

Conhecimento do programa nacional de segurança do paciente por profissionais de saúde de um hospital regional

Knowledge of the national patient safety program by health professionals at a regional hospital

Conocimiento del programa nacional de seguridad del paciente por parte de los profesionales de la salud en un hospital regional

Recebido: 08/07/2021 | Revisado: 14/07/2021 | Aceito: 17/07/2021 | Publicado: 25/07/2021

Gisele da Silveira Lemos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8987-0245>
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Brasil
Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil
E-mail: gisele.lemos@uesb.edu.br

Ionara Vieira Rocha da Mota

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2212-340X>
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Brasil
E-mail: yonarocha@hotmail.com

Lucas Brasileiro Lemos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8355-0101>
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Brasil
E-mail: brasileirolemos@gmail.com

Edson Perini

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8833-9815>
Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil
E-mail: edsonperini@gmail.com

Mário Borges Rosa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6922-8367>
Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos, Brasil
E-mail: mariobr@ismp-brasil.org

Cristiane Aparecida Menezes de Pádua

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7083-3188>
Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil
E-mail: cmenezespdua@gmail.com

Resumo

Avaliar o conhecimento de profissionais da saúde de um hospital público de ensino sobre o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Estudo transversal, aplicando-se os questionários sobre conhecimento do Programa Nacional de Segurança do Paciente e *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC). Foram realizadas análises descritivas, univariada e multivariada. Participaram do estudo 331 profissionais, 44,0% técnicos/auxiliares de enfermagem, 29,7% enfermeiros, 17,1% médicos e 10,5% demais profissionais. Dos 287 profissionais que responderam à questão sobre o conhecimento do Programa 78% disseram não o conhecer, quase a totalidade (94,5%) desconhecia seus seis protocolos e 90,1% não receberam treinamento sobre esta política pública. Os enfermeiros (OR=15,46; IC95%=2,88-82,96) e profissionais que ocupavam cargos administrativos com contato direto ao paciente (OR=55,46; IC95%=10,23-300,54) se destacaram no conhecimento da existência dos protocolos. O grau de conhecimento relatado pelos profissionais mostrou-se insuficiente demonstrando uma possível negligência com relação a temática por gestores e educadores.

Palavras-chave: Política de Saúde; Segurança do paciente; Qualidade da assistência à saúde; Equipe de assistência ao paciente; Conhecimento.

Abstract

To evaluate the knowledge of health professionals in a public teaching hospital about the National Patient Safety Program. Cross-sectional study, applying knowledge questionnaires from the National Patient Safety Program and Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). Descriptive, univariate and multivariate analyzes were performed. The study included 331 professionals, 44.0% nursing technicians / assistants, 29.7% nurses, 17.1% doctors and 10.5% other professionals. Of the 287 professionals who answered the question about the Program's knowledge, 78% said they did not know it, almost all (94.5%) were unaware of its six protocols and 90.1% did not receive training on this public policy. Nurses (OR = 15.46; 95% CI = 2.88-82.96) and professionals who held administrative positions with direct contact with the patient (OR = 55.46; 95% CI = 10.23-300.54) if highlighted the knowledge of

the existence of the protocols. The degree of knowledge reported by the professionals proved to be insufficient, demonstrating a possible negligence regarding the theme by managers and educators.

Keywords: Health policy; Patient safety; Quality of health care; Risk management; Patient care team; Knowledge bases.

Resumen

Evaluar el conocimiento de los profesionales de la salud de un hospital universitario público sobre el Programa Nacional de Seguridad del Paciente. Estudio transversal, aplicando los cuestionarios de conocimiento del Programa Nacional de Seguridad del Paciente y Encuesta Hospitalaria de Cultura de Seguridad del Paciente (HSOPSC). Se realizaron análisis descriptivos, univariados y multivariados. El estudio incluyó a 331 profesionales, 44,0% técnicos / auxiliares de enfermería, 29,7% enfermeras, 17,1% médicos y 10,5% otros profesionales. De los 287 profesionales que respondieron la pregunta sobre el conocimiento del Programa, el 78% dijo no conocerlo, casi todos (94,5%) desconocía sus seis protocolos y el 90,1% no recibió capacitación sobre esta política pública. Enfermeras (OR = 15,46; IC 95% = 2,88-82,96) y profesionales que ocuparon cargos administrativos con contacto directo con el paciente (OR = 55,46; IC 95% = 10,23-300,54) si destacan en el conocimiento de la existencia de los protocolos. El grado de conocimiento reportado por los profesionales fue insuficiente, demostrando una posible negligencia en el tema por parte de los directivos y educadores.

Palabras clave: Política de salud; Seguridad del paciente; Calidad de la atención de salud; Grupo de atención al paciente; Bases del conocimiento.

1. Introdução

A segurança do paciente é uma questão científica e social complexa. Diversos fatores, como a falibilidade humana, a fragilidade das organizações, as falhas na comunicação, os problemas com tecnologias de saúde, o excesso de trabalho, a falta de cultura de segurança e, acima de tudo, ao conhecimento limitado dos trabalhadores de organizações de saúde sobre segurança protagonizam um papel determinante na prevenção dos problemas que surgem na atenção à saúde (Figueiredo et al., 2018).

