

# **Demografia dos Núcleos de Segurança do Paciente no Brasil**

● **2022** ●



## **Núcleo de Informações Estratégicas**

# **Demografia dos Núcleos de Segurança do Paciente no Brasil - 2022**

Rio de Janeiro

2023

## Demografia dos Núcleos de Segurança do Paciente no Brasil - 2022

- Local: Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

- Editor: Sociedade Brasileira para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente - SOBRASP

- Ano da publicação: 2023

### Organizadores:

Antônio José de Lima Júnior, Isabelle Cavalcante Mury, Susane de Fátima Ferreira de Castro

### Autores:

Antônio José de Lima Júnior, Claudia Toledo, Flávia Batista Portugal, Isabelle Cavalcante Mury, Jurema Corrêa da Mota, Luiza Maria Gerhardt, Susane de Fátima Ferreira de Castro, Victor Grabois.

### Consultoria estatística:

Jurema Corrêa da Mota - SIGMA 44 Consultoria EIRELI

### DADOS INTERNACIONAIS PARA CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

S678d	Sociedade Brasileira para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente Demografia dos Núcleos de Segurança do Paciente no Brasil - 2022 [recurso eletrônico] / Sociedade Brasileira para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente ; organizadores : Antônio José de Lima Júnior, Isabelle Cavalcante Mury e Susane de Fátima Ferreira de Castro. – Rio de Janeiro: SOBRASP, 2023. 42 p. ; il.  Inclui bibliografia. ISBN 978-65-992647-2-6.  1. Segurança do paciente. 2. Assistência ao paciente. I. Lima Júnior, Antônio José de. II. Mury, Isabelle Cavalcante. III. Castro, Susane de Fátima Ferreira de. IV. Título.  CDU 614
-------	---

Catálogo na Fonte: Rubens da Costa Silva Filho - CRB 10/1761

Citação sugerida: Sociedade Brasileira para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente – SOBRASP. Demografia dos Núcleos de Segurança do Paciente no Brasil – 2022. Organizadores: Lima Júnior AJ, Mury IC, Castro, SFF. Rio de Janeiro: SOBRASP, 2023.

## **AGRADECIMENTO**

A Sociedade Brasileira para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente - SOBRASP - faz um agradecimento especial aos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) do Brasil, que compartilharam informações sobre sua estrutura, funcionamento e resultados para a construção desta inédita demografia dos NSP, que visa mostrar o trabalho comprometido de profissionais e de suas instituições de saúde, ao longo de uma década, para alcançar os objetivos do Programa Nacional de Segurança do Paciente, instituído pela Portaria Nº 529 do Ministério da Saúde, de 1º de abril de 2013.

## APRESENTAÇÃO

É com grande satisfação que a Sociedade Brasileira para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente (SOBRASP) entrega a todos os segmentos e profissionais interessados na Segurança do Paciente a primeira edição da **Demografia dos Núcleos de Segurança do Paciente Brasil 2022**, que é um dos seus Projetos Estratégicos, inserido no Núcleo de Informações Estratégicas, criado em 2022.

Esta iniciativa de grande porte da SOBRASP teve como objetivo primordial contribuir para o aperfeiçoamento do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que em 2023 completa 10 anos de sua existência.

A Demografia dos Núcleos de Segurança do Paciente Brasil 2022 buscou informações em instituições de prestação de serviços de saúde, não apenas hospitais, mas também da Atenção Primária à Saúde (APS), *Home Care*, Medicina Diagnóstica, entre outras.

É importante destacar que o projeto e coleta de dados desta Demografia partiu de informações existentes do Ministério da Saúde e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

Portanto, a SOBRASP, a partir deste marco, buscou preencher algumas lacunas no conhecimento sobre os Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) que, no seu entendimento, pudessem contribuir para o aperfeiçoamento do PNSP, bem como para dar a devida visibilidade ao trabalho dos NSP, a “célula *mater*” da Segurança do Paciente no Sistema Único de Saúde brasileiro.

A SOBRASP espera que os elementos trazidos pelas informações coletadas possam ajudar governos e unidades de saúde a refletir sobre modificações

necessárias, nas normas e práticas de gestão e de saúde, de forma a tornar o cuidado de saúde mais seguro em nosso país.

Victor Grabois

Presidente da SOBRASP



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b> – Distribuição das instituições que responderam ao questionário de pesquisa, por Unidade Federativa .....	15
<b>Figura 2</b> – Distribuição percentual do tipo de instituição com Núcleo de Segurança do Paciente constituído .....	16
<b>Figura 3</b> – Distribuição percentual da existência de Núcleo de Segurança do Paciente operante nas instituições participantes .....	18
<b>Figura 4</b> – Distribuição dos Núcleos de Segurança do Paciente quanto à existência de documento de nomeação e regimento interno .....	19
<b>Figura 5</b> – Distribuição dos Núcleos de Segurança do Paciente quanto ao apoio institucional, recursos financeiros e existência de agenda de reuniões com a alta gestão .....	20
<b>Figura 6</b> – Distribuição dos Núcleos de Segurança do Paciente quanto à existência de agenda de reuniões com membros, alta gestão e outras instâncias da instituição .....	20
<b>Figura 7</b> – Distribuição percentual dos Núcleos de Segurança do Paciente quanto à existência de espaço físico próprio .....	21
<b>Figura 8</b> – Distribuição percentual dos Núcleos de Segurança do Paciente quanto à composição profissional .....	22
<b>Figura 9</b> – Distribuição dos Núcleos de Segurança do Paciente quanto à dedicação exclusiva do coordenador .....	22
<b>Figura 10</b> – Distribuição dos Núcleos de Segurança do Paciente quanto à formação acadêmica do coordenador .....	23
<b>Figura 11</b> – Distribuição dos Núcleos de Segurança do Paciente quanto à existência de procedimentos para o envolvimento de pacientes/familiares nas ações de segurança do paciente .....	25
<b>Figura 12</b> – Distribuição dos Núcleos de Segurança do Paciente quanto ao procedimento de notificação de eventos adversos no NOTIVISA e cumprimento de prazos .....	26
<b>Figura 13</b> – Distribuição dos Núcleos de Segurança do Paciente quanto à realização de análise dos eventos adversos ocorridos no serviço de saúde .....	27

<b>Figura 14</b> – Distribuição dos Núcleos de Segurança do Paciente quanto às estratégias de busca ativa de eventos adversos .....	27
<b>Figura 15</b> – Distribuição dos Núcleos de Segurança do Paciente quanto aos protocolos de segurança disponíveis na sua instituição .....	28
<b>Figura 16</b> – Distribuição dos Núcleos de Segurança do Paciente quanto à mensuração de indicadores dos protocolos de segurança .....	29
<b>Figura 17</b> – Existência, divulgação e implantação do plano de segurança do paciente na instituição de saúde .....	30



## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Distribuição percentual do número de leitos nas instituições hospitalares, existência de leitos de terapia intensiva e pronto-socorro .....	17
<b>Tabela 2</b> – Distribuição dos Núcleos de Segurança do Paciente quanto aos instrumentos de notificação de incidentes relacionados à assistência à saúde utilizados .....	24
<b>Tabela 3</b> – Associação entre as características da estrutura dos Núcleos de Segurança do Paciente e a implantação do plano de segurança do paciente.....	31
<b>Tabela 4</b> – Associação entre as características da estrutura dos Núcleos de Segurança do Paciente e a mensuração de indicadores pela instituição .....	32
<b>Tabela 5</b> – Associação entre as características da estrutura dos Núcleos de Segurança do Paciente e a realização de análise de eventos adversos pela instituição .....	33

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2 MATERIAIS E MÉTODO .....</b>	<b>12</b>
<b>2.1 Tipo de pesquisa .....</b>	<b>12</b>
<b>2.2 Participantes .....</b>	<b>12</b>
<b>2.3 Coleta dos dados .....</b>	<b>12</b>
<b>2.4 Instrumento de coleta dos dados .....</b>	<b>12</b>
<b>2.5 Tratamento dos dados .....</b>	<b>13</b>
<b>2.6 Análise estatística .....</b>	<b>14</b>
<b>2.7 Aspectos éticos .....</b>	<b>14</b>
<b>3 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>3.1 Caracterização das instituições de saúde .....</b>	<b>15</b>
<b>3.2 Estrutura dos Núcleos de Segurança do Paciente .....</b>	<b>18</b>
<b>3.3 Processos dos Núcleos de Segurança do Paciente .....</b>	<b>24</b>
<b>3.4 Resultados dos Núcleos de Segurança do Paciente .....</b>	<b>29</b>
<b>3.5 Associações entre variáveis selecionadas .....</b>	<b>30</b>
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>34</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>35</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Logo após a criação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) em 1º de abril de 2013, O Ministério da Saúde e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) emitiram a RDC Nº 36/2013 (BRASIL, 2013) com o objetivo de estabelecer ações para promover a segurança do paciente e a melhor qualidade dos serviços de saúde do país, tanto públicos como privados, filantrópicos, civis, militares e de ensino e pesquisa. Esta Resolução, um dos pilares do PNSP, instituiu o núcleo de segurança do paciente (NSP), “instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente” (BRASIL, 2013).

