

Núcleo segurança do paciente: perfil dos recursos humanos no cenário brasileiro

Patient safety centers: profile of human resources in the Brazilian scenario

Núcleo Seguridad del Paciente: perfil de los recursos humanos en el contexto brasileño

Lucas Rodrigo Garcia de Mello¹  <https://orcid.org/0000-0002-4833-606X>

Barbara Pompeu Christovam¹  <https://orcid.org/0000-0002-9135-8379>

Mylena da Cruz Araujo¹  <https://orcid.org/0000-0003-1939-7784>

Ana Paula Amorim Moreira¹  <https://orcid.org/0000-0003-1047-0658>

Érica Brandão de Moraes¹  <https://orcid.org/0000-0003-3052-158X>

Graciele Oroski Paes²  <https://orcid.org/0000-0001-8814-5770>

Iuri Bastos Pereira³  <https://orcid.org/0000-0002-6323-2883>

Como citar:

Mello LR, Christovam BP, Araujo MC, Moreira AP, Moraes EB, Paes GO, et al. Núcleo segurança do paciente: perfil dos recursos humanos no cenário brasileiro. Acta Paul Enferm. 2021;34:eAPE001165.

DOI

<http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2021A0001165>



Descritores

Recursos humanos; Segurança do paciente; Serviços de saúde; Gestão da qualidade; Brasil

Keywords

Workforce; Patient safety; Health services; Quality management; Brazil

Descriptores

Recursos humanos; Seguridad del paciente; Servicios de salud; Gestión de la calidad; Brasil

Submetido

18 de Maio de 2020

Aceito

1 de Março de 2021

Autor correspondente

Lucas Rodrigo Garcia de Mello
E-mail: lucasmello@ig.com.br

Resumo

Objetivo: Caracterizar o perfil dos profissionais que atuam nos Núcleos de Segurança do Paciente e analisar se existem variáveis correlacionadas à aplicação de ferramentas de investigação de eventos adversos.

Métodos: Estudo quantitativo, transversal, prospectivo, com 95 profissionais de 24 hospitais públicos e privados, que possuem Núcleos de Segurança do Paciente, das regiões: Sudeste, Centro Oeste, Nordeste e Sul. O recrutamento dos participantes foi operacionalizado em três etapas por videoconferência e a coleta de dados foi realizada através de um formulário estruturado com 14 perguntas fechadas. O programa *SPSS (Statistical Package for the Social Science)* foi utilizado para análise estatística descritiva. O teste de *Spearman* foi utilizado para analisar a correlação e significância.

Resultados: Ressalta-se a predominância de enfermeiros (89,5%) responsáveis pela investigação de eventos adversos nas instituições participantes. Os enfermeiros possuíam idade média de 39,5 anos, 14,3 anos de formação profissional e 9,2 anos de atuação na prática assistencial. Já sobre a especialização, 58,8 % eram pós-graduados em terapia intensiva e 79% formados em gestão da qualidade. A ferramenta mais utilizada para investigação é o Protocolo de Londres (95,8%), além disso, o número de protocolos aplicados apresentou alta variabilidade (CV=0,46).

Conclusão: Os enfermeiros são os profissionais que atuam nos Núcleos de Segurança do Paciente, ademais, liderando o processo de investigação de eventos adversos; e não foi encontrada nenhuma correlação forte e significativa entre as variáveis quantitativas à aplicação de ferramentas de investigação de eventos adversos.

Abstract

Objective: To characterize the profile of professionals working in the Patient Safety Centers and to analyze whether there are variables correlated to the application of tools for investigating adverse events.

Methods: Quantitative, cross-sectional, prospective study, with a total of 95 professionals from 24 public and private hospitals, which have Patient Safety Centers from the regions: Southeast, Central-West, Northeast and South. The recruitment of participants was carried out in three stages by videoconference and data collection was carried out using a structured form with 14 closed questions. The SPSS (Statistical Package for the Social Science) software was used for descriptive statistical analysis. The Spearman test was used to analyze the correlation and significance.

Results: The predominance of nurses (89.5%) responsible for investigating adverse events in the participating institutions is highlighted. The nurses had an average age of 39.5 years old, 14.3 years of professional training and 9.2 years of experience in healthcare practice. Regarding their specialization, 58.8% were post-graduated in intensive care and 79% graduated in quality management. The most used tool for investigation is the London Protocol (95.8%), in addition, the number of applied protocols showed high variability (CV=0.46).

¹Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil.

²Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ Brasil.

³Universidade Federal do Rio de Janeiro, Macaé, RJ, Brasil.

Conflitos de interesse: nada a declarar.

Conclusion: Nurses are the professionals who work in the Patient Safety Centers, leading the process of investigating adverse events; and no strong and significant correlation was found among the quantitative variables to the application of adverse event investigation tools.

Resumen

Objetivo: Caracterizar el perfil de los profesionales que actúan en los Núcleos de Seguridad del Paciente y analizar si existen variables correlacionadas con la aplicación de herramientas de investigación de eventos adversos.

