assim, o NSP deve ser formado por profissionais da área assistencial (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, técnicos de enfermagem, assistente social, nutricionista, farmacêutico, microbiologista e outros) e da área não assistencial (engenharia, analista de sistemas, compras, serviços de higiene e limpeza, administração e outros).

Há ainda comissões que serviriam de base para o NSP, mas que não são formalmente constituídas (óbitos, prontuários, ética), o que dificulta e fragiliza a segurança do paciente. Pode-se observar que muitos profissionais que po-

deriam contribuir para a segurança dos pacientes, estando inseridos nos serviços de saúde, na maioria das vezes, não estão incluídos na composição oficial dos NSP<sup>(10)</sup>.

Os dados coletados na pesquisa corroboraram com os autores supracitados, uma vez que se identificaram, em algumas instituições hospitalares do estudo, problemas estruturais como: escassez de profissionais para compor as comissões; sobrecarga de trabalho dos profissionais que compõem a CCIH; falta de equipamentos e insumos; não adesão dos profissionais às mudanças de condutas que interferem diretamente na qualidade e na segurança da assistência ao paciente, retomando a cultura de que muitos fatores que incentivam a segurança do paciente estão relacionados às decisões institucionais<sup>(9)</sup>.

Um estudo que evidenciou fragilidades na situação das instituições hospitalares quanto à segurança do paciente apontou que mesmo com o NSP implantado, em diversas instituições hospitalares, alguns protocolos não foram integrados aos processos de trabalho, equipes não foram constituídas e a educação dos profissionais não promoveu mudanças significativas na assistência. Com isso, o autor conclui que o cumprimento das normas e da legislação, como a exigência de implantação de um núcleo de segurança, não torna real o objetivo maior da sua existência que é a efetiva segurança do paciente<sup>(10)</sup>.

Segundo o MS, os protocolos básicos de segurança do paciente são definidos como instrumentos direcionados para cada processo baseado em evidências científicas, com o objetivo de proporcionar aos pacientes um cuidado mais seguro a partir da utilização de fluxos, indicadores e procedimentos específicos. Para tanto, foram criados protocolos com o intuito de direcionar os profissionais do NSP no que diz respeito aos temas de higiene das mãos, cirurgia segura, prevenção de lesão por pressão, identificação do paciente, prevenção de quedas, segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos<sup>(12)</sup>.

O estudo evidenciou que, embora as dificuldades enfrentadas nos hospitais participantes estejam presentes, ainda assim foi possível implementar os protocolos básicos por meio das estratégias do plano de segurança do paciente, ou pelo menos aqueles referentes à identificação do paciente e à higienização das mãos. Esse último foi instituído com a participação dos profissionais controladores de infecção, uma vez que suas atividades de sensibilização e monitoramento dos profissionais da assistência são essenciais para minimizar os danos aos pacientes.

Sobre a implementação dos protocolos de segurança do paciente, um estudo evidenciou que o atraso na implantação das metas de cuidados seguros ocasionou sentimento de decepção em alguns profissionais. No entanto,

para outros, a possibilidade de participar do processo de implantação dessas metas e, dessa forma, ofertar assistência segura, tanto ao paciente e como ao profissional, ocasionou sentimentos de satisfação<sup>(13)</sup>.

O protocolo de Segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos foi implementado por 33,3% dos serviços estudados. Esse resultado é preocupante, considerando que os riscos advindos de erros na administração de medicamentos são conhecidos. Estudo que avaliou as ações realizadas pela equipe de enfermagem antes, durante e após a administração de medicamentos via intramuscular na pediatria evidenciou a existência de falhas durante o processo de administração, com destaque para as ações antes do procedimento, que não obtiveram resultado satisfatório<sup>(14)</sup>.

A estratégia de estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada foi observada em 22,3%, ou seja, em apenas dois dos serviços estudados. Estudo realizado para conhecer a percepção de familiares e cuidadores quanto à segurança do paciente, em unidades de internação pediátrica, reforçou a necessidade e a relevância de sensibilizar os profissionais para incluir a família e o desenvolvimento de parceria com os entes a fim de promover o cuidado seguro. Destacou ainda a importância de os gestores subsidiarem a inclusão e a visibilidade de acompanhantes e familiares nas estratégias de promoção da segurança<sup>(15)</sup>.

