

# ATIVIDADES DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM HOSPITAL ESTADUAL DO SUL DO PAÍS

Fátima Regina Pereira<sup>1</sup>  
Rosana Xavier<sup>2</sup>  
Vanusa Brancher Lannes<sup>3</sup>  
Patricia Ilha<sup>4</sup>  
Fabiana Oenning da Gama<sup>5</sup>

## RESUMO

**Objetivo:** Compreender as potencialidades e dificuldades do núcleo de segurança do paciente (NSP) de um hospital público estadual do sul do país no desenvolvimento das ações relacionadas à segurança do paciente. **Metodologia:** Estudo qualitativo, exploratório e prospectivo. Por meio de entrevista com 17 profissionais do NSP deste hospital, realizadas de maio a julho de 2017. Utilizando a Análise de Conteúdo e a Análise do Discurso do Sujeito. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. **Resultados:** A principal dificuldade percebida foi a resistência dos profissionais e como potencialidade identificam-se mudanças na cultura de segurança da instituição. **Conclusão:** Embora identificadas dificuldades na implementação do NSP e necessidade de maiores recursos, ocorreram avanços importantes como desenvolvimento de protocolos e em aspectos gerais da cultura de segurança do paciente. Mostrando que o NSP é importante e efetivo para qualificação dos serviços em saúde.

**Palavras-chave:** Segurança do paciente. Gestão em saúde. Administração hospitalar. Qualidade da assistência a saúde.

## 1 INTRODUÇÃO

Receber uma assistência à saúde de qualidade é um direito do usuário (cidadão) e os serviços de saúde devem oferecer uma atenção que seja efetiva, eficiente, segura e com a satisfação do paciente em todo o processo (BRASIL, 2013a).

---

<sup>1</sup> Bioquímica e Análises clínicas pela Universidade Federal de Santa Catarina, Bioquímica da Secretaria Estado da Saúde. Aluna do Curso de Pós-graduação em Gestão Hospitalar da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL. E-mail: [fatimasisprenatalsc@saude.sc.gov.br](mailto:fatimasisprenatalsc@saude.sc.gov.br)

<sup>2</sup> Farmacêutica, graduada em Farmácia e Análises clínicas pela Universidade Federal de Santa Catarina, Farmacêutica hospitalar do Instituto de cardiologia de Santa Catarina. Aluna do Curso de Pós-graduação em Gestão Hospitalar da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL. E-mail: [rosanaxavier1802@gmail.com](mailto:rosanaxavier1802@gmail.com)

<sup>3</sup> Farmacêutica, graduada em Farmácia e Bioquímica na Universidade Federal de Santa Catarina, MBA Gestão e Auditoria em Sistema de Saúde (IPOG - Instituto de Pós-Graduação & Graduação), farmacêutica da Secretaria Estado da Saúde. Aluna do Curso de Pós-graduação em Gestão Hospitalar da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL. E-mail: [vanusablannes@hotmail.com](mailto:vanusablannes@hotmail.com)

<sup>4</sup> Enfermeira, Mestre e doutoranda pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidando & Confortando/UFSC. Bolsista CNPq. Professora Convidada do Curso de Pós-graduação em Gestão Hospitalar da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL. E-mail: [ilha.patricia@gmail.com](mailto:ilha.patricia@gmail.com)

<sup>5</sup> Docente dos cursos de Enfermagem e Medicina - UNISUL. Coordenadora do Curso de Pós-graduação em Gestão Hospitalar da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL. E-mail: [oenning\\_gama@yahoo.com.br](mailto:oenning_gama@yahoo.com.br)

A qualidade na assistência é definida como o grau em que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de obter os resultados desejados com o nível de conhecimento científico atual (BORGES et al., 2016).

Por mais que o tema venha a ser discutido mais amplamente nos dias atuais, a busca por essa qualidade da atenção não é recente. Em documento publicado pelo instituto de medicina, intitulado “Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro”, em 1999, trouxe a preocupação por uma das dimensões fundamentais da qualidade: a segurança do paciente. A publicação constatou que entre 44.000 e 98.000 pacientes morriam a cada ano nos hospitais dos Estados Unidos da América em virtude dos danos causados durante a prestação de cuidados à saúde (SILVA et al., 2016).