Métodos: Estudio cualitativo, transversal, prospectivo, con 95 profesionales de 24 hospitales públicos y privados, que tienen Núcleo de Seguridad del Paciente de la región Sudeste, Centro Oeste, Nordeste y Sur. El reclutamiento de los participantes fue realizado en tres etapas por videoconferencia y la recopilación de datos se llevó a cabo mediante un formulario estructurado con 14 preguntas cerradas. Para el análisis estadístico descriptivo se utilizó el programa *SPSS (Statistical Package for the Social Science)*. La prueba de Spearman fue utilizada para analizar la correlación y significación.

Resultados: Se observa un predominio de enfermeros (89,5 %) responsables de la investigación de eventos adversos en las instituciones participantes. Los enfermeros tenían edad promedio de 39,5 años, 14,3 años de formación profesional y 9,2 años de actuación en la práctica asistencial. Respecto a la especialización, el 58,8 % tenía posgraduación en terapia intensiva y el 79 % estaba formado en gestión de la calidad. La herramienta más usada para la investigación es el Protocolo de Londres (95,8 %) y el número de protocolos aplicados presentó una alta variabilidad ($CV=0,46$).

Conclusión: Los enfermeros son los profesionales que actúan en los Núcleos de Seguridad del Paciente y además lideran el proceso de investigación de eventos adversos. No se encontró ninguna correlación fuerte y significativa entre las variables cuantitativas y la aplicación de herramientas de investigación de eventos adversos.

Introdução

Nos últimos anos, observa-se uma crescente evolução sobre o tema Segurança do Paciente, principalmente no que tange à busca pela qualidade, melhoria contínua e diminuição dos incidentes. De acordo com a OMS, segurança do paciente é a redução do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável.⁽¹⁻⁴⁾

A ocorrência de incidentes poderá comprometer a segurança do paciente, tornando-se um desafio permanente nas instituições de saúde a detecção, investigação e planejamento das ações de melhorias.⁽³⁻⁵⁾ Os incidentes, segundo a OMS, são classificados como: circunstâncias de risco; incidentes sem dano, *near miss* (quase falha) e o incidente com dano também conhecido como evento adverso (EA). Já o *never event*, segundo a ANVISA, é considerado um evento que nunca deveria ocorrer e deveria ser priorizado em serviços de saúde.⁽¹⁾

Segundo estudos internacionais, os EA, têm afetado cerca de 4,0% a 16% de pacientes hospitalizados em países desenvolvidos, principalmente os associados aos erros de medicação, infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), complicações perioperatórias e quedas. Além disso, a ocorrência de EA gera um enorme prejuízo financeiro e o aumento dos custos hospitalares.⁽⁶⁻⁸⁾

Recentemente, no Brasil, um estudo relacionando os impactos assistenciais e econômicos dos EA, demonstrou que anualmente mais de um milhão

de pacientes hospitalizados seriam acometidos por pelo menos um incidente e entre 100 mil a 450 mil óbitos estariam associados aos incidentes gerando um custo para a saúde entre R\$ 5 bilhões R\$ 16 bilhões.⁽⁹⁻¹²⁾

Com o propósito de instituir ações voltadas para segurança do paciente nos serviços de saúde, em abril de 2013, no Brasil, o Ministério da Saúde (MS) publicou a Portaria nº 529 que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) cujo objetivo é contribuir para a qualificação do cuidado em saúde por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional.⁽⁵⁾ Posteriormente, em julho de 2013, foi publicada a RDC nº 36/2013 que instituiu a obrigatoriedade para construção e implementação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), com objetivo de criar, envolver e implementar as práticas de segurança em todos os níveis instituição.⁽⁶⁾

De acordo com a supracitada resolução, o NSP deve ser constituído por uma equipe multidisciplinar, capacitada em conceitos de gestão da qualidade, melhoria contínua, segurança do paciente e também nas ferramentas de gerenciamento de riscos.⁽⁶⁾

A realização da investigação dos EA nos serviços de saúde é considerada, dentre as atribuições do NSP, uma exigência a ser cumprida, considerando sua importância na identificação e mapeamento das falhas ocorridas na assistência, bem como a possibilidade de explorar as possíveis causas que levaram

ao incidente e, traçar planos de ação que permitam a redução do grau do dano e a prevenção de uma possível recorrência.⁽²⁻⁵⁾

Neste contexto, destaca-se a existência das ferramentas e/ou instrumentos que realizam a investigação e, assim, chegar a uma análise robusta e resultados consistentes. As ferramentas mais utilizadas para investigação de EA são: análise de causa raiz com fatores contribuintes adaptado de *Tree levels of RCA investigation*; *HFACS (Human Factors Analysis and Classification System)*; *Canadian Incident Analysis Framework*; *Yorkshire Contributory Factors Framework* e o Protocolo de Londres. Contudo, em meio a essa variedade de instrumentos, muitas instituições incorrem no erro de selecionar uma ferramenta complexa, ou talvez não indicada para o processo de investigação e que por fim o próprio gestor tem dificuldade para liderar e operacionalizá-la.⁽³⁻⁷⁾