Ressalta-se também que entre as estratégias de segurança do paciente, a comunicação efetiva entre profissionais e serviços de saúde obteve baixo número de implementação nos hospitais estudados. As falhas de comunicação entre as equipes podem causar diminuição da qualidade dos serviços, erros e danos potenciais aos pacientes<sup>(16)</sup>. Assim, identificou-se a necessidade de as instituições (como também os profissionais de saúde) comprometerem-se eticamente com a melhoria da comunicação como meta institucional, zelando conseqüentemente pela segurança, pela integridade e pelo respeito aos direitos do paciente, do colega de trabalho e dos próprios direitos, na condição de profissionais e cidadãos<sup>(17)</sup>.

Nesse sentido, torna-se importante estabelecer uma comunicação eficaz, que parta da identificação do risco ou do incidente crítico, do menos grave ao mais grave, e evite a ocorrência do evento adverso e dos danos por ele causados, o que está diretamente relacionado à segurança do paciente<sup>(17)</sup>. Destaca-se que não se deve apenas estimular a notificação do evento adverso grave, mas também dos riscos, de suas causas e das estratégias implementadas para seu tratamento. Sob esse viés, gestores e líderes têm a missão de promover uma efetiva comunicação/integração

com os profissionais da assistência direta, almejando o planejamento e o desenvolvimento de ações integradas de gestão compartilhada para a qualidade do serviço como um todo<sup>(17)</sup>.

A esse respeito, um estudo identificou estratégias para promover a segurança do paciente no contexto hospitalar e, nessa direção, elencou estratégias desenvolvidas por enfermeiros assistenciais, tendo merecido destaque aquelas relacionadas à identificação dos riscos aos quais os pacientes estão sujeitos durante os cuidados de enfermagem, a incorporação de boas práticas na assistência direta e/ou indireta e a identificação das barreiras e oportunidades encontradas para promover a segurança na instituição<sup>(17)</sup>. Essas boas práticas dizem respeito, principalmente, à inquietação dos enfermeiros com relação ao risco frequente de quedas, de transmissão de infecção relacionada aos cuidados em saúde e de eventos adversos relacionados ao procedimento cirúrgico em seu ambiente de trabalho. Esses achados apresentam a preocupação com o desenvolvimento de práticas baseadas em evidências em sua área de atuação<sup>(17)</sup>. A preocupação dos profissionais diante dos erros e as sugestões frente à sua incidência indicam o reconhecimento em prestar uma assistência de qualidade, segura e livre de danos<sup>(18)</sup>.

Corroborando os achados apresentados nesta pesquisa, destaca-se o estudo realizado em três hospitais públicos brasileiros, onde o nível de cultura de segurança encontrado foi abaixo do ideal, evidenciando ainda que as ações gerenciais foram consideradas o principal fator contribuinte para a fragilidade da cultura de segurança nos serviços estudados<sup>(19)</sup>.

Assim, foram observados esforços por parte dos profissionais para aprimorar a assistência, os registros e a implantação dos protocolos. Porém, para se construir uma assistência mais segura ao paciente, é essencial que, além de todos os profissionais de saúde, a gestão e até mesmo o próprio usuário participem ativamente dessa prática. Para corroborar a eficácia de implantação e implementação do NSP é primordial a cooperação dos inúmeros componentes envolvidos a fim de vencer as dificuldades e promover as medidas de segurança adequadas.

Portanto, garantir a segurança do paciente não depende apenas de criar políticas e estabelecer normas, mas também de oferecer estrutura necessária às intervenções nas práticas dos profissionais no processo de assistência prestada ao paciente. Nesse contexto, prevenir IRAS envolve diferentes segmentos, como a gestão de qualidade e segurança e a adequação de recursos para garantia de condições e de processos de trabalho condizentes com a segurança desejada<sup>(20)</sup>.