Nos últimos anos, o tema ganhou destaque no debate internacional da área da saúde, alavancado pelo fato de que os erros associados aos cuidados em saúde foram reconhecidos como a terceira causa de morte nos Estados Unidos e a quinta no Brasil, alcançando os eventos adversos (EA) ao nível dos grandes problemas de saúde pública mundial pelos danos graves evitáveis e custos associados (Makary & Daniel, 2016; Couto et al., 2017). No entanto, o trabalho e a educação em segurança do paciente se mostram ainda negligenciados por gestores e educadores (Sanner et al., 2018; Ranjbar & Zeydi, 2018).

Neste contexto a Organização Mundial de Saúde (OMS) instituiu diretrizes com a finalidade de incentivar os países na promoção de estratégias voltadas para a segurança do paciente (SP) (Figueiredo et al., 2018). Desde então, trabalhos têm sido desenvolvidos em diversas partes do mundo, em um esforço coordenado de colaboração internacional entre os Estados Membros da OMS. No Brasil foi lançado um programa oficial sobre o tema - o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) (Ministério da Saúde, 2013), que passa a ser um compromisso de toda a equipe multiprofissional, no estabelecimento de uma assistência segura em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional.

A promoção e apoio para a implementação de tais iniciativas exige conhecimentos e habilidades para que os profissionais de saúde saibam identificar os problemas, trabalhar em equipes interprofissionais, com apoio da alta direção, estabelecer conexões entre serviços hospitalares e ações para educação em saúde. Sabe-se que articulação coordenada dessas ações contribui significativamente para melhora da qualidade de vida de pacientes e profissionais (Figueiredo et al., 2018; Oliveira et al., 2017; Oliveira et al., 2018). Disso decorre, a importância de se mensurar o grau de conhecimento desses profissionais sobre SP, e em nosso meio, especificamente, o conhecimento sobre o PNSP. Nenhuma avaliação sobre este assunto, com enfoque nos atores envolvidos nos cuidados em saúde, foi encontrada na literatura (Oliveira et al., 2017; Bogarin et al., 2014; Yoshikawa et al., 2013).

Como uma “resposta social ... diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o

ambiente” (Paim & Teixeira, 2006), as políticas de saúde requerem o estabelecimento de diretrizes, planos e programas de saúde. Por isso, no curso de vários anos, políticas foram criadas para prover um melhor cuidado em saúde e segurança ao paciente. No entanto, a publicação de uma legislação regulamentadora não garante sua implementação. Frente a isso torna-se essencial verificar de que forma um ato governamental alcança seu público-alvo, e o grau de prioridade que lhe é conferido pelas instâncias gestoras e pelos atores sociais envolvidos (Paim & Teixeira, 2006). Desta forma o objetivo deste trabalho foi avaliar o conhecimento de profissionais da saúde de um hospital público de ensino sobre o Programa Nacional de Segurança do Paciente.

2. Metodologia

Desenho, local do estudo e período

Estudo transversal com abordagem quantitativa, norteado pela ferramenta *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE) (Malta et al., 2010). Realizado em um hospital público de ensino, do Sistema Único de Saúde (SUS) - Secretaria Estadual de Saúde do Estado da Bahia (SESAB). O hospital é responsável por atendimentos secundários e terciários de especialidades e procedimentos de média e alta complexidade, e referência para uma população aproximada de 600.000 habitantes em 26 municípios da microrregião do Núcleo Regional de Saúde Sul, com 180 leitos nas especialidades de Urgência e Emergência, Clínica Médica, Clínica Cirúrgica e Ortopédica, Pediatria, Psiquiatria, Neurologia e Terapia Intensiva. Promove atividades de ensino, pesquisa e extensão, recebendo alunos para aulas práticas, estágios e internato de cursos de graduação e pós-graduação em saúde.

A coleta de dados foi realizada entre o primeiro dia do mês de dezembro 2015 ao trigésimo primeiro dia de março 2016.

Amostra, critérios de inclusão e exclusão

Para o estudo envolveu-se todos os profissionais de saúde com contrato ativo no momento da coleta de dados, quatrocentos e vinte quatro (424), (enfermeiro, médico, fisioterapeuta, farmacêutico, nutricionista, cirurgião buco-maxilo, fonoaudiólogo, psicólogo e auxiliar/técnico de enfermagem), os quais ocupavam cargos de assistência ao paciente ou cargos administrativos relacionados diretamente a assistência nos diferentes setores do hospital. Desses, vinte e seis profissionais estavam de licença/férias e treze não foram localizados. Dos profissionais convidados, 17 recusaram e 37 não devolveram o questionário. Os profissionais que atuavam na clínica psiquiátrica, situada em uma área separada do hospital, não foram incluídos por dificuldades operacionais e de acesso.

Protocolo do estudo

Para melhor compreensão do estudo são necessárias informações sobre coleta, instrumentos de coleta e variáveis de estudo:

Na coleta de dados a apresentação do projeto aos profissionais, a distribuição e a coleta dos questionários ocorreram respeitando seus horários de trabalho. Os profissionais que aceitaram participar do projeto assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) e receberam os questionários para preenchimento e posterior devolução ao final do plantão ou em plantões subsequentes. Os questionários não retornados por profissionais procurados por mais de cinco vezes foram classificados como “não devolvidos” e aqueles que não puderam ser distribuídos aos profissionais por motivo de ausência em dias de trabalho da escala por cinco vezes ou mais como “não localizados”.