Ferramentas para a investigação de EA possuem uma característica em comum, a busca pela causa raiz do incidente e a construção de um plano de ações corretivas.⁽¹⁻⁴⁾ No entanto, é importante destacar que segundo o manual da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) de 2017, o Protocolo de Londres é a ferramenta recomendada para uma análise mais profunda e detalhada que, na maioria das vezes, poderá revelar uma série de condições latentes e oportunidades de melhorias nos processos.⁽¹⁻³⁾

Ademais, alguns autores apontam para necessidade da seleção de pessoas para investigar, inclusive, idealmente, um time de investigação constituído de três a quatro integrantes.⁽¹¹⁻¹³⁾ Esse time deve contar com pessoas que possuam habilidades complementares e que conheçam o processo a ser estudado, de forma a garantir uma investigação exaustiva e reflexiva. Neste sentido, recomenda-se que os profissionais sejam dedicados inteiramente à investigação, com uma equipe que possua um vasto conhecimento relacionado à gestão da qualidade em saúde, ferramentas de investigação, conhecimento sobre os processos clínicos e a dinâmica hospitalar.⁽¹⁰⁻¹³⁾

Embora haja recomendações do Ministério da Saúde (MS) sobre a constituição dos NSP, não existe uma padronização sobre o perfil necessário aos profissionais de diferentes categorias para compo-

sição dessa equipe. Este aspecto foi corroborado ao evidenciar nas produções científicas, uma lacuna no conhecimento acerca do perfil dos profissionais que compõem os NSP.

Assim, o desenvolvimento deste estudo justifica-se pela necessidade de retratar o perfil profissional constituído atualmente pelas instituições de saúde, no que tange ao conhecimento e habilidade requeridos dos integrantes do NSP. Com base no exposto, o objetivo deste estudo foi caracterizar o perfil dos profissionais que atuam nos NSP e analisar se existem variáveis correlacionadas à aplicação de ferramentas de investigação de EA.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal, prospectivo, com abordagem quantitativa, desenvolvido em 24 hospitais públicos e privados que possuem NSP, distribuídos nas seguintes regiões: sudeste, centro oeste, nordeste e sul do Brasil.

A amostra foi composta por 95 participantes, de uma população total de 103 profissionais que atuavam em 24 NSP dos hospitais selecionados para o estudo e que atenderam aos seguintes critérios de elegibilidade: dedicação exclusiva ao NSP; possuir nível superior na área da saúde e atuação na análise e investigação de incidentes. Foram excluídos oito profissionais, afastados de suas funções no período de setembro a novembro/2019, quando foi realizada a coleta de dados.

O recrutamento dos participantes, realizado no mês de agosto 2019, foi operacionalizado em três etapas. Na primeira etapa foi realizada uma videoconferência, através do *software Google Hangouts* da versão 80.0.3987.163, com os profissionais de cada hospital, separadamente, com objetivo de apresentar a pesquisa, seus objetivos e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), incluindo os riscos e benefícios da pesquisa. Na segunda etapa, foi encaminhado por email o TCLE para a coleta das assinaturas. Na terceira etapa, os profissionais que aceitaram participar da pesquisa encaminharam, por email, o TCLE assinado e por fim, foi disponibilizado o link para acessar o instru-

mento utilizado para coleta de dados, elaborado no *software Survey Monkey on line*.

A coleta de dados ocorreu no período de setembro a novembro/2019, através de um formulário estruturado composto de 14 perguntas fechadas, relacionadas ao perfil demográfico e profissional dos participantes do estudo.

Os dados foram organizados em planilhas no Programa Excel® 2011 e analisados por meio de estatística descritiva. O tratamento estatístico foi realizado através do *Software IBM SPSS (Statistical Package for the Social Science)*, versão 22.0 e do *Software R*.

As variáveis referentes ao perfil demográfico foram: sexo e idade. Quanto ao perfil profissional: cargo na instituição, formação, titulação, área de titulação, tempo de formação, tempo e atuação na assistência e tempo de atuação no núcleo de segurança do paciente. As variáveis quantitativas foram apresentadas em distribuições de frequência absoluta (n) e relativa (%), média, desvio padrão (DP) e coeficiente de variação (CV). A variabilidade da distribuição de uma variável quantitativa é considerada baixa se $CV < 0,20$; moderada se $0,20 \leq CV < 0,40$ e alta se $CV \geq 0,40$.

Para análise do desfecho, ou seja, a aplicação de ferramentas de investigação de eventos adversos pelos participantes do estudo foi realizada análise de correlação entre as variáveis demográficas e profissionais e, as variáveis de desfecho que apresentaram maior frequência, relacionadas ao número de cursos realizados e número de protocolos aplicados.

A associação entre duas variáveis quantitativas foi investigada por análise de correlação, através do cálculo coeficiente de correlação de ordem de *Spearman*, e a significância do coeficiente de correlação foi avaliada pelo teste do coeficiente de correlação, pelo qual um coeficiente é significativamente não nulo se o p-valor do teste de correlação for menor que o nível de significância 0,05. Neste trabalho, a correlação entre duas variáveis foi considerada suficientemente forte somente quando o coeficiente de correlação apresentasse valor absoluto maior que 0,7.

A pesquisa cumpriu todos os aspectos éticos legais de acordo com a Resolução nº 466/2012,

do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos, sendo submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da instituição proponente através do Parecer Consubstanciado nº: 3.567.788 e CAAE: 17558819.9.0000.5243.