## ■ CONCLUSÃO

Com a realização da pesquisa, foi possível conhecer como tem sido a implementação do Núcleo de Segurança do Paciente e sua relação com o controle de infecção na perspectiva dos profissionais controladores de infecção dos serviços hospitalares de Natal/RN. O controle e a prevenção das IRAS estiveram presentes na atuação dos NSP estudados, considerando que os profissionais da CCIH/SCIH se integram aos membros dos NSP. Esse conhecimento pode contribuir com a gestão e assistência dos serviços de saúde envolvidos na pesquisa, assim como com os demais serviços que tenham interesse em implementar a cultura de segurança.

Com relação às estratégias implementadas, duas se destacaram, a identificação do paciente (66,7%) e a higienização das mãos (50%). A notificação de danos/eventos adversos na ANVISA vem ocorrendo em 66,7% dos hospitais estudados. A equipe de enfermagem tem colaborado com a vigilância e a gestão de riscos em 55,6%. Dessa forma, embora ainda que as ações e estratégias implementadas não cumpram integralmente as recomendações da ANVISA, a maioria das estratégias que foi implementada tem relação direta com a prevenção e o controle das IRAS.

Os resultados evidenciaram dificuldades dos serviços hospitalares quanto à implantação da segurança do paciente, o que deixa os pacientes numa condição maior de vulnerabilidade no que diz respeito aos riscos e aos eventos adversos. Alguns dos hospitais participantes caracterizam-se por serem referências para o município/estado e realizam procedimentos terapêuticos e de diagnósticos diversos e de alta complexidade. Nesse sentido, precisariam instituir a cultura de segurança no serviço, implementando as recomendações estratégicas da segurança do paciente.

Ressalta-se que, embora o instrumento de coleta de dados não tenha esclarecido todo o contexto da implementação dos NSP, ele foi desenvolvido com base na legislação dirigida à segurança do paciente, a RDC 36 de 2013. Como limitação do estudo, aponta-se o número de participantes. Apesar disso, é importante evidenciar que o objetivo deste trabalho não foi representar os profissionais, mas sim as ações dos serviços onde eles atuam. Por meio do estudo, foi possível contribuir com a discussão do tema entre os participantes, além de construir um diagnóstico dos serviços investigados.

Destaca-se, então, a necessidade de outros estudos que revelem e avaliem estratégias que estão efetivamente sendo implantadas e como estas estão conseguindo mudar práticas assistenciais e condições estruturais que comprometem a segurança do paciente. Desta forma, os

resultados apresentados podem contribuir com novas pesquisas e com o desenvolvimento de métodos de ensino direcionados à segurança do paciente.