A notícia ganhou notoriedade e diante do cenário apresentado, governos e organizações internacionais se mobilizaram. Assim, iniciaram-se trabalhos para apoiar as estratégias nacionais e internacionais para a prevenção e a mitigação de falhas no cuidado à saúde (WHO, 2009).

Em maio de 2002 a 55ª Assembleia Mundial de Saúde adotou a Resolução WHA 55.18. “Qualidade da atenção: segurança do paciente”, que solicitava urgência aos estados-membros em dispor maior atenção ao problema da segurança do paciente. A fim de nortear ações, seria necessário maior conhecimento sobre o problema. Para isso a comunidade científica foi mobilizada a fim de conhecer os principais pontos críticos na assistência e na atenção à saúde para minimizar falhas e promover a qualidade dos serviços e a segurança dos pacientes (WHO, 2009).

Em abril de 2013, foi lançado o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), pelo Ministério da Saúde (MS), por meio da publicação da Portaria nº 529 (2013b) e ainda em 2013, com a finalidade de apoiar as medidas do PNSP a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicou a RDC nº 36 (2013c), destacando a obrigatoriedade de constituição de Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) nos serviços de saúde. Estes têm por definição ser a “instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implantação de ações voltadas a “segurança do paciente”, consistindo um componente extremamente importante na busca pela qualidade das atividades desenvolvidas nos serviços de saúde (BRASIL, 2013b; 2013c).

De acordo com a portaria o NSP, deve promover a melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde, por meio de fomento às ações de gestão de risco,

amparados por processos investigatórios delineados de acordo com cada objeto (BRASIL, 2013b). O funcionamento destes núcleos nos serviços de saúde públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa, exceto consultórios individualizados, laboratórios clínicos e os serviços móveis e de atenção domiciliar, é compulsório, cabendo aos órgãos de vigilância sanitária local (municipal, distrital ou estadual) a fiscalização do cumprimento dos regulamentos sanitários vigentes.

O NSP deve ser constituído por uma equipe multiprofissional, comprovadamente capacitada em conceitos de melhoria da qualidade e segurança do paciente e em ferramentas de gerenciamento de riscos em serviços de saúde. Preferencialmente, deve ser composto por membros da organização que conheçam bem os processos de trabalho e que tenham perfil de liderança (BRASIL, 2013b).

Embora o sistema de saúde brasileiro tenha aspectos positivos como por exemplo, a cobertura universal de vacinação e o sistema nacional de transplantes, a alta frequência de eventos adversos relacionados a medicamentos e infecções hospitalares é motivo de preocupação. Esses eventos são atribuídos à falta de políticas governamentais que incentivem as instituições de saúde a participar de programas de qualidade e acreditação (CAPUCHO; CASSIANI, 2013).

A partir da contextualização e problemática apresentada e a relação íntima da Segurança do Paciente e sua efetivação com a gestão e gerenciamento das instituições, e considerando a atualidade e relevância do tema para qualidade em gestão e saúde, surgiu o interesse em realizar o trabalho de conclusão de curso da especialização em gestão hospitalar voltado às atividades de um Núcleo de Segurança do Paciente em um hospital estadual do sul do país.

Tendo como problemática de pesquisa o seguinte questionamento: “Quais as potencialidades e dificuldades encontradas pelo núcleo de segurança do paciente de um hospital público estadual do sul do país no desenvolvimento das ações relacionadas à Segurança do Paciente?”.

## **2 METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório e prospectivo. Realizado em um hospital estadual do sul do país o qual é referência em atendimentos cardiológicos e de alta complexidade.

Os sujeitos do estudo foram 17 profissionais dos 28 que compõem o Núcleo de Segurança do Paciente do hospital. A amostra foi selecionada por conveniência e saturação de dados, considerando os seguintes critérios de inclusão: profissionais que participavam ativamente das reuniões do Núcleo de Segurança; e que fizessem parte do quadro efetivo de funcionários da instituição. Excluindo os profissionais que durante o período de coleta de dados estavam ausentados do trabalho ou que participavam a menos de 6 meses no núcleo.

A coleta de dados deu-se nos meses de maio e junho de 2017 por meio de entrevistas semiestruturadas e foi desenvolvida em duas etapas: a primeira consistiu na participação das pesquisadoras na reunião do Núcleo de Segurança do Paciente, na qual foi realizada a apresentação do projeto e convite aos membros. Na segunda etapa foi encaminhado um e-mail para cada participante com convite formal e agendamento de horário para realização da entrevista de coleta de dados. As entrevistas foram gravadas e realizadas de acordo com a disponibilidade do participante e local de modo que não prejudicasse suas atividades de trabalho ou lazer.