Resultados

As distribuições de frequências das variáveis que caracterizam os profissionais que atuam nos NSP e na investigação dos incidentes são apresentadas nas tabelas 1 e 2 com a maior frequência sinalizada em negrito. Os resultados da tabela 1 mostram que a maioria são profissionais do sexo feminino (83,2%), na faixa etária de 39 a 42 anos (40,0%) e possuem o cargo de Analista/Coordenador/Consultor/Supervisor de Qualidade (67,3%). Os profissionais tinham, em média, 39,5 anos de idade, 14,3 anos de formação, 9,2 anos de atuação na assistência e 4,7 anos de atuação no NSP.

Tabela 1. Características dos profissionais que atuam na investigação dos incidentes do núcleo de segurança do paciente

Variáveis	Global (f=95) f(%)
Sexo	
Feminino	79(83,2)
Masculino	16(16,8)
Idade (anos)	
30 33	11(11,6)
33 36	15(15,8)
36 39	4(4,2)
39 42	38(40,0)
42 45	13(13,7)
45 48	8(8,4)
48 51	0(0,0)
51 54	6(6,3)
Cargo na instituição	
Analista/ Coordenador/ Consultor/Supervisor de qualidade	64(67,37)
Gerente do NSP	15(15,79)
Gerente assistencial	8(8,42)
Analista segurança do paciente	5(5,26)
Consultor/ Gerente de riscos	3(3,16)
Formação	
Enfermeiro	85(89,5)
Biomédica	3(3,2)
Médico	3(3,2)
Farmacêutico	2(2,1)
Fisioterapeuta	1(1,1)
Psicóloga	1(1,1)

Continua...

Continuação.

Maior Titulação	
Doutorado	6(6,3)
Especialização	15(15,8)
MBA	58(61,1)
Mestrado	16(16,8)
Número de especializações	
1	32(33,7)
2	63(66,3)
Trajetória de formação – Primeira especialização	
Controle de infecção	10(10,5)
Oncologia	17(17,9)
Terapia Intensiva	54(56,8)
Centro Cirúrgico	3(3,2)
Outras	11(11,5)
Trajetória de formação – Segunda especialização	
Gestão de qualidade em serviços de saúde	79(79,0)
Gestão em saúde	7(7,4)
Gestão da qualidade total	2(2,1)
Segurança do paciente	2(2,1)
Executivo em saúde	3(3,2)
Outras	6(6,3)
Tempo de formado (anos)	
8 – 11	11(11,6)
11 – 14	40(42,1)
14 – 17	27(28,4)
17 – 20	5(5,3)
20 – 23	6(6,3)
23 – 26	5(5,3)
26 – 29	1(1,1)
Tempo de atuação na assistência (anos)	
5 – 7	13(13,7)
7 – 9	39(41,1)
9 – 11	25(26,3)
11 – 13	6(6,3)
13 – 15	2(2,1)
15 – 17	5(5,3)
17 – 19	1(1,1)
19 – 21	4(4,2)
Tempo de atuação no núcleo de segurança do paciente (anos)	
1	2(2,1)
2	4(4,2)
3	6(6,3)
4	22(23,2)
5	33(34,7)
6	28(29,5)

f – frequência; % – porcentagem; NSP – Núcleo de Segurança do Paciente; MBA – *Master of Business Administration*

As informações referentes à formação destes profissionais evidenciam que a categoria que atua na investigação de eventos adversos do NSP é em sua maioria, enfermeiro (89,5%), com MBA (61,1%), com duas especializações (66,3%), sendo a mais frequente especialização em terapia intensiva (56,8%), seguida da especialização em gestão de qualidade em serviços de saúde (79,0%). A tabela 2 mostra que todos participantes fizeram, em geral, quatro a sete cursos de ferramentas de qualidade (71,0%). Os profissionais apre-

sentam domínio na utilização de ferramentas de qualidade (97,9%). O Protocolo de Londres é a ferramenta adotada pela maioria dos participantes (95,8%), aplicada de 39 a 63 vezes por cada integrante.

Tabela 2. Utilização da ferramenta de investigação de incidentes do núcleo de segurança do paciente

Variável	Global (f=95) f(%)
Já fez cursos de ferramentas de qualidade?	
Sim	95(100,0)
Não	0(0,0)
Número de cursos de ferramentas de qualidade	
1	3(3,2)
2	4(4,3)
3	14(15,1)
4	21(22,6)
5	16(17,2)
6	17(18,3)
7	12(12,9)
8	5(5,4)
9	1(1,1)
Já aplicou protocolo de Londres?	
Sim	95(100,0)
Não	0(0,0)
Qual a ferramenta utilizada para investigação de eventos adversos?	
Protocolo de Londres	91(95,8)
<i>Canadian incident analysis framework</i>	4(4,2)
<i>Yorkshire contributory factors framework</i>	0(0,0)
Número de protocolo de Londres aplicados	
15 a 39	16(16,84)
39 a 63	62(65,26)
63 a 87	9(9,47)
87 a 111	7(7,37)
111 a 135	0(0,0)
135 a 159	0(0,0)
159 a 183	1(1,05)

f – frequência; % – porcentagem

A tabela 3 apresenta as principais estatísticas de distribuição das variáveis quantitativas presentes nas tabelas de 1 a 4. Somente a idade apresenta baixa variabilidade ($CV=0,14$), o número de protocolos de Londres aplicado apresenta alta variabilidade ($CV=0,46$) e as demais variáveis quantitativas apresentam moderada variabilidade ($0,20 < CV < 0,40$).