Utilizou-se dois instrumentos para coleta de dados: o questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), criado para mensurar a Cultura de Segurança do Paciente (CSP) em Hospitais, traduzido e validado

transculturalmente para o Brasil (Reis et al., 2019; Reis et al., 2016); e um questionário sobre o conhecimento do PNSP, de seus seis protocolos (higienização das mãos, cirurgia segura, prescrição uso e administração de medicamentos, prevenção de quedas, prevenção de úlcera por pressão e identificação do paciente) e implementação no hospital. Esse instrumento foi elaborado baseando-se em estudo da Sociedade Brasileira de Ortopedia (SBO) (Mota Filho et al., 2013) e testado em estudo piloto.

O instrumento HSOPSC contém 12 dimensões em escala de múltiplos itens, cada uma contendo três ou quatro questões com cinco opções de respostas numeradas (escala *Likert*), duas variáveis de resultado, em escala de item único e dez variáveis sociodemográficas e de inserção no trabalho (Reis et al., 2019; Reis et al., 2016). Apenas as variáveis sociodemográficas, de inserção no trabalho e as variáveis de resultado foram utilizadas no presente trabalho.

O segundo questionário contém nove questões dicotômicas (em sua maioria sim/ não) sobre avaliação do conhecimento do PNSP, de seus protocolos e ações sobre sua implementação no hospital. O estudo piloto foi realizado com profissionais do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) do hospital, em início de seus trabalhos no momento da avaliação. Optou-se por essa equipe por ser multiprofissional, com representantes de quase todas as categorias profissionais.

Considerou-se como variável dependente o conhecimento sobre os protocolos do PNSP, definida como positiva à pergunta “Você conhece os seis protocolos do Programa Nacional de Segurança do Paciente?”, se o participante citou corretamente no mínimo dois protocolos. Variáveis independentes compreenderam a área ou unidade de trabalho, o cargo ou função exercida no hospital, se no cargo ou função tem contato direto com paciente ou não (função administrativa ou função assistencial), grau de instrução, sexo, tempo de trabalho no hospital, número de horas de trabalho semanal no hospital e notificação de EA nos últimos 12 meses.

Análise dos resultados e estatística

Os dados foram agrupados e tabulados no *software* EpiData, versão 3.1, 2008, e SPSS, versão 21.0, 2012 (*IBM Corp, Armonk*, Estados Unidos). Análises descritivas foram realizadas por meio de frequências (absoluta e relativa), médias e desvio-padrão (DP) das variáveis do estudo.

A associação entre o conhecimento sobre os protocolos do PNSP e as variáveis independentes selecionadas foi realizada por meio de análises univariada e multivariada empregando-se o modelo de regressão logística binária. A magnitude da associação foi calculada por meio de odds ratios (OR) com intervalos de confiança de 95% e nível de significância de 0,05. O efeito independente das variáveis sobre o conhecimento dos protocolos do PNSP foi verificado na análise multivariada. A estratégia de construção dos modelos foi realizada pelo processo de deleção de variáveis até a obtenção do modelo final, em que permaneceram aquelas com $p < 0,05$. O teste da razão de verossimilhança foi utilizado para comparar modelos e a adequação do ajuste foi avaliada pelo teste de *Hosmer-Lemeshow*.

Aspectos éticos

O estudo foi realizado de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde (MS). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, Parecer nº 1.325.634/ 2015.

3. Resultados

Dos 385 profissionais identificados e convidados, 331 devolveram o questionário preenchido (37 não devolveram e 17 se recusaram), perfazendo uma taxa de resposta de 86,0%. A não participação ficou assim distribuída entre os profissionais: 11,6% dos técnicos/auxiliares de enfermagem, 14,9% dos enfermeiros e 24,3% dos médicos convidados. Cerca da metade dos

participantes trabalhava entre um a cinco anos no hospital e na área/unidade do hospital e possuíam pós-graduação *lato sensu* ou *strictu sensu*. Um terço trabalhava na sua especialidade/profissão entre seis a dez anos, e a emergência era o local atual de trabalho mais frequente. Cerca de 73,7% dos profissionais eram técnicos/auxiliares de enfermagem e enfermeiros, o sexo feminino foi predominante (Tabela 1) e aproximadamente 67% desses trabalhadores de saúde cumpriam de 20 a 39 horas/semana na instituição.

Tabela 1. Descrição das características de trabalho e sociodemográficas de profissionais de um hospital público, Bahia, Brasil. Dezembro de 2015 a março de 2016 (n=331).