Cabe ao NSP da instituição/serviço, entre outras competências, a elaboração, implantação, divulgação e atualização periódica do seu Plano de Segurança do Paciente (BRASIL, 2013). O Plano de Segurança do Paciente é o documento que identifica situações de risco e prescreve as estratégias e ações adotadas institucionalmente para a gestão de riscos, de modo a prevenir e mitigar os incidentes no percurso do paciente, da admissão à transferência à alta ou ao óbito (BRASIL, 2013).

O NSP é, portanto, uma instância essencial nas instituições e serviços de saúde, legalmente amparada, que baliza o processo assistencial. No entanto, observa-se uma carência de informações sobre os NSP na literatura científica, de sua atuação, dificuldades e resultados desde a sua criação em 2013.

Como entidade multiprofissional focada na qualidade do cuidado e segurança do paciente, a SOBRASP identificou esta lacuna, e se propôs a contribuir com agências governamentais, instituições, serviços e profissionais da saúde do país, objetivando dar visibilidade, embora parcial por se tratar de uma amostra, da *estrutura, funcionamento e resultados dos NSP* no momento atual.

Para realizar este trabalho, a SOBRASP adotou o referencial teórico de Avedis Donabedian (1919-2000), médico e pesquisador reconhecido internacionalmente por suas contribuições para o estudo e avaliação da qualidade da assistência à saúde.

Em seu artigo seminal, publicado em 1966, bem antes da divulgação do relatório *Errar é Humano*, Avedis Donabedian já alertava para a necessidade de avaliar a qualidade da assistência à saúde a partir do questionamento “o que está acontecendo aqui”, em vez de responder às habituais perguntas “o que está errado”

e “como pode ser feito melhor” (DONABEDIAN, 1966). Seu ponto de vista já destacava que a assistência à saúde é um processo, que consiste em ações sequenciais e interligadas, em determinada estrutura operacional, e que leva a resultados.

Alguns anos mais tarde, Donabedian justificou sua preocupação com a qualidade do cuidado à saúde refletindo sobre o significado que ela tem para os seres humanos (1978, p. 856):

Hemos concedido a las profesiones de la salud acceso a los sitios más secretos y sensibles de nosotros mismos, y les hemos confiado asuntos que conciernen a nuestro bienestar, felicidad y supervivencia. A cambio, hemos esperado que las profesiones se gobiernen a sí mismas de un modo tan estricto que no debamos temer explotación o incompetencia.

El objetivo de la evaluación de la calidad es determinar con qué grado de éxito se ha conseguido esto; y el propósito de la monitorización de la calidad es el ejercer una vigilancia constante para que cualquier alejamiento de las normas pueda ser detectado tempranamente y corregido.

Para Donabedian (1966), a assistência em saúde é um contínuo que compreende estrutura, processo e resultado. O autor explica que a utilização da tríade na avaliação da qualidade “só é possível porque uma boa estrutura aumenta a probabilidade de um bom processo, e um bom processo aumenta a probabilidade de um bom resultado” (DONABEDIAN, 1988, p. 1745).

Na tríade de Donabedian (1988), a estrutura é constituída pelas características dos locais em que ocorre o cuidado, incluindo recursos materiais, como instalações, equipamentos e financiamento; recursos humanos, como o número e as qualificações do pessoal; e recursos de estrutura organizacional, como organização da equipe médica, métodos de avaliação por pares e métodos de reembolso. O processo é representado pelo que “realmente é feito ao dar e receber cuidados” (DONABEDIAN, 1988, p. 1745). Abrange tanto as atividades do paciente ao procurar atendimento e realizá-lo, como as do médico, quando faz um diagnóstico e recomenda ou institui um tratamento. E o resultado, conforme definido pelo autor, consiste nos efeitos dos cuidados à saúde de pacientes e populações.

De modo análogo, os NSP, balizadores do processo assistencial seguro e de qualidade nas instituições, têm uma estrutura, um processo de trabalho e resultados. Foi nesta perspectiva que a SOBRASP, por meio de seu Núcleo de Informações Estratégicas, concebeu a coleta e análise dos dados e a apresentação dos resultados da Demografia dos Núcleos de Segurança do Paciente no Brasil – 2022.

## 2 MÉTODO

### 2.1 Tipo de pesquisa

Estudo transversal, com *websurvey* e voltado para os Núcleos de Segurança do Paciente dos serviços de saúde do Brasil.

### 2.2 Participantes

Participaram NSP de instituições de saúde de 26 estados e Distrito Federal, sendo Roraima a única Unidade Federativa em que nenhum NSP respondeu ao instrumento de pesquisa.

### 2.3 Coleta dos dados

A coleta dos dados foi realizada entre maio e setembro de 2022.

A divulgação do estudo, e convite à participação, foram feitos principalmente via grupos de *whatsapp* ligados à qualidade do cuidado e segurança do paciente e à Sociedade Brasileira para Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente (SOBRASP), no seu portal e redes sociais, além das mídias sociais.

O questionário foi aplicado virtualmente, por meio da ferramenta *Google Forms*, contendo perguntas sobre as características das unidades, porte, questões sobre implementação e funcionamento dos núcleos de segurança do paciente (NSP) e características profissionais dos membros que compõem os núcleos.

### 2.4 Instrumento de coleta dos dados

Os pesquisadores elaboraram um questionário, disponibilizado online (*google forms*) com 53 perguntas agrupadas em quatro seções:

Seção 1 - Dados da instituição de saúde (11 questões)

Seção 2 - Dados do NSP (7 questões)

Seção 3 - Sobre os integrantes do NSP (12 questões)

Seção 4 - Documentos e processos de trabalho do NSP (23 questões)

## 2.5 Tratamento dos dados

As informações extraídas dos questionários foram analisadas da seguinte maneira:

- Caracterização das instituições de saúde: instituições respondentes por Unidade Federativa, tipo de instituição, existência de leitos de terapia intensiva e pronto-socorro, existência de Núcleo de Segurança do Paciente operante na instituição e qual a função do responsável que preencheu o instrumento na instituição;

- Estrutura: contendo a existência de documento de nomeação e regimento interno do Núcleo de Segurança do Paciente, apoio institucional, recursos financeiros, agenda de reuniões, registro das reuniões em atas, espaço físico específico, composição multiprofissional, tipo de composição multiprofissional, dedicação exclusiva do coordenador/responsável, horas de dedicação exclusiva do coordenador/responsável, horas semanais dedicadas pelos membros, tempo de atuação do coordenador/responsável, formação acadêmica do coordenador; formação específica do coordenador do NSP em segurança, capacitação dos membros do NSP, instrumentos de notificação de incidentes e cadastro junto ao NOTIVISA;

- Processo: ações para envolvimento dos pacientes/familiares, notificação de eventos adversos no NOTIVISA, cumprimento dos prazos de notificação, análise dos eventos adversos, estratégias de busca ativa dos eventos adversos, protocolos de segurança disponíveis, mensuração de indicadores dos protocolos de segurança implantados na instituição;

- Resultado: existência de plano de segurança do paciente institucional.

## 2.6 Análise estatística

O percentual de instituições que responderam à pesquisa foi georreferenciado e organizado segundo Unidades da Federação e Macrorregiões do Brasil, utilizando a grade digital das Unidades da Federação de 2020 do IBGE (<https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/malhas-territoriais/15774-malhas.html>). Na descrição do perfil das instituições participantes, bem como para os indicadores de estrutura, processo e resultado, a análise descritiva foi conduzida calculando-se as frequências simples e respectivas proporções.