A tabela 4 mostra os resultados da análise de correlação entre as variáveis quantitativas (coeficiente de correlação de *Spearman* e *p-value* do teste de significância do coeficiente de correlação), realizada no intuito de investigar se alguma variável quantitativa de caracterização do profissional estava correlacionada ao número de protocolos aplicados e ao número de cursos realizados. Não foi encontrada nenhuma correlação forte e significativa entre as variáveis.

Tabela 3. Principais estatísticas das distribuições das variáveis quantitativas

Variável	Média	Desvio-padrão	CV
Idade	39,5	5,6	0,14
Tempo de formação (anos)	14,3	3,8	0,27
Tempo de atuação na assistência (anos)	9,2	3,4	0,37
Tempo de atuação na gestão da qualidade (anos)	5,7	2,0	0,35
Tempo de atuação no Núcleo de Segurança do Paciente (anos)	4,7	1,2	0,25
Tempo no cargo (anos)	4,6	1,8	0,39
Número de protocolos Londres aplicados	52,5	24,1	0,46
Numero de cursos de ferramentas de qualidade	4,9	1,8	0,36

CV – coeficiente de variação

Tabela 4. Análise de correlação entre as variáveis quantitativas

Coefficiente de correlação e <i>p-value</i> (*)	Idade	Tempo no cargo	Tempo de formação	Tempo de atuação na assistência	Tempo de atuação na gestão da qualidade	Tempo de atuação no Núcleo de Segurança do Paciente	Nº de protocolos aplicados	Nº de cursos feitos
Idade	1,00	- 0,08	0,25	0,25	0,06	- 0,05	- 0,24	- 0,24
		0,419	0,014	0,014	0,570	0,653	0,018	0,018
Tempo no cargo	-0,08	1,00	- 0,03	- 0,03	0,20	0,28	0,19	0,19
	0,419		0,762	0,743	0,058	0,007	0,064	0,069
Tempo de formação	0,25	- 0,03	1,00	0,48	0,30	0,06	- 0,27	- 0,14
	0,014	0,762		0,000	0,002	0,567	0,008	0,195
Tempo de atuação na assistência	0,25	- 0,03	0,48	1,00	0,18	- 0,03	- 0,30	- 0,20
	0,014	0,743	0,000		0,076	0,807	0,003	0,060
Tempo de atuação na gestão da qualidade	0,06	0,20	0,31	0,18	1,00	0,65	0,05	0,04
	0,570	0,058	0,002	0,076		0,000	0,667	0,676
Tempo de atuação no Núcleo de Segurança do Paciente	- 0,05	0,28	0,06	- 0,03	0,65	1,00	0,32	0,15
	0,653	0,007	0,567	0,807	0,000		0,002	0,147
Nº de protocolos aplicados	- 0,24	0,19	- 0,27	0,30	0,05	0,32	1,00	0,16
	0,018	0,064	0,008	0,003	0,667	0,002		0,120
Nº de cursos feitos	- 0,24	0,19	- 0,14	- 0,20	0,04	0,15	0,16	1,00
	0,018	0,069	0,195	0,060	0,676	0,147	0,120	

* teste de Spearman

Discussão

Os resultados deste estudo possibilitaram caracterizar o perfil dos profissionais que atuam nos NSP e investigar a existência de variáveis correlacionadas à aplicação de ferramentas de investigação de eventos adversos, além de contribuir para reflexão acerca da importância da formação do profissional, especialmente a atuação na prática clínica, para permitir um entendimento do processo de análise e investigação dos eventos adversos. Além disso, pode subsidiar a escolha e/ou contratação dos profissionais.

Destaca-se como limitação do estudo o fato de ter sido evidenciado um predomínio de uma categoria profissional entre os participantes da pesquisa. Com isso, não foi possível realizar uma análise comparativa das respostas dos diferentes tipos de formação, pois os subgrupos das demais formações apresentaram um tamanho amostral pequeno.

Quanto à predominância (89,5%) de enfermeiros com atuação no NSP e responsáveis pela análise e investigação de EA nas instituições participantes, observar-se que, ao longo do tempo, a formação do enfermeiro sofreu inúmeras mudanças no que tange ao conhecimento e ao perfil do profissional nas instituições de saúde.⁽¹⁵⁻¹⁷⁾

A despeito do predomínio dos enfermeiros nos NSP, um estudo recente, verificou a implementação da RDC nº. 36/13 e a relação com o controle das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) em diversos hospitais em Natal/RN; e constatou, através dos resultados da pesquisa, que 53% dos profissionais identificados nos NSP eram enfermeiros, independentemente do hospital ser público, privado ou filantrópico.⁽¹⁸⁾