		Características n (%)					
Características de trabalho		Tempo de trabalho (anos)					
		<1	1-5	6-10	11-15	16-20	≥ 21
	No hospital	29 (8,8)	149 (45,4)	95 (29,0)	7 (2,1)	7 (2,1)	41(12,5)
	Na unidade	55 (16,9)	170 (52,1)	66 (20,2)	8 (2,5)	8 (2,5)	19 (5,8)
	Na profissão	4 (1,3)	60 (20,1)	90 (30,1)	54 (18,1)	31 (10,4)	60 (20,1)
Características sociodemográficas		Setor de trabalho					
		Emergência	UTI	CC	CM	Pediatria	Outros
		82 (25,0)	52 (15,9)	58 (17,7)	43 (13,1)	24 (7,3)	69 (21,0)
		Cargo ou Profissão					
		Tec/Auxiliar Enfermagem	Enfermeiro	Médico	Fisioterapeuta Fonoaudiólogo	Outros*	
		144 (44,0)	97 (29,7)	56 (17,1)	19 (5,8)	11 (3,4)	
		Sexo					
		Feminino			Masculino		
		243 (74,1)			85 (25,9)		
		Idade anos (DP)					
	38,7 (11,8 anos)						
	Grau de instrução						
	Ensino médio Completo		Ensino Superior		Pós-graduação		
	67 (20,5)		90 (27,5)		170 (51,4)		

*Outros: farmacêutico, nutricionistas, cirurgião dentista e psicólogo. Fonte: Autores.

Na Tabela 2 está discriminada a avaliação do conhecimento do PNSP e sua implementação no hospital. Fica evidente a alta frequência de desconhecimento sobre o PNSP e seus protocolos. Quinze (5,6%) profissionais afirmaram conhecer a implantação de um protocolo no hospital, mas apenas sete descreveram quais (higienização das mãos n=3 (42,9%), Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, CIPA - que não é um protocolo do PNSP n=1 (14,3%), úlcera por pressão n=1 (14,8%), n=2 (28,5%) descreveram em elaboração, não citando o protocolo). Sobre a contratualização de hospitais no âmbito do SUS, embora vinte e oito profissionais tenham afirmado conhecer essa portaria, apenas 12 citam alguma, mas todos de forma incorreta (n=2, 16,7%, relataram não lembrar e n=10, 83,3%, Portaria nº529 de 2013 e/ou Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2013).

Tabela 2. Distribuição percentual dos profissionais sobre o conhecimento do PNSP, Bahia, Brasil. Dezembro de 2015 a março de 2016.

	Sim n (%)	Não n (%)
Conhece o PNSP? (n=278)	63 (22,0)	224 (78,0)
Conhece os protocolos do PNSP? (n=272)	15 (5,5)	257 (94,5)
Recebeu treinamento neste hospital sobre o PNSP? (n=293)	29 (9,9)	264 (90,1)
Presença nos treinamentos institucionais é obrigatória? (n=227)	51 (22,5)	176 (77,5)
Sabe se o hospital possui um NSP? ((n=277)	68 (24,5)	209 (75,5)
Sabe se algum protocolo de SP foi implantado no hospital? (n=269)	15 (5,6)	254 (94,4)
Gostaria de conhecer o PNSP? (n=285)	273 (95,8)	12 (4,2)
Sabe que a Portaria de contratualização de hospitais no âmbito do SUS cita o PNSP? ((n=267)	28 (10,5)	239 (89,5)

PNSP: Programa Nacional de Segurança do Paciente. NSP: Núcleo de Segurança do Paciente. SP: Segurança do paciente.
Fonte: Autores.

Cerca de 88,0% (n=49) dos médicos, 79,0% (n=53) dos enfermeiros e 58,0% (n=88) dos auxiliares/técnicos de enfermagem afirmaram desconhecer o Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos. Dos seis (10,7%) médicos que afirmaram conhecê-lo, dois relataram não o seguiu-lo em seus atos de prescrição.

Os enfermeiros, profissionais com pós-graduação, aqueles com cargo ou função em contato indireto com paciente (função de coordenação) e aqueles que trabalham até 40 horas semanais se destacaram em relação ao conhecimento sobre os protocolos do PNSP. As variáveis "cargo" exercido no hospital e cargo ou função que exerce contato indireto com paciente (função de coordenação) estiveram independentemente associadas ao conhecimento dos profissionais sobre os protocolos do PNSP (Tabela 3).

Tabela 3. Resultados das análises univariada e multivariada para comparação de variáveis selecionadas e o conhecimento dos protocolos do PNSP por profissionais de saúde de um hospital público, Bahia, Brasil. Dezembro de 2015 a março de 2016.