Para o estudo de associação, entre as características relativas à estrutura dos NSP segundo a implantação do plano de segurança do paciente, mensuração de indicadores e estudo de eventos adversos, foi utilizado o teste qui-quadrado de homogeneidade, considerando uma significância estatística de 5,0%.

As análises foram conduzidas com auxílio do *Statistic Package for Social Science* (SPSS for Windows, versão 21.0) e o programa R versão 4.2.1 (THE R FOUNDATION, 2022).

## 2.7 Aspectos éticos

Todas as informações coletadas estão preservadas de acordo com as normas da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) (BRASIL, 2018). Os resultados foram divulgados em conjunto, sem identificar a instituição.

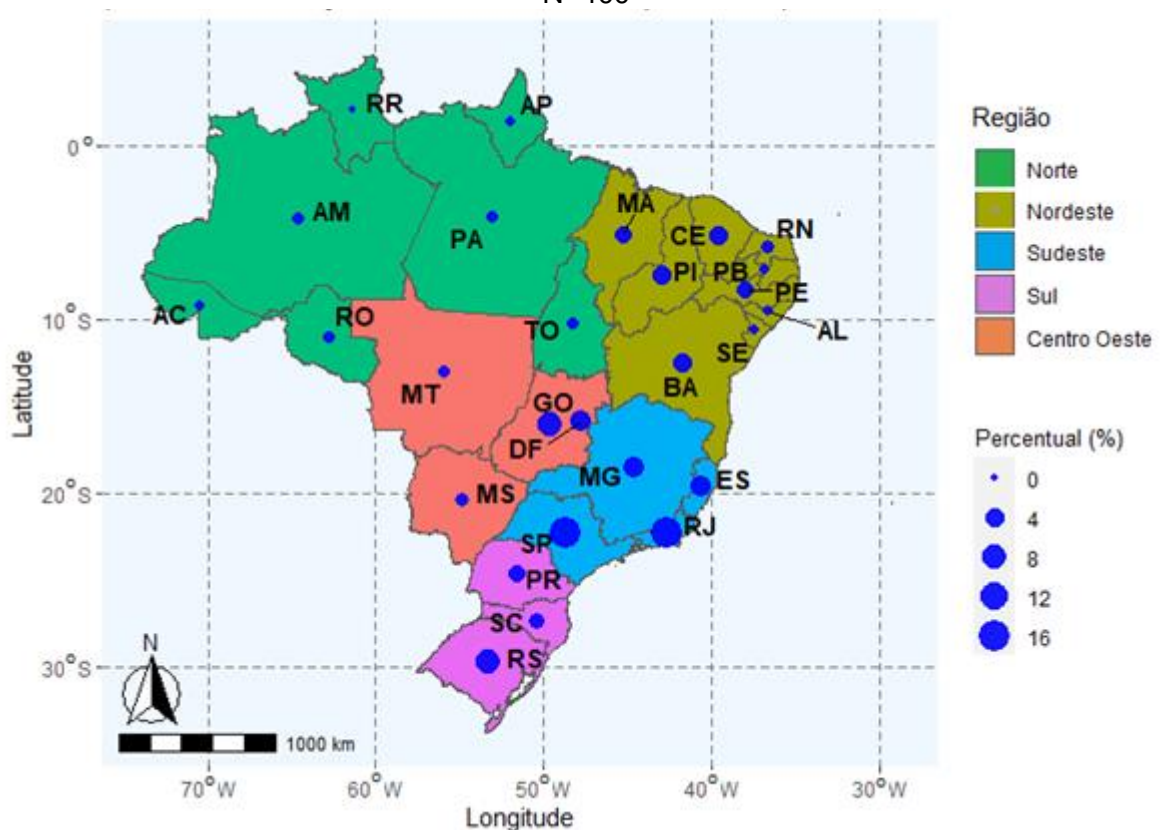
### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

#### 3.1 Caracterização das instituições de saúde

Nesta pesquisa participaram 400 estabelecimentos de saúde de todas as regiões do país, com maior predominância dos estados da Região Sudeste, principalmente Rio de Janeiro (16,5%) e São Paulo (15,8%), como se pode observar na Figura 1.

O Brasil tem 388.398 estabelecimentos de saúde cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (CADASTRO..., 2023) e, segundo a ANVISA, até 31 de dezembro de 2022, existiam 7.855 núcleos de segurança do paciente (NSP) cadastrados. A Região Sudeste ocupa o primeiro lugar em número de NSP cadastrados na ANVISA (AGÊNCIA..., 2023).

**Figura 1** - Distribuição das instituições que responderam ao questionário de pesquisa por Unidade Federativa. Demografia dos Núcleos de Segurança do Paciente no Brasil, 2022. N=400



Fonte: SOBRASP, 2022.

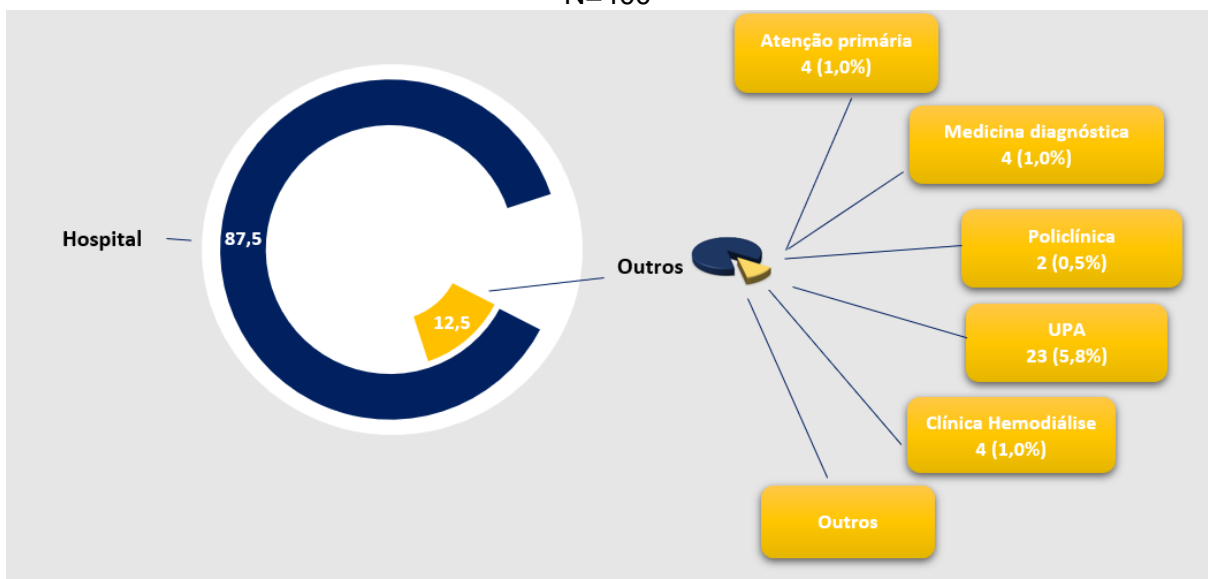


Conforme a Figura 2, dentre os tipos de serviços de saúde participantes da pesquisa, pode-se observar o predomínio (87,5%; n=350) da categoria hospitais, dado que também é observado nos NSP cadastrados na ANVISA.

A RDC nº 36 (BRASIL, 2013) preconiza ações de segurança do paciente para todos os tipos de serviços de saúde. Contudo, a discussão da temática teve início nos hospitais, local onde têm sido realizadas as principais pesquisas sobre a ocorrência de eventos adversos (EA) e, atualmente, permanecem como principal campo de pesquisa desta temática.

A ocorrência de EA fora do ambiente hospitalar é frequente, sendo a maioria evitável (MONTSERRAT-CAPELLA, 2015). Porém, notam-se ainda poucas ações em outros serviços, como unidades de saúde, cuidados domiciliares e pronto atendimentos. Esta demanda aponta para a necessidade de os trabalhadores e gestores desses estabelecimentos reconhecerem esta lacuna e fortalecerem ações para aumentar a segurança do paciente, entre as quais e, principalmente, a constituição dos NSP.

**Figura 2** - Distribuição percentual do tipo de instituição com Núcleo de Segurança do Paciente constituído. Demografia dos Núcleos de Segurança do Paciente no Brasil, 2022. N=400



Fonte: SOBRASP, 2022.