Embora, no Brasil, exista uma assimetria no que diz respeito à distribuição dos profissionais enfermeiros pelos Estados brasileiros e ainda exista uma desproporcionalidade nas diferentes regiões relativa

à população existente, foi possível identificar que em todos os hospitais participantes da pesquisa os enfermeiros assumiam a liderança do NSP.⁽¹⁷⁾

É importante destacar o avanço na formação do profissional, o enfermeiro formado na década de 70 possuía um perfil que visava desenvolver atribuições voltadas à identificação, diagnóstico e planejamento do cuidado de enfermagem.^(12,17)

Com a publicação da Lei do Exercício Profissional em 1986, é possível ratificar as atividades privativas do enfermeiro como: administração dos serviços de enfermagem, planejamento da assistência e prestação direta dos cuidados de enfermagem aos pacientes criticamente enfermos e com risco de vida, sendo necessário conhecimentos científicos e tomada de decisão para implementar cuidados de maior complexidade técnica.^(12,17-19)

Já nos anos 90, após reformulação curricular nos cursos de enfermagem, evidencia-se a mudança relacionada às competências gerais e específicas, com o objetivo de formar enfermeiros capazes de identificar e intervir nas diferentes situações da saúde com foco nos processos de trabalho, o monitoramento dos resultados e a melhoria na qualidade da assistência.^(12,17-20)

Neste sentido, pode-se inferir que a escolha do enfermeiro pelas instituições para a coordenação dos NSP advém do fato que o curso de graduação em enfermagem é um dos poucos cursos que oferece em sua grade curricular, disciplinas (teóricas e práticas) que desenvolvem uma visão ampliada dos sistemas relacionados ao paciente, articulando a gestão e prática clínica permitindo agregar valor aos processos organizacionais nas instituições de saúde.^(17,18-21)

Além disso, considera-se, mais uma vez, o papel protagonista e transformador do enfermeiro nas instituições de saúde para a garantia da cultura de segurança e a ampliação na qualidade da assistência prestada aos pacientes no âmbito hospitalar.

Os participantes da pesquisa possuem mais de uma especialização (66,3%), entretanto, a primeira formação em terapia intensiva permite compreender a necessidade da atuação na prática clínica anterior a atuação no NSP. Ademais, a formação na terapia intensiva permite uma ampla visão e raciocínio clínico para implementar um plano de cuidados voltado ao paciente crítico. Frente a essas considerações,

destaca-se que o enfermeiro que atua em UTI necessita, além de qualificação adequada, a necessidade de competências específicas que lhes permitam desenvolver suas funções em um ambiente complexo atrelado ao conhecimento técnico-científico.^(12,22-26)

Sendo assim, para realizar uma investigação de um evento adverso é necessária uma visão sistêmica, sobretudo do processo assistencial, apesar de alguns autores afirmarem que, hoje em dia, as análises são executadas de forma rotineira, embora muitas vezes dentro de um referencial de responsabilização, e não de reflexão ou aprendizagem.⁽¹¹⁻¹³⁾

Neste sentido, destaca-se uma habilidade fundamental para assegurar um processo de investigação adequado: a liderança; permitindo assumir uma posição de líder no time de investigação articulando com a equipe multidisciplinar, apoiando as equipes de trabalho, desenvolvendo a tomada de decisões e o gerenciamento das etapas do processo de investigação.^(12,21)

Sobre a predominância do gênero feminino na enfermagem, que neste estudo foi de 83,2%, é possível corroborar os dados do COFEN que, em pesquisa realizada em 2015, a profissão era composta por 84,6% de mulheres.⁽²²⁾

As variáveis relacionadas ao tempo de formação (média 14,3 anos) e tempo de atuação na assistência (média 9,2 anos) mostraram-se importantes para as atividades do enfermeiro, pois o desempenho de suas funções, relacionadas ao processo de investigação de EA, lhe exige bastante conhecimento técnico, raciocínio clínico e análise crítica para conseguir compreender o processo relacionado à doença, tratamento clínico e traçar todo o itinerário terapêutico do paciente na instituição de saúde.⁽¹⁷⁾

Portanto, para um processo de investigação de eventos adversos adequado, emerge a necessidade de um profissional com uma visão perspicaz capaz de compreender, facilmente, os processos assistenciais e os fatores contribuintes que levaram ao EA.⁽¹⁸⁻²³⁾

Além disso, foi possível perceber que a variável idade (média de 39,5 anos) permite compreender a necessidade de um profissional sênior, com uma trajetória profissional com atuação na prática clínica, dessa forma, apresentando conhecimento e habilidades para gerenciar os conflitos que são gerados

entre as equipes assistenciais e a interlocução com alta liderança e familiares.

Corroborando as características do profissional, evidencia-se que o cargo ocupado na instituição é uma característica importante. A atuação dos profissionais que investigam eventos adversos é uma forte estratégia da organização, fazendo parte do planejamento estratégico da instituição e fortalecendo a identidade organizacional.