Variáveis	Conhecimento protocolos do PNSP		Análise univariada		Análise multivariada	
	Sim n (%)	Não n (%)	OR (IC95%)	p-valor ^a	OR (IC95%)	p-valor ^a
Cargo/ função no hospital	14 (5,2)	255 (94,8)				
Outros	3 (1,6)	181 (98,4)	8,97 ^b (2,43-33,07)	0,001	15,46 (2,88-82,96)	0,001
Enfermeiro	11 (12,9)	74 (87,1)	1		1	
Contato direto paciente	15 (5,6)	254 (94,4)				
Sim	8 (3,1)	246 (96,9)	26,91 (7,83-92,50)	<0,001	55,46 (10,23-300,54)	<0,001
Não	7 (46,7)	8 (53,3)	1		1	
Grau de instrução	15 (5,6)	254 (94,4)				
Ensino médio C + Superior C	1 (0,8)	119 (99,2)	12,34 (1,60-95,26)	0,016		
Pós-graduação	14 (9,4)	135 (90,6)	1			
Notificações últimos 12 meses	15 (5,7)	249 (94,3)				
Não notificou	9 (4,3)	202 (95,7)	2,87 (0,972-8,443)	0,056		
Notificou	6 (11,3)	47 (88,7)	1			
Horas de trabalho/ semana	15 (5,6)	255 (94,4)				
Acima de 40h/semana	7 (10,8)	58 (89,2)	0,34 (0,12-0,97)	0,043		
Até 40h/semana	8 (3,9)	197 (96,1)	1			
Área de trabalho	15 (5,6)	255 (94,4)				
Emergência	1 (1,6)	63 (98,4)	4,59 (0,59-35,63)	0,145		
Outras	14 (6,8)	191 (93,2)	1			
Sexo	15 (5,6)	255 (94,4)				
Masculino	1 (1,4)	71 (98,6)	5,40 (0,70-41,84)	0,106		
Feminino	14 (7,1)	184 (92,9)	1			
Teste de Hosmer-Lemeshow					0,231	

PNSP: Programa Nacional de Segurança do Paciente. OR: odds ratio. IC: intervalo de confiança. C: completo. ^aRegressão logística binária. ^bOR: enfermeiro x outros profissionais (médicos, técnicos/auxiliares de enfermagem, fisioterapeuta/ fonoaudiólogo, nutricionista, cirurgião dentista e psicólogo). Fonte: Autores.

4. Discussão

Os profissionais responsáveis pelo atendimento de saúde no ambiente estudado apresentaram um baixo conhecimento sobre o PNSP. Considerando o transcurso de três anos desde a edição da portaria ministerial à época da coleta de dados, e por tratar-se de um hospital escola vinculado ao SUS, ligado a uma instituição universitária pública, o dado suscita preocupação com a efetividade do programa e sua disseminação junto à sociedade e ao meio profissional da área. Muito embora a maioria tenha se colocado aberta e disposta a se informar sobre o assunto, pouco havia sido feito a respeito até então.

Em um contexto mundial em que os EA associados à assistência à saúde estão entre as cinco maiores causas de óbitos, com custos associados em torno de 45 bilhões ao ano (Makary & Daniel, 2016; Couto et al., 2017), não há justificativa para uma gestão de saúde indiferente às iniciativas governamentais de grande alcance para superar essa realidade. As estratégias que proporcionem segurança ao paciente devem ser tecnicamente bem fundamentadas, porém dependem essencialmente de um sistema de educação continuada, que é fator contribuinte para o conhecimento, e do cumprimento das normas e regulamentos que regem o funcionamento dos estabelecimentos de saúde (James, 2013; Ministério da Saúde, 2014; Carneiro et al., 2020).

O grau de desconhecimento dos profissionais da assistência à saúde verificado em um hospital público, com atendimentos de alta e média complexidade, referência em uma regional da rede SUS e responsável pela formação de novos profissionais de saúde, mostra-nos que a implementação da norma reguladora brasileira para a SP enfrenta uma realidade preocupante. Nesse ambiente ocorrem práticas de ensino para diversos cursos de graduação e pós-graduação na área de saúde, além de atividades de pesquisa e de extensão. São circunstâncias que exigem qualidade e integralidade das ações pautadas nos princípios e diretrizes do SUS (Nogueira et al., 2015).

Políticas Públicas são ações, metas e planos que os governos traçam com objetivo de alcançar o bem-estar da sociedade e o interesse público (Dalfior, Lima & Andrade, 2015). O grau de complexidade se eleva enormemente ao nos depararmos com o desafio de solucionar os problemas contra os quais essas políticas se dirigem e o desconhecimento dessas mesmas se mostra a regra, por parte daqueles sobre os quais recai a responsabilidade de colocar em prática os preceitos e ações necessárias. Nossos resultados nos levam a perceber que a maioria dos profissionais de saúde do hospital estudado desconheciam esta política pública de saúde, isso posto quase três anos (data da coleta) após a sua publicação, fato que suscita um questionamento sobre a efetiva implantação do programa, e a quem suas ações estão atingindo.

E em um esforço de generalização, podemos questionar como o ciclo das diferentes políticas públicas de saúde estão sendo processados em nosso país, incluindo o necessário acolhimento de suas práticas pelos atores imediatamente responsáveis por sua efetiva implementação. Sem esse percurso, não há como fazer chegar aos maiores interessados o ideal impresso na política. Assim, a sociedade, beneficiária maior e última dos programas, acaba não recebendo os benefícios do investimento realizado (Dalfior, Lima & Andrade, 2015).

Esta é uma realidade comum em nosso país. Em anos recentes estudos demonstraram que mais de 60% dos médicos ortopedistas desconheciam total ou parcialmente o protocolo de cirurgia segura da OMS (Mota Filho et al., 2013) e profissionais de uma UTI apresentavam conhecimento limitado sobre EA (Moreira et al., 2015). A situação não diferia muito com alunos de pós-graduação dado que, embora tenham apresentado resultado um pouco superior, metade dos alunos pesquisados respondeu com 25% de erros nas questões sobre SP (Oliveira et al., 2017). No caso de alunos de graduação, com aprendizado formal sobre SP, a maioria relatou incertezas em algumas práticas de segurança (Yoshikawa et al., 2013). Assim como os apresentados, um estudo de revisão sobre produções brasileiras envolvendo cultura de segurança do paciente cita um conhecimento incipiente sobre segurança do paciente, por parte da maioria dos profissionais de saúde (Carneiro et al., 2020).