Na Tabela 1, observa-se que, quanto às características dos serviços participantes, houve predomínio daqueles com 100 a 250 leitos (36,5%; n=128), com

Unidades de Tratamento Intensivo - UTIs (79,2%; n=317) e Pronto-Socorro (74,7%; n=295).

A existência de pronto socorro, leitos de terapia intensiva e o tamanho dos hospitais pode sinalizar maior risco de incidentes em saúde, uma vez que são características que denotam a complexidade das ações desenvolvidas por estes serviços (BRASIL, 2023).

**Tabela 1** - Distribuição percentual do número de leitos nas instituições hospitalares, existência de leitos de terapia intensiva e pronto-socorro. Demografia dos Núcleos de Segurança do Paciente no Brasil, 2022. N=400

Características	Categorias	n	%
Quantos leitos possui a instituição (porte)?	Até 50 leitos	50	14,2
	50 a 100 leitos	78	22,2
	100 a 250 leitos	128	36,5
	Mais de 250 leitos	95	27,1
A instituição possui leitos de terapia intensiva?	Sim	317	79,2
	Não	83	20,8
A instituição possui pronto socorro?	Sim	295	74,7
	Não	100	25,3

Fonte: SOBRASP, 2022.

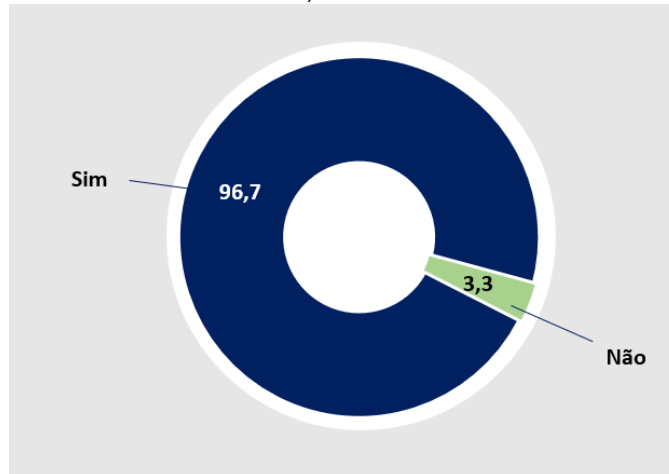
Notas – Percentuais calculados considerando casos válidos. *Missing* de 49 (12,2%) casos na variável referente ao número de leitos e 5 (1,2%) casos na variável referente à existência de pronto socorro na instituição.

Ao questionar se o NSP do serviço de saúde era operante, 96,7% (n=387) responderam que sim, de acordo com a Figura 3. Considerando a importância dos NSP nos estabelecimentos de saúde, é essencial que os mesmos estejam operantes. Um NSP operante pressupõe que tenha um plano de segurança do paciente implantado, reuniões periódicas entre os membros e outros atores da instituição e a análise de incidentes de segurança do paciente.

Chama a atenção que apenas 13 (3,3%) respondentes relataram que o NSP não está operante, no entanto, todas as instituições responderam às demais questões do instrumento de pesquisa, ou seja, confirmando a operacionalidade do seu NSP,

fato que pode indicar falta de clareza sobre o entendimento do termo ‘núcleo operante’.

**Figura 3** - Distribuição percentual da existência de Núcleo de Segurança do Paciente operante nas instituições participantes. Demografia dos Núcleos de Segurança do Paciente no Brasil, 2022. N=400



Fonte: SOBRASP, 2022.

### 3.2 Estrutura dos Núcleos de Segurança do Paciente

Retomando a definição de Donabedian (1988), a estrutura é constituída pelas características dos locais em que ocorre o cuidado, incluindo recursos materiais, como instalações, equipamentos e financiamento; recursos humanos, como o número e as qualificações do pessoal; e recursos de estrutura organizacional, como organização da equipe médica, métodos de avaliação por pares e métodos de reembolso.

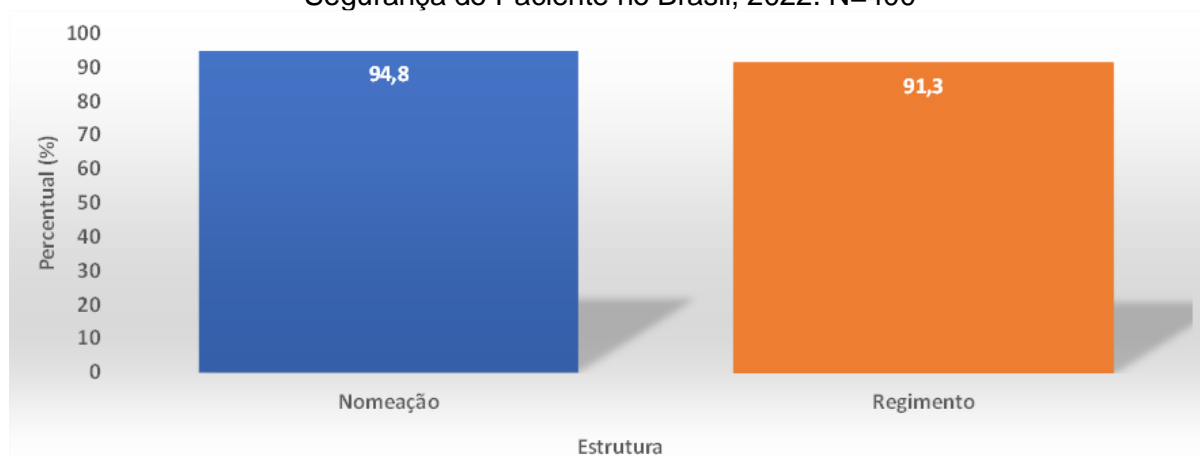
Por analogia, neste trabalho, a estrutura dos NSP compreende os recursos materiais, humanos e organizacionais que viabilizam seu funcionamento, pois “uma boa estrutura aumenta a probabilidade de um bom processo” (DONABEDIAN, 1988, p. 1745).

Para um NSP atuar na instituição, é necessário que seus participantes sejam formalmente nomeados pela direção, de modo a fornecer respaldo para o desenvolvimento das ações nas mais diversas instâncias dentro do serviço.

Outro elemento importante para a atuação do NSP é o seu regimento interno, que descreve as responsabilidades de cada participante.

A Figura 4 mostra que, entre os respondentes, 94,8% (n=379) dos núcleos possuíam documento de nomeação, e 91,3% (n=365) tinham um regimento interno. Logo, observa-se que a maioria dos participantes possuem os documentos formais necessários para a sua atuação. O documento de nomeação dos integrantes do NSP, emitido pela direção do serviço de saúde, é especialmente importante, pois atribui responsabilidade e poder para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente e confirma sua autoridade na organização (BRASIL, 2013).

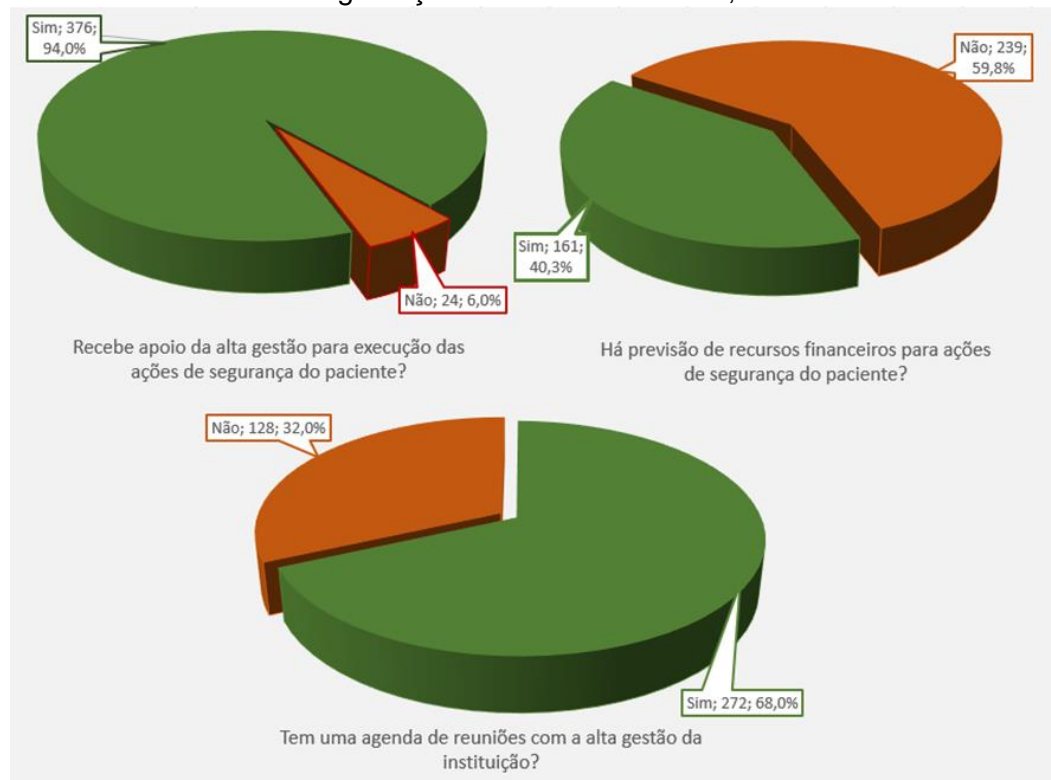
**Figura 4** - Distribuição dos Núcleos de Segurança do Paciente quanto à existência de documento de nomeação dos integrantes e regimento interno. Demografia dos Núcleos de Segurança do Paciente no Brasil, 2022. N=400