A coleta de dados deu-se por encerrada a partir do momento que iniciaram as repetições de dados pelos participantes, e esgotaram novas possibilidades de informações, sendo estes avaliados no decorrer das entrevistas. Foram entrevistados profissionais de diferentes formações para que de certa forma todas estivessem representadas.

O instrumento de coleta de dados tratou-se de um roteiro semiestruturado em formato de questionário aberto que serviu como um direcionamento para a entrevista, de modo que era um instrumento aberto para acréscimo de questões e informações, conforme a necessidade identificada durante a coleta e análise dos dados. Sendo esse composto de 2 etapas, a primeira consiste em questões fechadas, para obtenção do perfil dos participantes. E a segunda etapa das questões abertas, o roteiro propriamente dito, composto por 5 questões, apresentadas nos resultados.

As gravações foram transcritas para um artigo de word nomeados pela ordem de entrevista (sujeito 01; sujeito 02; etc.). Para a análise qualitativa, foi adotado o referencial de Análise de Bardin (2009), por meio das etapas de pré-análise; exploração do material; e tratamento e categorização dos resultados. E por fim, foi realizada uma análise do discurso do sujeito, a fim de compreender o que o outro fala para além das palavras, que nesse estudo buscou refletir as categorias encontradas na análise de conteúdo e expressá-las por meio das falas dos participantes (LEFEVRE; LEFEVRE, 2014).

Este estudo deu-se com base na Resolução nº 466/2012, e passou pela aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, através do sistema de submissão da Plataforma Brasil, número CAAE:65088117.8.0000.5369.

### 3 RESULTADOS

A primeira etapa de avaliação deu-se pela análise descritiva das informações do perfil dos sujeitos da pesquisa sendo levadas em consideração as características e resultados apresentados na tabela 1 abaixo.

**Tabela 1** – Perfil dos participantes, Brasil 2017

| CARACTERÍSTICAS                             |                   | TOTAL     | %          |
|---|-------------------|-----------|------------|
| <b>Idade</b>                                | 30 – 40 anos      | 08        | 47         |
|   | 41 – 50 anos      | 05        | 29         |
|   | 51 – 60 anos      | 04        | 24         |
|   | <b>Total</b>      | <b>17</b> | <b>100</b> |
| <b>Profissão</b>                            | Enfermeiro(a)     | 11        | 64         |
|   | Fisioterapeuta    | 01        | 6          |
|   | Administrador(a)  | 01        | 6          |
|   | Nutricionista     | 01        | 6          |
|   | Médico(a)         | 01        | 6          |
|   | Farmacêutico(a)   | 01        | 6          |
|   | Assistente Social | 01        | 6          |
|   | <b>Total</b>      | <b>17</b> | <b>100</b> |
| <b>Sexo</b>                                 | Masculino         | 02        | 12         |
|   | Feminino          | 15        | 88         |
|   | <b>Total</b>      | <b>17</b> | <b>100</b> |
| <b>Nível de escolaridade*</b>               | Médio             | -         | 0          |
|   | Superior          | -         | 0          |
|   | Especialização    | 13        | 76         |
|   | Mestrado          | 03        | 17         |
|   | Doutorado         | 02        | 11         |
|   | Pós-doutorado     | -         | 0          |
| <b>Capacitação em Segurança do Paciente</b> | Sim               | 10        | 58         |
|   | Não               | 07        | 42         |
|   | <b>Total</b>      | <b>17</b> | <b>100</b> |

\*Os participantes poderiam indicar mais de uma opção (ex. Especialização + Mestrado).

Fonte: Dados da pesquisa (2017).

No quadro 1 estão representados os conteúdos extraídos por questão, as categorias emergentes e a construção coletiva dos discursos.