Não é estranho que exista um baixo grau de conhecimento em nosso meio profissional sobre SP e sobre as ações preconizadas para reduzir os elevados índices de morbimortalidade dos EA. Apesar de programas de apoio estarem sendo

propostos, a exemplo do PNSP, é baixa a adesão às iniciativas da OMS e dos órgãos gestores das políticas de saúde nas instituições de saúde brasileiras, assim como parte dos profissionais de saúde (Carneiro et al., 2020). A inexistência de CSP institucionalizada ou atuante pode ser um dos determinantes cruciais para isso (Capucho & Cassiani, 2013). Essa não é uma realidade exclusiva do Brasil, ou de países não-desenvolvidos. Na Suécia pesquisadores concluíram que a alta direção de hospitais não tem interesse real na SP, incidentes são subnotificados e o planejamento do trabalho de SP é insuficiente (Couto et al., 2017); assim também a educação em segurança do paciente é posta como um assunto negligenciado pelos educadores de formação profissional (Sanner et al., 2018).

A educação permanente é fundamental para a implantação das políticas públicas. Por meio dela pode-se estimular as novas posturas profissionais necessárias para a consecução dos objetivos propostos (Lemos, 2016; Carneiro et al., 2020), muitas vezes de forma independente de imposições legais que podem acompanhar as determinações de governo. O SUS possui diretrizes claras que reforçam sua importância e estimulam uma política nacional de educação permanente em saúde (Moraes & Dytz, 2015).

Não obstante, observamos que a maioria dos profissionais de saúde do hospital estudado não havia recebido nenhum tipo de treinamento sobre o PNSP, mesmo após três anos da publicação da portaria que instituiu o programa. Essa realidade, também observada em outro estudo brasileiro envolvendo médicos ortopedistas os quais relataram não ter tido nenhum treinamento para o uso do protocolo de cirurgia segura da OMS (Mota Filho et al., 2013), o que retarda a disseminação das propostas e ações almejadas no programa no ambiente da atenção à saúde, prejudicando sua implantação e favorecendo um ambiente de maiores índices de EA evitáveis e custos hospitalares (Xie et al., 2017; Ribas et al., 2019). Essa discussão se consolida em dados trazidos pela literatura em que a ausência de um sistema abrangente de educação continuada para profissionais de saúde é um fator contribuinte para as deficiências no conhecimento e desempenho destes (James, 2013).

Além da educação permanente, destacam-se entre os fatores que favorecem a implantação do PNSP o comprometimento dos gestores do SUS, a ampla participação de atores sociais e recursos condizentes com a dimensão e a complexidade da implementação de um programa de tamanha magnitude, trazendo à tona a relevância de uma ampla divulgação social para que o programa passe a ser de domínio público (Oliveira et al., 2017). Em nossos dados percebemos que três quartos dos profissionais desconheciam a existência de um NSP na instituição, desconhecimento que independe do fato de o cargo ou função exigir interação ou contato direto com o paciente, o que é inaceitável se considerarmos que a implementação do PNSP depende fundamentalmente da gestão de risco e do trabalho do NSP nos estabelecimentos de saúde. Claramente existe uma dificuldade muito grande de se difundir o conhecimento nesse ambiente profissional, desafiando as lideranças e a gestão para uma postura proativa pautada na educação permanente e no aprendizado organizacional efetivo. Volta-se também ao papel dos educadores para que as novas gerações formem um nível de consciência maior da importância de cada um, isoladamente ou em equipe, nas políticas de saúde do país e segurança do paciente (Bohomol, Freitas & Cunha, 2016).

A associação entre conhecimento dos protocolos do PNSP e cargo ou função, se o cargo ou a função mantém ou não contato direto com paciente (função administrativa ou função assistencial), bem com o grau de instrução reforçam a importância da gestão e da educação em saúde na atualização dos profissionais de saúde. Essa importância pode ser facilmente percebida quando observamos que profissionais com maior qualificação acadêmica percebem melhor a importância de seu trabalho no desenvolvimento e fortalecimento das políticas públicas (Xie et al., 2017).

Com relação ao cargo ou função, existe evidência de que a participação do corpo de enfermagem se destaca entre os demais profissionais na incorporação de práticas seguras nos serviços de saúde em busca de promover a segurança do paciente (Magalhães et al., 2019). No que se refere ao fato de no cargo/função o profissional não ter interação ou contato direto com o paciente (exercer cargo de coordenação ou administrativo), quase metade destes relataram ter conhecimento do PNSP. Nos parece, então, que esses líderes/gestores talvez não estejam conseguindo difundir o conhecimento aos seus liderados. Ratifica-

se a importância de uma postura proativa dos líderes/gestores pautada na educação permanente e no aprendizado com os incidentes reais. Volta-se assim, à importância do papel dos educadores para que as novas gerações formem um nível de consciência maior de seu papel como atores nas políticas de saúde do país.