Fonte: SOBRASP, 2022.

Na Figura 5, apresenta-se a situação dos NSP pesquisados quanto ao apoio da alta gestão, indispensável para a execução e sucesso das ações nas instituições. A grande maioria dos serviços (94%; n=376) relatou receber apoio da alta gestão. Contudo, desdobrando-se os elementos que compõem o apoio da alta gestão, verificou-se que 68% (n=272) mantém uma agenda de reuniões com a alta gestão e 40,3% (n=161) recebiam aporte financeiro, revelando uma área que pode ser fortalecida.

**Figura 5** - Distribuição dos Núcleos de Segurança do Paciente quanto ao apoio institucional, recursos financeiros e existência de agenda de reuniões com a alta gestão. Demografia dos Núcleos de Segurança do Paciente no Brasil, 2022. N=400



Fonte: SOBRASP, 2022.

Considerando a realização de outras reuniões, além da agenda de reuniões com a alta gestão (68%; n=272), na Figura 6 observa-se que 91,8% (n=367) dos NSP responderam que mantêm uma agenda de reuniões com os seus membros, e 68,8% (n=275) têm uma agenda de reuniões com outras comissões da instituição.

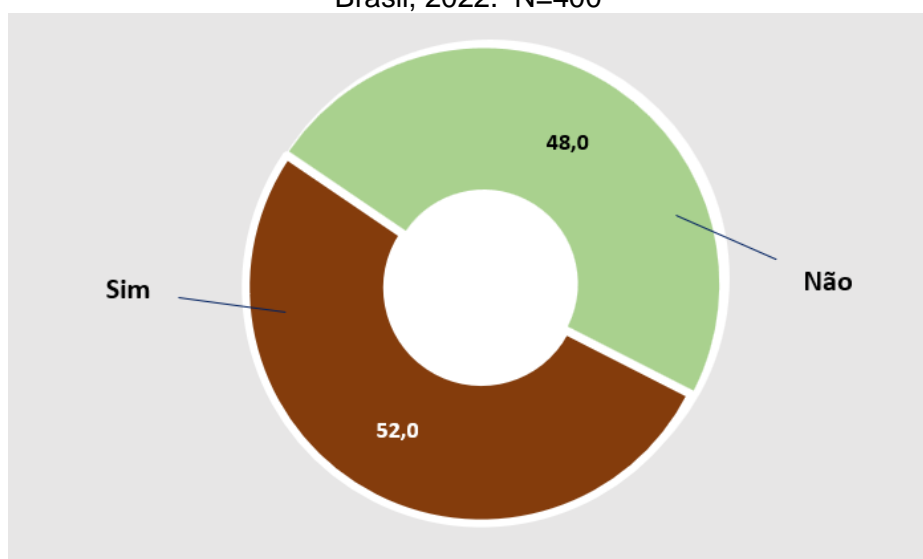
**Figura 6** - Distribuição dos Núcleos de Segurança do Paciente quanto à existência de agenda de reuniões com membros, alta gestão e outras instâncias da instituição. Demografia dos Núcleos de Segurança do Paciente no Brasil, 2022. N=400



Fonte: SOBRASP, 2022.

O arcabouço normativo atual não prevê a obrigatoriedade de espaço físico específico para o NSP, contudo, entende-se que dispor de local fixo e equipamentos para o desenvolvimento de suas atividades contribuem para a qualidade e continuidade do trabalho. Ressalta-se, na Figura 7, que 48% (n=208) dos pesquisados não possuem espaço físico específico para o trabalho do núcleo, ou seja, realizam suas atividades em espaços compartilhados com outras instâncias e ou equipes do serviço de saúde.

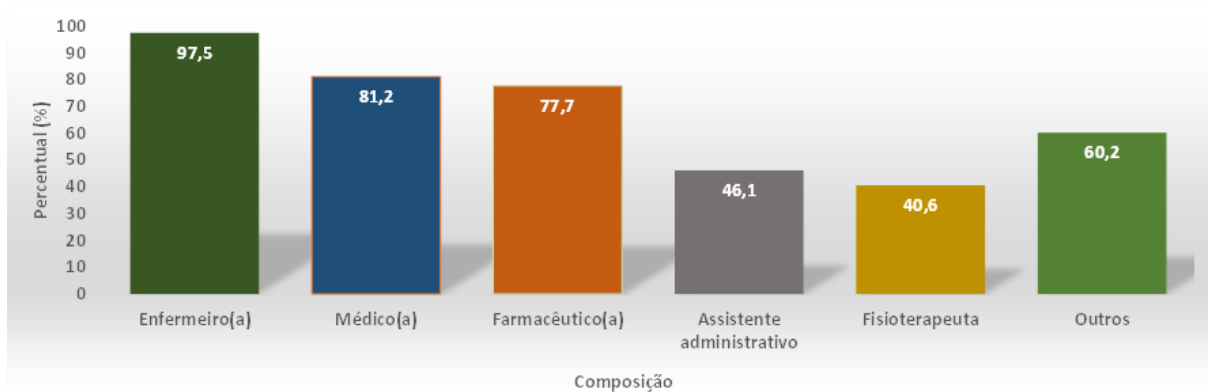
**Figura 7** - Distribuição percentual dos Núcleos de Segurança do Paciente quanto à existência de espaço físico próprio. Demografia dos Núcleos de Segurança do Paciente no Brasil, 2022. N=400



Fonte: SOBRASP, 2022.

Considerando que o NSP é o responsável pela gestão de risco clínicos e não clínicos do serviço de saúde, de acordo com o Art. 7º da RDC Nº 36/2013 (BRASIL, 2013), ter uma equipe multiprofissional e um coordenador com dedicação exclusiva são essenciais para a construção e oferta do cuidado seguro. Neste estudo, a grande maioria dos participantes (92%, n=368) relataram que a composição do seu NSP é multiprofissional, sendo as categorias mais encontradas: enfermeiros (97,5%; n=389), médicos (81,2%; n=324) e farmacêuticos (77,7%; n=310), conforme se observa na Figura 8 a seguir.

**Figura 8** - Distribuição percentual dos Núcleos de Segurança do Paciente quanto à composição profissional. Demografia dos Núcleos de Segurança do Paciente no Brasil, 2022. N=400

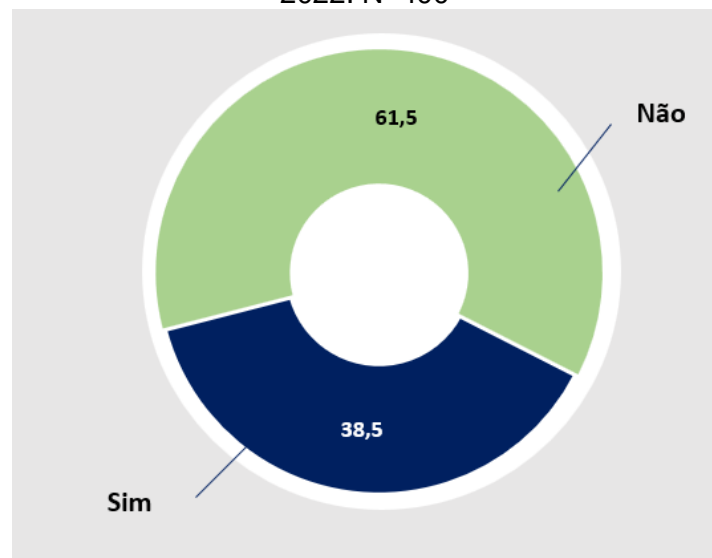


Fonte: SOBRASP, 2022.