**Quadro 1-** Resultado da análise dos dados por meio da metodologia de análise de conteúdo de Bardin e análise do discurso do sujeito coletivo, Brasil 2017

| QUESTÕES   | CATEGORIAS EMERGENTES               | DISCURSO COLETIVO  |
|--|-------------------------------------|--|
| 1- Para você, qual é o papel e quais as atividades que o Núcleo de Segurança do Paciente desenvolve?   | Criação de protocolos               | “De acordo com o trabalho que desempenho é importante protocolos serem instituídos...e não trabalhar só os danos, tem que visar o todo da instituição...e disseminar essa cultura de segurança entre os profissionais...traçar metas, planejar ações que venham contribuir para a melhoria do atendimento e dos cuidados do paciente em todas as áreas envolvidas...promover a segurança conforme a nossa realidade, que é a grande tarefa do núcleo..” (sujeito 01; sujeito 02; sujeito 03; sujeito 05; sujeito 07; sujeito 11) |
|  | Visão geral da instituição          |  |
|  | Mudança de comportamento            |  |
|  | Qualidade do serviço                |  |
| 2- Após a implantação do NSP, quais as melhorias percebidas no hospital e/ou no seu setor?             | Redução de erros                    | “Foram evitados problemas que antes ocorriam...quando a gente possui dados a gente se organiza com os eventos adversos...antes não existia notificação e agora a gente consegue identificar...as pessoas estão mais atentas, mais cuidadosas...o nosso trabalho melhorou e todo mundo ganhou com isso...” (Sujeito 05; sujeito 06; sujeito 09; sujeito 11; sujeito 12)   |
|  | Cumprimento das normas e protocolos |  |
|  | Aumento das notificações            |  |
|  | Mudanças na postura profissional    |  |
| 3- Como foi percebida pelos setores a implantação dos protocolos relacionados à segurança do paciente? | Resistência                         | “Tudo que é novo gera medo e uma certa insegurança, a gente percebeu que há uma certa resistência na mudança das rotinas...mas com o tempo foram vendo que não é assim...já tem mudado muito, é uma mudança de cultura que está em andamento...as pessoas viam o núcleo que eram pessoas que iam apontar os erros...mas depois viram que era um aliado do serviço/funcionário.” (Sujeito 01; sujeito 06; sujeito 07; sujeito 11)   |
| 4- Você possui ou percebe dificuldades na elaboração e execução das atividades do NSP?                 | Falta de recursos                   | “Tem dificuldades, pois trabalhamos no SUS e há falta de recursos, falta de materiais, falta RH...essa falta de recursos limita a execução dos protocolos...uma coisa que a gente tem dificuldade é a comunicação...a comunicação é falha na hora de informar...Dificuldades existem, resistência na implantação de alguns protocolos, eles dizem “se sempre foi assim, porque mudar”. “( Sujeito 01; sujeito 02; sujeito 05; sujeito 11)  |
|  | Comunicação                         |  |
|  | Resistência                         |  |

Continuação

| QUESTÕES   | CATEGORIAS EMERGENTES | DISCURSO COLETIVO   |
|--|-----------------------|---|
| 5- Olhando para o presente, consegue visualizar as mudanças? | Ações estabelecidas   | “Da para ver bem, todo mês recebemos relatório de eventos adversos...alguns protocolos já viraram rotina...o núcleo de segurança do paciente não é feito por uma ou duas pessoas, mas por todos que estão trabalhando na instituição...isso implica em várias coisas que precisam ser repassadas para que todos os envolvidos saibam como funciona e o que implica isso...o núcleo tem que continuar com persistência e a regularidade das reuniões e superar as dificuldades. É isso que eu acho que tem que ser persistente.”<br>(Sujeito 05; sujeito 09; sujeito 11; sujeito 12) |
|  | Universalidade        |   |

Fonte: Dados da pesquisa (2017).

#### 4 DISCUSSÃO

Um primeiro passo na qualificação de um serviço de saúde e na melhoria da segurança do paciente é conhecer as atividades que estão sendo desenvolvidas, reconhecer suas dificuldades e potencialidades reais e comparar às expectativas e exigências dos processos estabelecidos pelas instituições e órgãos internacionais, na busca de estratégias para se aproximar desses objetivos (BRASIL,2013a).

Por tanto nesse estudo a partir das categorias emergentes nos resultados, foram comparados e discutidos a seguir os achados com outras literaturas relevantes à temática.