É notório que o enfermeiro necessita do conhecimento sobre a gestão da qualidade em saúde, sendo uma formação importante para sustentar a prática da investigação de EA, pois permite o aprofundamento no conhecimento acerca da gestão clínica, gestão de riscos, ferramentas da qualidade, entre outros.⁽¹⁸⁻²⁵⁾

Evidenciou-se que, o Protocolo de Londres é a principal ferramenta utilizada para a investigação dos EA quando comparados com as outras ferramentas. Infere-se que, além de ser ferramenta recomendada pelo MS, possui uma complexidade técnica inferior as outras ferramentas, sendo mais facilmente operacionalizado. Entretanto, para sua utilização é necessário que o profissional possua conhecimento clínico e a experiência na aplicação, de modo a promover uma abordagem sistêmica garantindo um processo de investigação robusto e, plano de ação efetivo e sustentável.^(12,26-28)

Por isso, emerge a necessidade de capacitação do processo de investigação e técnicas de observação, auditoria do itinerário terapêutico fazem parte das etapas de investigação e a exclusão de atitudes individuais dos profissionais.

Em um estudo australiano foi possível entender uma série de recomendações que poderão ser utilizadas para melhorar o processo de investigação, como: aumentar o conhecimento sobre as técnicas de investigação; priorizar as recomendações que podem ser provavelmente mais efetivas e técnicas de simulação para entender os principais fatores contribuintes.⁽²⁷⁻²⁹⁾

Sobre o número de protocolos de Londres já aplicados pelos profissionais participantes na pesquisa (média 52,5), demonstra que existe uma sólida atuação dos enfermeiros na aplicação do instrumento para investigação dos EA.

De acordo com o Protocolo de Londres, o incidente relacionado à assistência à saúde deverá ser investigado através de importantes aspectos: natureza e severidade das consequências para os pacientes e profissionais; consequências para a organização e por fim pelo potencial de aprendizado para os profissionais e para a organização.^(6,13)

No entanto, a pesquisa identificou uma alta variabilidade (CV=0,46) no número de Protocolos de Londres aplicados. Sendo assim, permite-se indagar se as instituições estão utilizando critérios variados nas políticas de gestão da qualidade e segurança do paciente para a investigação dos eventos adversos ocorridos nas instituições. Ademais pode-se afirmar que é uma limitação do instrumento a falta de clareza na definição de critérios padronizados para aplicação do instrumento, assim, cada instituição elabora os critérios e requisitos; ou ainda, problemas estruturais como: escassez de profissionais para compor os NSP na medida em que, uma investigação com Protocolo de Londres exige dedicação e alocação de esforços uma análise robusta.

Corroborando com esses achados apresentados nesta pesquisa, destaca-se um estudo recente, realizado em 12 hospitais no Brasil, que evidenciou que apenas 77,8% das instituições possuíam a estratégia de gestão dos incidentes com todas as etapas: identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde. Segundo os autores, em algumas instituições hospitalares do estudo, diversos problemas foram identificados nos NSP, como: falta de profissionais para compor os times e/ou comissões e sobrecarga de trabalho dos profissionais.⁽¹²⁾

Considera-se, portanto, que os enfermeiros são profissionais extremamente importantes na implementação das ações estratégicas dos NSP, principalmente no que tange à gestão dos incidentes, o que contribui na melhoria contínua da qualidade e segurança do paciente. Para isso, é fundamental que sejam incluídos esses achados (conhecimento e habilidades) na seleção dos profissionais para compor o NSP. Além disso, há necessidade que sejam investidos esforços na formulação de uma política de gestão de risco e o estabelecimento de critérios para aplicação das ferramentas para investigação e

também a capacitação dos profissionais para execução de todas as etapas do gerenciamento de risco.

Conclusão

Este estudo foi realizado para caracterizar o perfil dos profissionais que atuam nos Núcleos de Segurança do Paciente, assim como analisar se existem variáveis correlacionadas à aplicação de ferramentas de investigação de eventos adversos. Pôde-se constatar, nos 24 hospitais, que os enfermeiros são os profissionais que predominantemente atuam nos núcleos de segurança do paciente. Não foi encontrada nenhuma correlação forte e significativa entre as variáveis quantitativas de caracterização dos profissionais ao número de protocolos aplicados e cursos realizados. É necessário continuar investigando a caracterização dos enfermeiros que atuam nos núcleos, no entanto, evidenciamos que o enfermeiro assume uma posição estratégica e extremamente relevante não somente para a organização, mas também para o sistema público de saúde com a missão de garantir a segurança do paciente através da identificação dos fatores contribuintes, das falhas no cuidado, e, posteriormente, a implementação de melhorias no sistema de saúde.

Colaborações

Mello LRG, Christovam BP, Araujo MC, Moreira APA, Moraes EB, Paes GO e Pereira IB contribuíram com a concepção do estudo, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação da versão final a ser publicada.