## ■ REFERÊNCIAS

1. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). 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 [da] República Federativa do Brasil. 2013 jul 26;150(143 Seção 1):32-3.
2. World Health Organization (CH). Report on the burden of endemic health care associated infection worldwide: a systematic review of the literature. Geneva: WHO; 2011 [cited 2018 Jul 10]. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/80135/9789241501507\\_eng.pdf;jsessionid=DA4B3A562EDF860AABC8C9EB76F9B541?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/80135/9789241501507_eng.pdf;jsessionid=DA4B3A562EDF860AABC8C9EB76F9B541?sequence=1).
3. Padoveze MC, Fortaleza CMCB. Healthcare-associated infections: challenges to public health in Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2014;48(6):995-1001. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004825>.
4. Gomes MF, Moares VL. [The infection control program regarding health care
5. in hospital environments and the duty of surveillance of the Brazilian Health Regulatory Agency]. *R Dir Sanit*. 2018;18(3):43-61. Portuguese. doi: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v18i3p43-61>.
6. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Segurança do paciente: higienização das mãos. Brasília (DF); 2009 [citado 2018 jul 15]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca\\_paciente\\_servicos\\_saude\\_higienizacao\\_maos.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_servicos_saude_higienizacao_maos.pdf).
7. Agência Nacional de Saúde Suplementar (BR). Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar: manual técnico. 2. ed. rev. atual. Rio de Janeiro; ANSS; 2007 [citado 2018 jun 20]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/promocao\\_saude\\_prevencao\\_riscos\\_doencas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/promocao_saude_prevencao_riscos_doencas.pdf).
8. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. 1ª. ed. Brasília (DF); 2014.
9. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2616, de 12 de maio de 1998. Expede diretrizes e normas para prevenção e o controle das infecções hospitalares. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 1998 maio 13;136(89 Seção 1):133-5.
10. Azevedo KCC, Alves AMPM, Félix ZC, Viana ACG. Implementation of the patient safety core in a health service. *Rev Enferm UFPE on line*. 2016 [cited 2018 May 22];10(12):4692-5. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11540/13447>.
11. Serra JN, Barbieri AR, Cheade MFM. The situation of reference hospitals for the establishment and Operation of patient safety centers. *Cogitare Enferm*. 2016;21(n.esp). doi: <https://doi.org/10.5380/ce.v21i5.45925>.
12. Oliveira RM, Leitão IMTA, Silva LMS, Figueiredo SV, Sampaio RL, Gondim MM. Strategies for promoting patient safety: from the identification of the risks to the evidence-based practices. *Esc Anna Nery*. 2014;18(1):122-9. doi: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140018>.
13. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. Brasília; 2016 [citado 2018 jul 10]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+6+++Implanta%C3%A7%C3%A3o+do+N%C3%BAcleo+de+Seguran%C3%A7a+do+Paciente+em+Servi%C3%A7os+de+Sa%C3%BAde/cb237a40-ffd1-401f-b7fd-7371e495755c>.

14. Reis GAX, Hayakawa LY, Murasaki ACY, Matsuda LM, Gabriel CS, Oliveira MLF. Nurse manager perceptions of patient safety strategy implementation. *Texto Contexto Enferm.* 2017;26(2):e00340016. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017000340016>.
15. Souza TLV, Mota RO, Brito EAWS, Farias LMVC, Matias ÉO, Lima FET. Patient safety in the administration of intramuscular medication in pediatrics: assessment of the nursing practice. *Rev Gaúcha Enferm.* 2018;39:e2017-0002. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0002>.
16. Peres MA, Wegner W, Cantarelli-Kantorski KJ, Gerhardt LM, Magalhães AMM. Perception of family members and caregivers regarding patient safety in pediatric inpatient units. *Rev Gaúcha Enferm.* 2018;39:e2017-0195. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0195>.
17. Sartor GD, Silva BF, Masiero AV. Patient safety in large-sized hospitals: panorama and challenges. *Cogitare Enferm.* 2016;21(n.esp). doi: <https://doi.org/10.5380/ce.v21i5.45644>.
18. Oliveira RM, Leitão IMTA, Silva LMS, Figueiredo SV, Sampaio RL, Gondim MM. Strategies for promoting patient safety: from the identification of the risks to the evidence-based practices. *Esc Anna Nery.* 2014;18(1):122-9. doi: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140018>.
19. Tobias QGC, Bezerra ALQ, Branquinho NCS, Silva AEBC. Cultura de Segurança do paciente em instituições de saúde: um estudo bibliométrico. *Enferm Glob.* 2014 [citado 2018 jun 13];13(33):349-61. Disponível em: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412014000100017&lng=es&rm=iso&tlng=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000100017&lng=es&rm=iso&tlng=pt).
20. Carvalho REFL, Arruda LP, Nascimento NKP, Sampaio RL, Cavalcante MLSN, Costa ACP. Assessment of the culture of safety in public hospitals in Brazil. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2017;25:e2849. doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1600.2849>.
21. Oliveira HM, Silva CPR, Lacerda RA. Policies for control and prevention of infections related to healthcare assistance in Brazil: a conceptual analysis. *Rev Esc Enferm USP.* 2016;50(3):505-11. doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000400018>.

■ **Autor correspondente:**

Elisângela Franco de Oliveira Cavalcante  
E-mail: [elisangelafranco2@gmail.com](mailto:elisangelafranco2@gmail.com)

Recebido: 28.08.2018

Aprovado: 26.10.2018