##### Visão geral da Instituição

Nas falas presentes nesse estudo podemos identificar um discurso de acolhimento e integração das ações, pessoas e setores de modo universal, como uma forma de responsabilidade conjunta. As instituições de alta confiabilidade e com uma boa cultura de segurança antecipam os eventos adversos como forma de preparação para lidar com eles em todos os níveis de organização. Dessa forma, fornecem aos seus colaboradores ferramentas para desenvolverem habilidades de converter tais eventos adversos em resistência melhorada do sistema (GALDINO et al, 2016).

Para uma cultura de segurança é necessário o engajamento e o apoio dos líderes e gestores, pois cultura começa com a liderança. Acredita-se que o envolvimento dos gestores nas situações cotidianas e conhecendo as dificuldades que os profissionais enfrentam diariamente, cria um canal de comunicação mais efetivo a resolução dos problemas e na busca pela segurança do paciente (BRASIL, 2013a).

A criatividade individual na promoção de mudanças que beneficiem a organização, como a capacidade de reorganizar atividades, o termo de inovação organização, associa-se ao desenvolvimento de uma cultura e estrutura organizacional capaz de suportar a inovação, bem como à capacidade de reter colaboradores criativos. Torna-se por isso benéfico o desenvolvimento de um ambiente de confiança, que propicie o contributo para o sucesso organizacional (SOUZA; MONTEIRO, 2010).

### **Mudança de Comportamento**

Do mesmo modo que a segurança exige uma visão universal, a sua mudança é um processo que requer ações que abrangam a todos, o que pode ser um processo difícil pelo seu poder de amplitude e exigência de adaptação à mudança. Apesar desta fala não ser algo novo, só recentemente é que esta tem ganhado maior relevância para os hospitais em termos de inovação, conhecimento e gestão de processos e pesquisas relacionadas (CHANGKAEW et al, 2012).

Nesse estudo os sujeitos já reconheceram um início de mudança positiva da postura e ação profissional. Mudança essa, importante para constituição de novas práticas, pois inovar processualmente nos serviços hospitalares deriva de um método criativo e interativo de aperfeiçoamento destes serviços, que tem subjacente a introdução ou reformulação de técnicas, procedimentos, sistemas e tecnologias de informação (OMACHONU; EINSRUICH, 2010).

### **Qualidade do serviço**

A universalização quando associada à mudança de comportamento e outros fatores como adesão a esses processos, gera a qualidade do serviço, que pudemos identificar já como resultado para os sujeitos da pesquisa. A segurança do paciente encontra-se relacionada diretamente a qualidade dos serviços de saúde. Os princípios básicos pela busca da qualidade

são: a segurança, o mínimo de riscos e erros durante o atendimento ao paciente, sendo a ausência de incidentes uma meta a ser alcançada (OLIVEIRA et al, 2014).

Para Reis (2013), a segurança do paciente é um componente crítico de melhoria da qualidade do cuidado de saúde em todo o mundo, visto que constitui um grave problema de saúde pública. As consequências de danos ou lesões decorrentes dos cuidados assistenciais podem ser graves ou fatais, e extremamente dispendiosas para suas vítimas e para os sistemas de cuidado de saúde.

### **Redução de erros**

Com a segurança do paciente constituída ou até mesmo em processo de consolidação podemos já colher como resultado a redução nos erros e eventos adversos identificada nas falas deste estudo e associada aos outros componentes discutidos anteriormente.

A segurança, a satisfação e o mínimo de riscos e erros durante o atendimento à clientela vêm sendo princípios básicos na busca pela qualidade nos serviços de saúde.

Aprender a reconhecer o erro e comunicá-lo faz dessa iniciativa uma fonte de análise de todo o processo causal, além da prevenção de situações futuras, envolvendo eventos adversos. É importante reforçar a substituição da punição pela avaliação do processo, instituindo-se uma cultura de segurança visando à notificação protocolada e a utilização de ferramentas para analisar as causas dos erros, correção do processo e medidas preventivas de novas ocorrências de falhas (TOBIAS et al,2016).

### **Criação e cumprimento das normas e protocolos**

As falas relacionadas aos protocolos foram pontuadas em mais de um quesito pelos participantes, consolidando que a prática realmente está fazendo parte da rotina institucional. Mostrando-se um dos pontos de maior adesão, que pode estar relacionado ao fator de que os protocolos (Checklist, listas, indicadores) podem ser adaptados e modificados com praticidade. Além de servirem como barreira para evitar falhas humanas, auxiliar no desempenho de tarefas, criar e manter uma cultura de segurança na instituição de saúde (CORONA; PENICHE, 2015).