Nota: O informante podia indicar mais de um profissional.

Como foi dito anteriormente, ter um coordenador com dedicação exclusiva também é essencial para a construção e oferta do cuidado seguro. Todavia, somente 38,5% (n=154) dos NSP participantes do estudo têm coordenador com dedicação exclusiva como mostra a Figura 9.

**Figura 9** - Distribuição dos Núcleos de Segurança do Paciente quanto à dedicação exclusiva do coordenador. Demografia dos Núcleos de Segurança do Paciente no Brasil, 2022. N=400



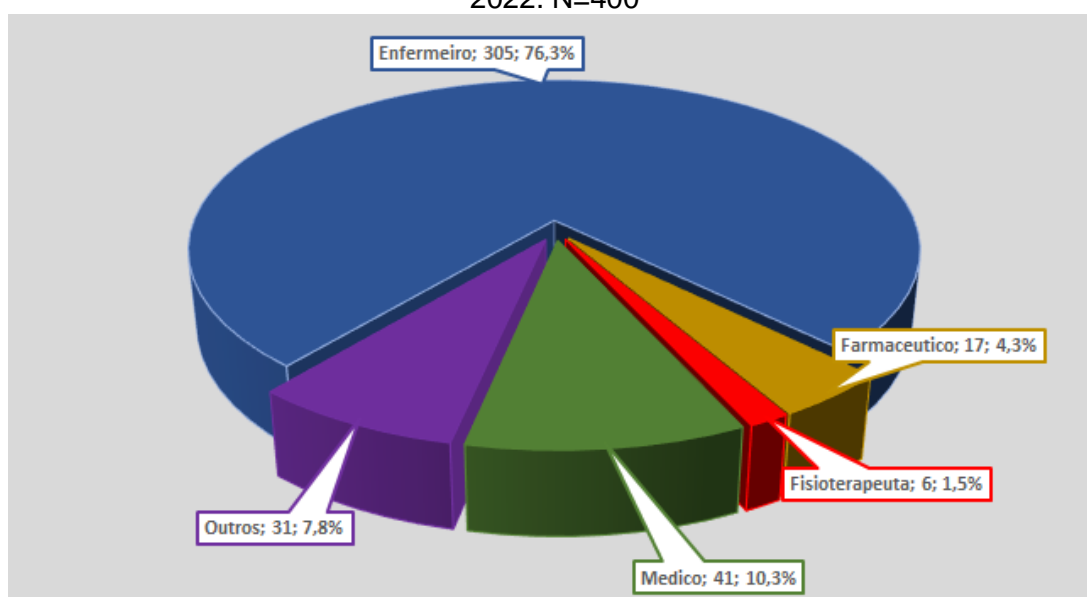
Fonte: SOBRASP, 2022.

Entre os NSP pesquisados, que informaram ter coordenador com alguma carga horária de dedicação exclusiva, 33,3% (n=133) relataram uma carga horária de dedicação exclusiva igual ou superior a 36h semanais e 34,5% (n=138), uma carga horária de dedicação exclusiva igual ou inferior a 36h semanais.

No que tange ao tempo de atuação como coordenador do NSP na instituição, a maior parte está atuando nas ações de segurança do paciente há menos de 3 anos (57,6%; n=230), 13% (n=52) de 3 a 5 anos e 29,6% (n=118) há mais de 5 anos.

Quanto à formação acadêmica dos coordenadores dos NSP, observa-se na Figura 10 que 76,3% (n=305) são enfermeiros, seguido pelos profissionais médicos (10,3%; n=41).

**Figura 10** - Distribuição dos Núcleos de Segurança do Paciente quanto à formação acadêmica do coordenador. Demografia dos Núcleos de Segurança do Paciente no Brasil, 2022. N=400



Fonte: SOBRASP, 2022.

No que tange à sua formação específica em segurança do paciente, questão que permitia mais de uma resposta, 39,5% referem possuir especialização, 32,3% possuem curso de atualização e 20,0% possuem curso de aperfeiçoamento. No entanto, 20,8% (n=83) relataram não ter nenhuma formação específica em segurança do paciente, um dado que preocupa, uma vez que uma das competências do NSP é, conforme a RDC Nº 36/2013, “desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde” (BRASIL, 2013).



A respeito do Sistema de Notificação, 98,3% (n=393) dos pesquisados relataram que o NSP possui instrumentos de notificação de incidentes relacionados à assistência à saúde, dos quais os formulários eletrônicos são predominantes (70,5%; n=277) de acordo com a Tabela 2.

Os NSP têm a obrigatoriedade de estarem cadastrados no NOTIVISA, visto que, de acordo com a RDC Nº 36/2013 (BRASIL, 2013), devem notificar a ocorrência de eventos adversos que acontecem nas suas instituições de saúde. No entanto, dentre os pesquisados 28% relataram que o NSP não está cadastrado no NOTIVISA, o que, frente ao dado anterior (98,3% dos NSP utilizam algum instrumento de notificação), leva à suposição de que a notificação se restringe ao âmbito institucional.

**Tabela 2** - Distribuição dos Núcleos de Segurança do Paciente quanto aos instrumentos de notificação de incidentes relacionados à assistência à saúde utilizados. Demografia dos Núcleos de Segurança do Paciente no Brasil, 2022. N=400

Instrumentos de notificação <sup>1</sup>	n	%
Formulário eletrônico	277	70,5
Formulário físico	190	48,3
Urnas	68	17,3
QRcode	72	18,3
Outros	39	9,0

Fonte: SOBRASP, 2022.

<sup>1</sup> O informante poderia indicar mais de um instrumento.

### 3.3 Processos dos Núcleos de Segurança do Paciente

Conforme Donabedian, o processo é representado pelo que “realmente é feito ao dar e receber cuidados” (1988, p. 1745). De modo análogo, neste estudo, o processo é constituído pelo trabalho executado pelos NSP.

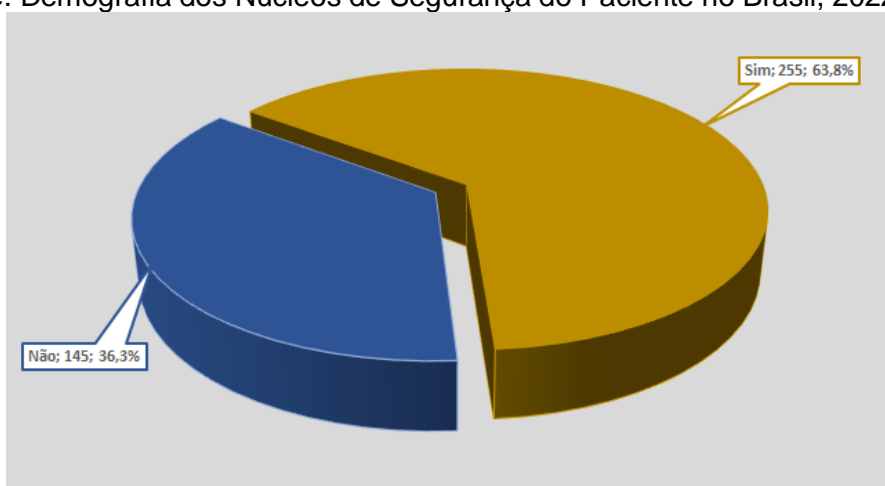
Aplicando novamente o argumento de Donabedian sobre a interrelação entre os elementos da tríade, a probabilidade de os NSP realizarem um bom processo de trabalho depende de uma boa estrutura e, em consequência, um bom processo

aumenta a probabilidade de bons resultados quanto à segurança e qualidade da assistência (DONABEDIAN, 1988).