Como demonstrou a Agência Nacional de Vigilância Sanitária em um de seus relatórios, a alta adesão aos protocolos do programa não significa necessariamente ação em conformidade para a aplicação dos mesmos e no monitoramento dessa adesão e de suas consequentes melhorias no serviço prestado (Ministério da Saúde, 2017). Por isso, o conhecimento dos protocolos do PNSP e seus objetivos não pode ser encarado como uma ação trivial, uma informação superficial no conjunto de conhecimentos técnicos do corpo de profissionais. Isso pode ser exemplificado em nossos dados com a inexistência de uma associação entre o conhecimento do PNSP e a notificação de EA nos últimos 12 meses. O dado nos permite levantar a possibilidade de que a equipe desconheça o que deve ser relatado e como notificar, bem como a importância da notificação dos EA como ferramenta para a gestão de risco, utilizada para gerar informações úteis que levam à correção das fragilidades ou falhas identificadas (Figueiredo et al., 2018; Ferezin et al., 2017).

Mais grave ainda foi a demonstração de que o conhecimento dos protocolos não tem sido acompanhado da adesão ao mesmo, como relatado por médicos para o Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos, uma vez que estudo mostra que a cadeia medicamentosa envolve a maioria dos incidentes notificados, evidenciando a complexidade do sistema de medicação (Figueiredo et al., 2018). Se a implementação dos protocolos não incluir uma ação ampla, com divulgação da proposta de trabalho, disponibilização de recursos materiais, apoio da gestão e dos líderes e uma CSP, certamente essa adesão será baixa, pois, a mudança de hábitos e práticas é uma questão de alta complexidade, exigindo estratégias claras e efetivas em três âmbitos: formação de profissionais da saúde, assistência em todos os níveis de atenção à saúde e pesquisa (Ministério da Saúde, 2014).

Dentre as limitações deste estudo podemos destacar a abordagem em apenas uma instituição hospitalar e sua característica transversal no tempo. No entanto, embora estudos em ambientes distintos e acompanhamentos de longo prazo sejam fundamentais para a construção de um quadro mais bem estruturado sobre as condições para a efetiva implementação do PNSP, salientamos a ampla influência que a instituição estudada tem como referência regional e como escola formadora dos novos profissionais em nosso país.

O estudo revelou uma lacuna considerável no conhecimento do PNSP por profissionais de saúde, reforçando a importância do envolvimento da enfermagem como líderes na equipe interprofissional de saúde, de gestores e educadores em saúde na efetiva implementação das políticas públicas de saúde e da manutenção de um programa de educação permanente para nossos profissionais.

Além disso, destaca-se que o PNSP se estrutura em quatro eixos: o estímulo a uma prática assistencial segura; o envolvimento do cidadão na sua segurança; a inclusão do tema no ensino e o incremento de pesquisa sobre o tema. Desta forma este trabalho contribui para preencher uma lacuna importante na pesquisa sobre SP que dispõe de forma incipiente de trabalhos científicos publicados sobre o tema como uma política pública de saúde.

5. Conclusão

Observou-se um baixo nível de conhecimento sobre o Programa Nacional de Segurança do Paciente e de seus protocolos entre os profissionais que formam a equipe de saúde do hospital de ensino analisado, pertencente à rede de atenção do SUS.

Destaca-se ainda que médicos e profissionais do corpo de enfermagem desconhecem, em sua grande parte, o Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos, suscitando preocupação quanto a efetiva

implantação do programa em nosso meio, sendo o PNSP uma diretriz que tem como intuito fornecer subsídios para que as instituições de saúde tenham um ponto de partida para implantar e promover medidas de segurança imperativas e urgentes.