A literatura vigente demonstra avanços em relação à segurança do paciente quando as instituições utilizam protocolos (SOUZA; SILVA, 2014).

### **Aumento das notificações**

Para identificação dos erros e eventos adversos, assim como para a melhoria na segurança do paciente é importante ter dados que auxiliem a identificar parâmetros considerados como corretos. Para que se consiga isso, a notificação é imprescindível, é por meio dela que podemos ter dados precisos para realizar novas estratégias e avaliar sua eficácia (SILVA et al, 2016).

Nesse estudo os participantes verbalizaram essa estrutura, com a redução de erros e eventos adversos observada por meio de dados encontrados nas notificações. Estas passaram a prover um maior número de dados gerando a melhoria na segurança do paciente, por apresentarem todos os componentes descritos nas diretrizes de qualidade dos processos de saúde (SILVA et al, 2016).

Estudos demonstram que o aumento das notificações de eventos adversos e queixas técnicas enviadas pela equipe de saúde garantem a segurança dos pacientes, um melhor atendimento e a qualidade nos serviços prestados (SILVA et al, 2016).

### **Mudanças na postura profissional**

A mudança na postura profissional está diretamente relacionada com a mudança de comportamentos. Cuidados de saúde prestados de forma insegura resultam no aumento da morbimortalidade dos pacientes hospitalizados. O fato é que quando a instituição passa a aplicar indicadores de segurança por meio de programas de monitoramento, gera mudança na rotina dos profissionais. Neste processo os gestores de saúde, em diferentes níveis, têm um papel fundamental o que repercute na segurança do paciente (LIMA, 2014).

Esta mudança passa pelo que a literatura tem denominado de rigidez da hierarquia, e estudos ainda citam que entre os profissionais, geralmente o médico, inibe os demais membros da equipe, o que pode levar a que os erros ocorridos sejam ocultados. Muitas vezes os profissionais de saúde deixam de comunicar um efeito adverso, ou outro fato ocorrido com medo de punição (LIMA, 2014).

## **Resistência**

Como discutido anteriormente a qualidade está relacionada com mudanças e reavaliações constantes que implicam em resiliência, o que nem sempre é algo fácil na relação humana. Nesse estudo a resistência ao novo, as mudanças, foi apontada como um dos fatores de maior dificuldade de serem superados nos processos. “Tudo que é novo gera medo e certa insegurança e assim leva certa resistência na mudança das rotinas”.

A comunicação e a disseminação das informações é fator determinante para amenizar a resistência nos processos de mudança. A resistência é um fenômeno indissociável aos indivíduos nos processos de mudança. Para estabelecer as estratégias adequadas de lidar com a resistência é fundamental compreender as circunstâncias que a deram origem, e na segurança do paciente essa resistência está ligada a cultura de segurança que vem se formando há anos na instituição e envolve processos complexos e hábitos que precisam ser modificados aos poucos e coletivamente (WEGNER et al, 2016).

As organizações são formadas por pessoas, com as suas características pessoais intrínsecas, valores incorporados na sua conduta ética, atitudes e expressões que imprimem sua individualidade, posicionam seu espaço no grupo, legitimam as especificidades que lhes são peculiares como ser humano. As mudanças afetam os processos de trabalho que são executados por pessoas; são expressões derivadas ou não da resistência. No entanto, a resistência à mudança faz parte do processo de aprendizagem (BOMFIN; TRIVELLATO; HASTENREITER, 2013).

## **Falta de recursos**

Outra fala presente no estudo foi a falta de recursos tanto materiais, que acabam por inviabilizar as atividades de acordo com as diretrizes, e a falta de recursos humanos, que geram sobrecarga profissional acarretando em exaustão, doenças crônicas e baixa produtividade. O número inadequado de profissionais também tem sido apontado como uma barreira para a comunicação eficaz, pois a fadiga pode provocar distrações e, conseqüentemente, falhas no processo de comunicação, como por exemplo, informações relevantes deixam de ser transmitidas (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015).

Segundo Souza (2015), a falta de comunicação efetiva é reconhecida com uma dentre as várias situações que favorecem o desencadeamento de erros no cotidiano de trabalho. Esta

diminui a notificação de eventos adversos por parte dos profissionais, devido ao receio de possível punição, o que pode impedir o fomento a cultura de segurança neste aspecto.