Cabe ao NSP elaborar e implantar o Plano de Segurança do Paciente da instituição, que tem como uma de suas atribuições, de acordo com a RDC Nº 36/2013, o estímulo à participação do paciente e familiares na assistência. Nesse sentido, os pesquisados foram questionados quanto à execução de ações para o envolvimento de pacientes/familiares como uma barreira para mitigar a ocorrência de eventos adversos. A Figura 11 mostra que 63,8% (n=255) dos núcleos responderam positivamente.

Nos últimos anos, o envolvimento dos pacientes e famílias no cuidado à sua saúde tem recebido crescente atenção de organizações e autoridades na área de segurança do paciente. Em 2023, o tema escolhido pela Organização Mundial da Saúde para o Dia Mundial da Segurança do Paciente, celebrado anualmente em 17 de setembro, foi o “Engajamento dos Pacientes para a Segurança do Paciente” (WORLD HEALTH..., 2023).

**Figura 11** - Distribuição dos Núcleos de Segurança do Paciente quanto à existência de procedimentos para o envolvimento de pacientes/familiares nas ações de segurança do paciente. Demografia dos Núcleos de Segurança do Paciente no Brasil, 2022. N=400

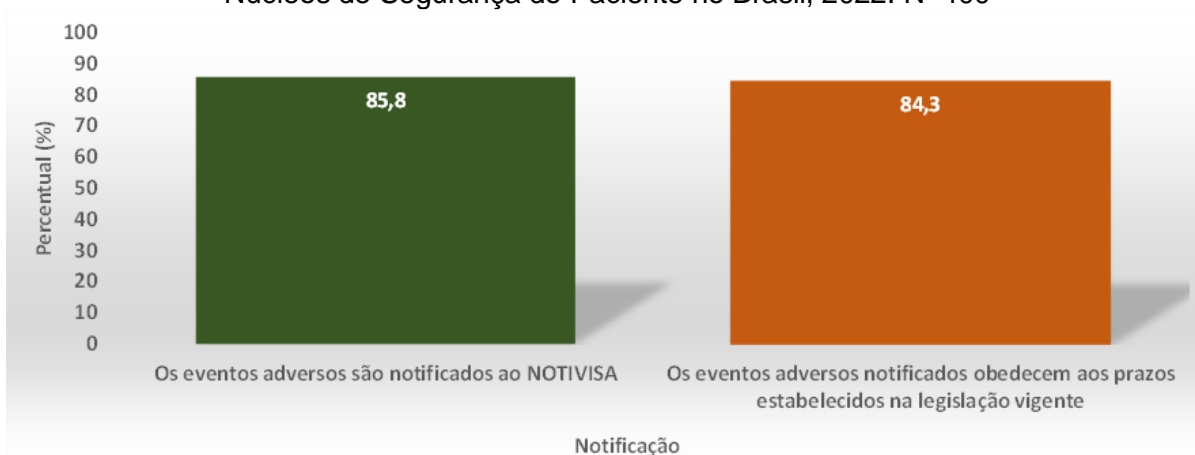


Fonte: SOBRASP, 2022.

Conforme preconizado pela RDC nº 36/2013 (BRASIL, 2013), as notificações de EA devem ocorrer a qualquer momento, desde que não ultrapasse o 15º dia útil do mês subsequente ao mês de ocorrência. Em especial, os casos que acarretarem em óbito devem ser notificados em até 72h. Na Figura 12 constata-se que, entre os NSP

pesquisados, 85,8% (n=343) notificam os eventos adversos da instituição no NOTIVISA, e destes 84,3% (n= 289) cumprem os prazos estabelecidos.

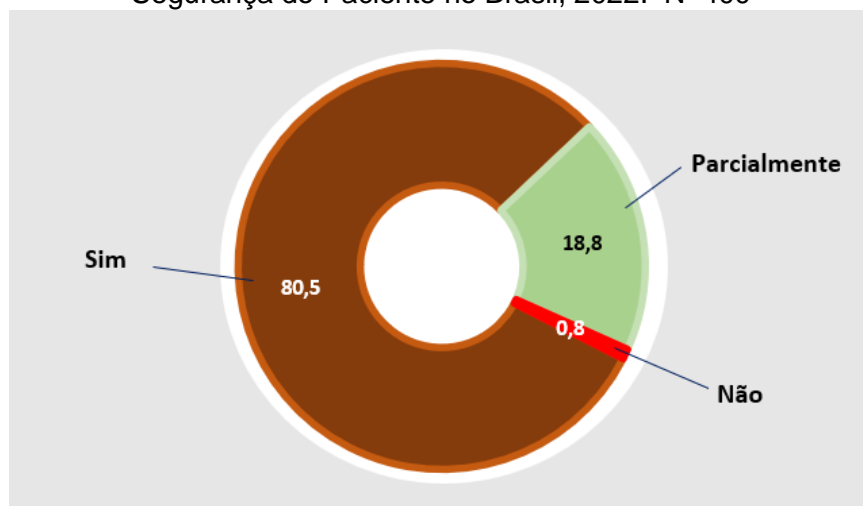
**Figura 12** - Distribuição dos Núcleos de Segurança do Paciente quanto ao procedimento de notificação de eventos adversos no NOTIVISA e cumprimento de prazos. Demografia dos Núcleos de Segurança do Paciente no Brasil, 2022. N=400



Fonte: SOBRASP, 2022.

A Figura 13, na próxima página, mostra que 99,3% (n=397) dos NSP realizam a análise de EAs ocorridos na instituição. Na perspectiva da redução de danos, a análise dos EAs é parte deste processo. Gestores e colaboradores devem ter conhecimento do problema e de sua dinâmica, de modo que possam elaborar e implementar ações que minimizem a sua ocorrência, ressaltando-se a importância do clima de segurança organizacional. Conforme a Resolução RDC Nº 36/2013 (BRASIL, 2013), que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde, compete aos NSP “compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde”.

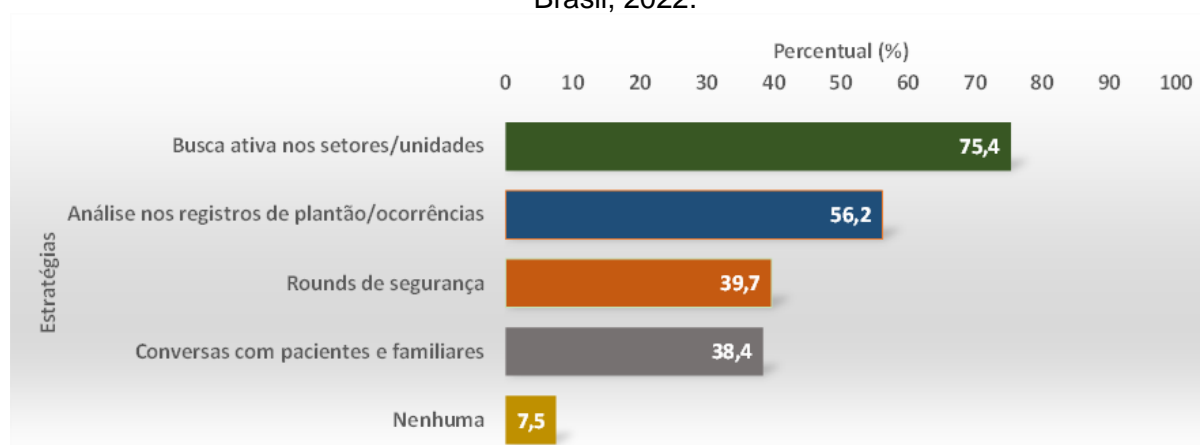
**Figura 13** - Distribuição dos Núcleos de Segurança do Paciente quanto à realização de análise dos eventos adversos ocorridos no serviço de saúde. Demografia dos Núcleos de Segurança do Paciente no Brasil, 2022. N=400



Fonte: SOBRASP, 2022.

A figura 14 mostra importantes ferramentas para o NSP identificar circunstâncias notificáveis e incidentes relacionados ao cuidado em saúde. A ferramenta mais utilizada pelos NSP participantes do estudo foi a 'busca ativa nos setores' (75,4%; n=279), seguida pela 'análise nos registros de plantão' (56,2%; n=208), 'rounds de segurança' (39,7%; n=147) e 'conversas com pacientes' (38,4%; n=142). Contudo, 7,5% (n=30) dos NSP participantes não utilizam nenhuma ferramenta de busca ativa, comprometendo uma das funções primordiais do NSP estabelecidas na RDC 36/2013 (BRASIL, 2013), que é identificar não conformidades e incidentes.