Referências

1. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Gestão de riscos e investigação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde. Brasília (DF): ANVISA; 2017 [citado 2019 Set 20]. [Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/caderno-7-gestao-de-riscos-e-investigacao-de-eventos-adversos-relacionados-a-assistencia-a-saude>
2. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Implantação do núcleo de segurança do paciente em serviços de saúde. Brasília (DF): ANVISA; 2016 [citado 2019 Set 20]. [Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/caderno-6-implantacao-do-nucleo-de-seguranca-do-paciente>
3. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Investigação de eventos adversos em serviços de saúde. Brasília (DF): ANVISA; 2013 [citado 2019 Set 20]. [Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/caderno-6>
4. World Health Organization (WHO). Conceptual framework for the international classification for patient safety: technical report, version 1.1: final technical report January 2009. Geneva: WHO; 2009 [cited 2019 Sep 21]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70882/WHO_IER_PSP_2010.2_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013 [citado 2019 Set 20]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
6. 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 (DF): Ministério da Saúde; 2013 [citado 2019 Set 20]. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC_36_2013_COMP.pdf/36d809a4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e
7. Brasil. Ministério da Saúde. Qualidade de serviços de saúde no SUS (Qualisus). Relatório final. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013 [citado 2019 Set 20]. Disponível em: https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Relat%C3%B3rio%20Final%20Qualisus%2016%20DEZ_2013.pdf
8. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014 [citado 2019 Set 21]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf
9. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med.* 1991;324(6):370-6.
10. Bohomol E. Promoting professional safety in addition to patient safety [editorial]. *Acta Paul Enferm.* 2019;32(5):6-8.
11. Mira JJ. Without engaged healthcare professionals there is no future for patient safety [editorial]. *Acta Paul Enferm.* 2019;32(5):3-5.
12. Cavalcante EF, Pereira IR, Leite MJ, Santos AM, Cavalcante CA. Implementation of patient safety centers and the healthcare-associated infections. *Rev Gaúcha Enferm.* 2019;40(Esp):e20180306.
13. Taylor-Adams S, Vincent C. Systems analysis of clinical incidents: the London protocol. *Clinical Risk.* 2004;10(6):211-20.
14. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP; STROBE Initiative. The Strengthening of Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement: guidelines for reporting observational studies. *Int J Surg.* 2014;12(12):1495-9.
15. Martins C, Kobayashi RM, Ayoub AC, Leite MM. Perfil do enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de competência profissional. *Texto Contexto Enferm.* 2006;15(3):472-8.

16. Frota MA, Wermelinger MC, Vieira LJ, Ximenes Neto FR, Queiroz RS, Amorim RF. Mapping nursing training in Brazil: challenges for actions in complex and globalized scenarios. *Cienc Saude Coletiva*. 2020;25(1):25-35.
17. Lanzoni GM, Meirelles BH. Leadership of the nurse: an integrative literature review. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2011;19(3):651-8.
18. Jiménez-Gómez MA, Cárdenas-Becerril L, Velásquez-Oyola MB, Carrillo-Pineda M, Barón-Díaz LY. Reflective and critical thinking in nursing curriculum. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2019;27:e3173.
19. Sanclemente-Vinue I, Elboj-Saso C, Iñiguez-Berrozpe T. The voice of nurses as a means to promote job engagement. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2019;27:e3208.
20. Cassiani SH, Aguirre-Boza F, Hoyos MC, Barreto MF, Peña LM, Mackay MC, et al. Competencies for training advanced practice nurses in primary health care. *Acta Paul Enferm*. 2018;31(6):572-84.
21. Gomes AT, Salvador PT, Rodrigues CC, Silva MF, Ferreira LL, Santos VE. Patient safety in nursing paths in Brazil. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(1):139-46.
22. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Brasília (DF): COFEN; 2020 [citado 2020 Mai 15]. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/>
23. Olino L, Gonçalves AC, Strada JK, Vieira LB, Machado ML, Molina KL, et al. Effective communication for patient safety: transfer note and modified early warning score. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019;40(Epe):e20180341.
24. Canadian Patient Safety Institute. Incident analysis collaborating parties. Canadian incident analysis framework. Edmonton: Canadian Patient Safety Institute; 2012 [cited 2020 May 15]. Available from: <https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/IncidentAnalysis/Documents/Canadian%20Incident%20Analysis%20Framework.PDF#search=Incident%20Analysis%20Collaborating%20Parties>
25. Sillero-Sillero A, Zabalegui A. Safety and satisfaction of patients with nurse's care in the perioperative. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2019;27:e3142.
26. Lessmann JC, Silva DM, Nassar SM. Women with type 2 diabetes mellitus: sociodemographic profile, biometrics and health. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(spe1):81-6.
27. Hibbert PD, Thomas MJ, Deakin A, Runciman WB, Braithwaite J, Lomax S, et al. Are root cause analyses recommendations effective and sustainable? An observational study. *Int J Qual Health Care*. 2018;30(2):124-131.
28. Custódio IL, Lima FE, Almeida MI, Silva LF, Monteiro AR. Perfil sociodemográfico e clínico de uma equipe de enfermagem portadora de Hipertensão Arterial. *Rev Bras Enferm*. 2011;64(1):18-24.
29. Espindola S, Nascimento KC, Knihs NS, Alvarez AG, Sebold LF, Paim SM. Intraoperative patient safety during liver transplantation: integrative review. *Acta Paul Enferm*. 2020;33:1-9.
30. Gasparino RC, Ferreira TD, Carvalho KM, Rodrigues ES, Tondo JC, Silva VA. Evaluation of the professional practice environment of nursing in health institution. *Acta Paul Enferm*. 2019;32(4):449-55.