### **Ações estabelecidas**

Como resultado da instituição do NSP e a realização das primeiras atividades, os profissionais já identificaram que as ações estabelecidas estão sendo executadas e aprimoradas por toda instituição. A preocupação das instituições com a política de segurança do paciente, inovação em serviços hospitalares, padrões a serem aplicados nas instituições de saúde para melhorar a assistência ao cliente, exigirá uma longa jornada e que não será fácil nem rápido atender a todas as metas propostas (SOUZA; SILVA, 2014).

Pesquisas mostram que é primordial o desenvolvimento de programas estruturados de treinamento de habilidades de comunicação, dos profissionais envolvidos diretamente (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, entre outros) e indiretamente (gestores, agentes administrativos, entre outros) com o cuidado de saúde do paciente. Tais programas têm proporcionado melhoras no desempenho e na comunicação entre os membros da equipe interdisciplinar. Como desafio à sua implementação, a mudança deve ser executada integrando e coordenando conhecimentos de diversas áreas, tendo em conta que a cultura organizacional influencia a inovação de processo (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015).

### **Universalização**

Um ponto positivo encontrado no discurso dos profissionais foi a preocupação e conscientização de que a segurança é algo conjunto e de responsabilidade de todos e deve ser construída de maneira universal em toda a instituição.

Recomendações sugerem a necessidade de ampliar o comprometimento, cooperação, responsabilidade e respeito entre os membros da equipe, para a promoção da interdisciplinaridade, observar a hierarquia, promover uma boa comunicação entre os profissionais e, conseqüentemente, um clima bom no ambiente de trabalho. Se os profissionais se sentem importantes e respeitados na equipe, tendem a prestar um cuidado de qualidade (MINUZZI et al, 2016).

O sucesso para formação de uma cultura de segurança do paciente envolve o comprometimento de toda a instituição, onde colaboradores sintam-se incentivados a participar com suas sugestões e habilidades de trabalho em prol de uma assistência segura (MINUZZI et al, 2016).

O sistema de gestão de qualidade possui pontos chave que devem estar alinhados e integrados com o foco da qualidade do serviço para o paciente, alicerçado no trabalho em equipe permeando toda a organização, nas decisões operacionais, táticas e estratégicas baseadas em fatos e dados.

## **5 CONCLUSÃO**

O estudo conseguiu identificar nas falas dos sujeitos que as ações do NSP apresentam diversas dificuldades e limitações, ao mesmo tempo em que promove ações que acabam se tornando efetivas na prática, qualificando o serviço prestado.

Como limitações do estudo, aponta-se a necessidade da compreensão das ações e responsabilidades do NSP pela visão dos profissionais que não fazem parte desse grupo, de modo que seria importante escutá-los.

Para ampliação da pesquisa sugere-se conhecer também a realidade de outras instituições da Secretaria do Estado da Saúde (SES) que fazem parte da mesma rede de gestão, para identificar possíveis dificuldades que podem ser sistêmicas e a partir dessa identificação poder se pensar estratégias a serem trabalhadas de maneira coletiva.

Como sugestão para fortalecimento do NSP considera-se importante o desenvolvimento de capacitações dos profissionais para disseminar as responsabilidades, o objetivo e as atividades do Núcleo na unidade de saúde. Além de divulgar os achados deste estudo para a gestão e os profissionais envolvidos, incentivando o processo de mudança.

## ACTIVITIES OF THE NUCLEUS OF PATIENT SAFETY IN A STATE HOSPITAL OF THE SOUTH OF THE COUNTRY

### ABSTRACT

**Objective:** To understand the potentialities and difficulties of the Patient Safety Nucleus (PSN) of a state hospital in the southern state of the country in the development of the related conditions of patient safety. **Methodology:** Qualitative, exploratory and prospective study. Through an interview with 17 PSN professionals of the hospital, conducted from May to July 2017. Using Content Analysis and the Discourse Analysis of the Using Content Analysis and the Discourse Analysis of the Subject. It was approved by the Committee of Ethics in Research with Human. **Results:** The main difficulty perceived was the resistance of the difficulty perceived was the resistance of the professionals. And as a potentiality it is identified that identified that there are already changes in these curity culture of the security culture of the institution. **Conclusion:** Although there are difficulties in implementing the PSN and the PSN and require a greater investment of resources, there have been important investments of the resources, there have been important advances in the development of protocols development of protocols and in general aspects of the patient safety culture. Showing that PSN is important and of the patient safety culture. Showing that PSN is important and effective for qualifying health services.