Referências

- Bogarin, D. F., Zanetti, A. C. B., Brito, M. F. P., Machado, J. P., Gabriel, C. S. & Bernardes, A. (2014). Patient safety: knowledge of undergraduate nursing students. *Cogitare Enferm*, 19(3), 448-54.
- Bohomol, E., Freitas, M. A. O. & Cunha, I. C. K. O. (2016). Patient safety teaching in undergraduate health programs: reflections on knowledge and practice. *Interface (Botucatu)*, 20(58), 727-41.
- Capucho, H. C. & Cassiani, S. H. B. (2013). The need to establish a national patient safety program in Brazil. *Rev Saúde Pública*, 47(4), 1-8. Doi:10.1590/S0034-8910.2013047004402
- Carneiro, A. S., Andolhe, R., Lanes, T. C. & Magnago, T. S. B. de S. Patient safety culture in hospital environment: trends in brazilian production. *Research, Society and Development*, 9(7), e963975132, 2020.
- Couto, R. C., Pedrosa, T. M. G., Roberto, B. A. D. & Daibert, P. B. (2017). Anuário da segurança assistencial hospitalar no Brasil. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. Belo Horizonte: UFMG.
- Dalfior, E. T., Lima, R. C. D. & Andrade, M. A. C. (2015). Implementation of public policies: analysis methodology under the focus of institutional policy. *Saúde Debate*, 39(Spe), 283-97. Doi: 10.5935/0103-1104.2015S005316
- Ferezin, T. P. M., Ramos, D.; Caldana, G., Gabriel, C. S. & Bernardes, A. (2017). Analysis of adverse event reporting at accredited hospitals. *Cogitare Enferm.*, 22(2), e49644.
- Figueiredo, M. L., Silva, C. S. O., Brito, M. F. S. F. & D’Innocenzo, M. (2018). Analysis of incidents notified in a general hospital. *Rev Bras Enferm.*, 71(1), 111-9.
- James JT. (2013). A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. *J Patient Saf.*, 9(3), 122-8.
- Lemos, C. L. S. (2016). Ongoing Health Education in Brazil: education or ongoing management? *Ciência Saúde Coletiva*, 21(3), 913-22.
- Magalhães, F. H. L., Pereira, I. C. A., Luiz, R. B.; Barbosa, M. H. & Ferreira, M. B. G. (2019). Patient safety atmosphere in a teaching hospital. *Rev Gaúcha Enferm.*, 40(Spe), e20180272.
- Makary, M. A. & Daniel, M. (2016). Medical error - the third leading cause of death in the US. *BMJ*, 353(2139), 1-5.
- Malta, M.; Cardoso, L. O., Bastos, F. I., Ferreira, M. M. & Silva, C. M. F. P. (2010) STROBE initiative: guidelines on reporting observational studies. *Rev Saúde Pública*, 44(3), 559-65.
- Ministério da Saúde (BR), Fundação Oswaldo Cruz, & Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2014). Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília.
- Ministério da Saúde (BR), & Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2017). Relatório da Autoavaliação das Práticas de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. Brasília.
- Ministério da Saúde (BR). (2013) Portaria nº 529 de 01 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília.
- Moraes, K. G. & Dytz, J. L. G. (2015). Permanent education in health policy: analysis of its implementation. *ABCS Health Sci.*, 40(3), 263-9.
- Moreira, I. A., Bezerra, A. L. Q., Paranaguá, T. T. B., Silva, A. E. B. C. & Azevedo Filho FM. (2015). Health professionals’ knowledge regarding adverse events in the intensive care unit. *Rev Enferm UERJ*, 23(4), 461-7.
- Motta Filho, G. R., Silva, L. F. N., Ferracini, A. M. & Bahr, G. L. (2013). The WHO Surgical Safety Checklist: knowledge and use by brazilian orthopedists. *Rev Bras Ortop.*, 48(6), 554-62.
- Nogueira, D. L., Lira, G. V., Albuquerque, I. M. N. & Linhares, M. S. C. (2015). Evaluation of Brazil’s teaching hospitals: a systematic review. *Rev Bras Educ Med.*, 39(1), 151-8.
- Oliveira, I. C. L., Cavalcante, M. L. S. N., Aires, S. F., Freitas, R. J. M., Silva, B. V., Marinho, D. M. F. & Carvalho, R. E. F. L. (2018). Safety culture: perception of health professionals in a mental hospital. *Rev Bras Enferm.*, 71(Suppl 5), 2316-22.
- Oliveira, J. L. C., Silva, S. V., Santos, P. R., Matsuda, L. M., Tonini, N. S. & Nicola, A. L. (2017). Patient safety: knowledge between multiprofessional residents. *Revista Einstein*, 15(1), 50-7.
- Paim, J. S. & Teixeira, C. F. (2006). Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Rev Saúde Pública*, 40(Spe), 73-8.
- Ranjbar, H. & Zeydi, A. E. (2018). Patient Safety: an important yet neglected issue in nursing education. *J Patient Saf.*, 14(3), e35.
- Reis, C. T., Laguardia, J., Barros, C. G. B., Andreoli, P. B. A & Martins, M. (2019). Reliability and validity of the Brazilian version of the HSOPSC: a reassessment study. *Cad. Saúde Pública*, 35(8), e00246018

Reis, C. T., Laguardia, J., Vasconcelos, A. G. G. & Martins, M. (2016). Reliability and validity of the Brazilian version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC): a pilot study. *Cad. Saúde Pública*, 32(11), e00115614.

Ribas, M. A., Almeida, P. H. R. F., Chaves, G. A. & Lemos, G. S. (2019). Eventos adversos e queixas técnicas notificados a um núcleo de segurança do paciente. *Rev. Aten. Saúde*, 17(62), 71-80.

Sanner, M., Halford, C., Vengberg, S. & Röing, M. (2018). The dilemma of patient safety work: Perceptions of hospital middle managers. *J Healthc Risk Manag.*, 38(2), 47-55.

Xie, J. F., Ding, S. Q., Zhong, Z. Q., Zeng, S. N., Qin, C. X., Yi, Q. F., Li-Na, G. & Jian, Z. (2017). A safety culture training program enhanced the perceptions of patient safety culture of nurse managers. *Nurse Educ Pract.*, 27, 128-133.

Yoshikawa, J. M., Sousa, B. E. C., Peterlini, M. A. S., Kusahara, D. M., Pedreira, M. L. G. & Avelar, A. F. M. (2013). Comprehension of undergraduate students in nursing and medicine on patient safety. *Acta Paul Enferm*, 26(1), 21-9.