**Keywords:** Patient safety. Health management; Hospital administration; Quality of health care.

### REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.

BOMFIN, D. F.; TRIVELLATO, L. P.; HASTENREITER, F. Aceitação e resistência ao processo de acreditação hospitalar sob a perspectiva dos profissionais que atuam em instituições hospitalares. **Revista Pensamento Contemporâneo em Administração**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 116-133, abr./jun. 2013.

BORGES, F, et al. Grau da Cultura de Segurança do paciente na percepção da equipe multiprofissional hospitalar. **Varia Scientia - Ciências da Saúde**, Cascavel, PR, v. 2, n. 1, p. 55-65, 2016

BRASIL. Agencia Nacional de Vigilância Sanitária. Anvisa. **Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. Brasília: ANVISA, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, 2013b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html)>. Acesso em: 15 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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. Brasília, 2013c.

CAPUCHO, H. C.; CASSIANI, S. H. B. Necessidade de implantar programa nacional de segurança do paciente no Brasil. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 791-798, 2013.

LEFEVRE, F., LEFEVRE, A. M. C. Discurso do sujeito coletivo: representações sociais e intervenções comunicativas. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 502-507, abr./jun. 2014.

CHANGKAEW, L. et al. Three dimensions model: stage for service innovation in hospital in hospital. **Interdisciplinary Journal of contemporary Research in Business**, v. 4, n. 2, p. 806-814, 2012.

CORONAA, R. P. D.; PENICHEA, C. G. A cultura de segurança do paciente na adesão ao protocolo da cirurgia segura. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 179-185, jul./set. 2015.

GALDINO, S. V. et al. Ferramentas de qualidade na gestão dos serviços de saúde: revisão integrativa de literatura. **Revista Gestão e Saúde**, Brasília, v. 7, p. 1023-1057, 2016. (Suplemento).

LIMA, F. D. M. A. Segurança do paciente e intervenções para a qualidade dos cuidados de saúde. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, PR, v. 15, n. 3, p. 22-29, 2014.

MINUZZI, A. P. et al. Contribuições da equipe de saúde visando à promoção da segurança do paciente no cuidado intensivo **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 121-129, 2016.

NOGUEIRA, J. W. S.; RODRIGUES, M. C. S. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafio para a segurança do paciente. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 20, n. 3, p. 636-640, jul./set. 2015.

OLIVEIRA, R. M. et al. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 122-129, 2014.

OMACHONU, V. K.; EINSRUCH, N. G. Innovation in healthcare delivery systems: a conceptual framework. **The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal**, v. 15, n. 1, p. 1-20, 2010.

REIS, C. T. **A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro**. 2013. 203f. Tese. (Doutorado em Ciências da Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

SILVA, A. C. A. et al. A segurança do paciente em âmbito hospitalar: revisão integrativa da literatura. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 21, p. 1-9, 2016. (Especial).

SOUZA, V. S. et al. Erros e eventos adversos: a interface com a cultura de segurança dos profissionais de saúde. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 20, n. 3, p. 475-482, 2015.

SOUZA, F.; MONTEIRO, I. Inovação organizacional: a eficácia do método de resolução criativa de problemas. **Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão**, Lisboa, v. 9, n. 3, p. 38-49, jul./set. 2010.

SOUZA, R.F. F.; SILVAL, L. D. Estudo exploratório das iniciativas acerca da segurança do paciente em hospitais do Rio de Janeiro. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 22-28, jan./fev. 2014.

TOBIAS, G. C. et al. Conhecimento dos enfermeiros sobre a cultura de segurança do paciente em hospital universitário. **Revista de Enfermagem da UFPE**, Recife, v. 10, n. 3, p. 1071-1079, 2016.

WEGNER, W. et al. Educação para cultura da segurança do paciente: implicações para a formação profissional. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 1-8, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The conceptual framework for the international classification for patient safety**. 2009. Disponível em: <<http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/en/>>. Acesso em: 8 jun. 2010.

Submetido em: 14/2/2018  
Aceito para publicação em: 22/08/2018