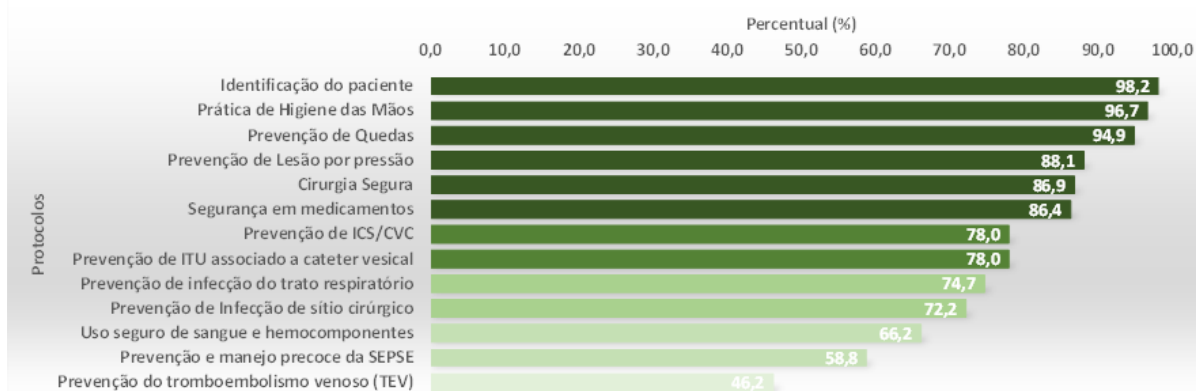
**Figura 14** - Distribuição dos Núcleos de Segurança do Paciente quanto às estratégias de busca ativa de eventos adversos. Demografia dos Núcleos de Segurança do Paciente no Brasil, 2022.



Fonte: SOBRASP, 2022. Nota: O informante poderia indicar todas as alternativas.

A utilização dos protocolos é uma evidência de compromisso com a melhoria na qualidade e segurança do paciente (BRASIL, 2014). Nesse sentido, a pesquisa apresentou aos participantes uma lista de protocolos para assinalarem aqueles disponíveis na sua instituição. A Figura 15 mostra que os protocolos básicos de segurança do paciente, preconizados pelo PNSP (BRASIL, 2013) foram assinalados em mais de 86% das unidades de saúde participantes. Observa-se, ainda, a presença de outros protocolos de segurança do paciente em menor percentual. Entretanto, cabe ressaltar que não foram coletadas informações sobre a implantação dos protocolos assinalados, ou seja, se foram divulgados na unidade de saúde e se os profissionais foram capacitados para sua utilização.

**Figura 15** - Distribuição dos Núcleos de Segurança do Paciente quanto aos protocolos de segurança disponíveis na sua instituição. Demografia dos Núcleos de Segurança do Paciente no Brasil, 2022

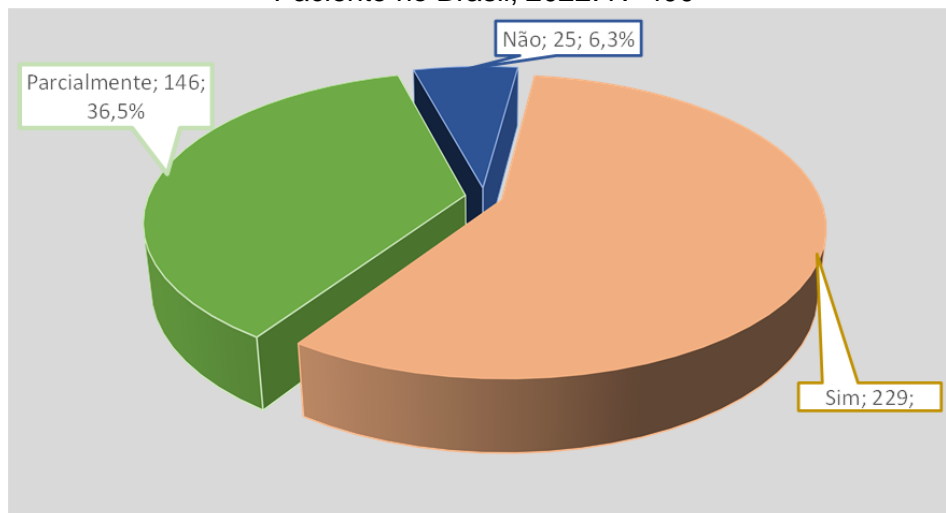


Fonte: SOBRASP, 2022.

Notas: Valores absolutos: Identificação do paciente = 389; Prática de Higiene das Mãos = 383; Prevenção de Quedas = 376; Prevenção de Lesão por pressão = 349; Cirurgia Segura = 344; Segurança em medicamentos = 342; Prevenção de ICS/CVC = 309; Prevenção de ITU associado a cateter vesical = 309; Prevenção de infecção do trato respiratório = 296; Prevenção de infecção de sítio cirúrgico = 286; Uso seguro de sangue e hemocomponentes = 262; Prevenção e manejo precoce da sepse = 233; Prevenção do tromboembolismo venoso (TEV) = 183. O informante poderia indicar mais de um protocolo.

Na figura 16, na próxima página, são apresentadas informações sobre a mensuração dos indicadores dos protocolos de segurança do paciente. Observa-se que 57,3% (n=229) realizam a mensuração de indicadores, 36,5% (n=146) mensuram parcialmente, 6,3% (n=25) não realizam nenhuma mensuração.

**Figura 16** - Distribuição dos Núcleos de Segurança do Paciente quanto à mensuração de indicadores dos protocolos de segurança. Demografia dos Núcleos de Segurança do Paciente no Brasil, 2022. N=400



Fonte: SOBRASP, 2022.

### 3.4 Resultados dos Núcleos de Segurança do Paciente

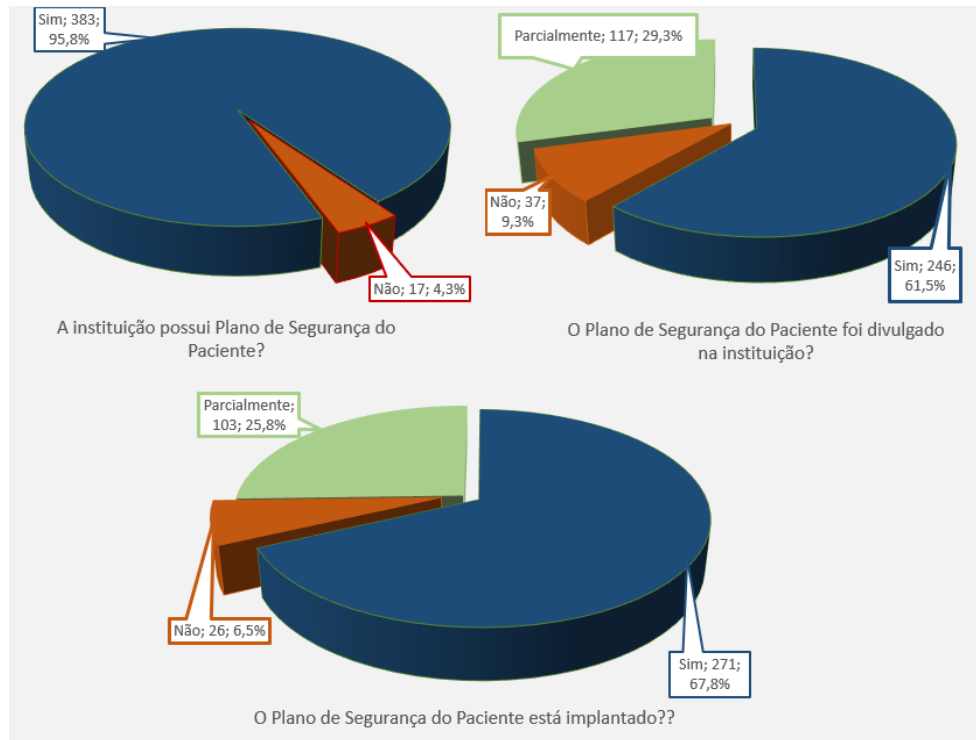
O resultado, terceiro componente da tríade de Donabedian (1988), consiste nos efeitos dos cuidados à saúde de pacientes e populações. De modo similar, o resultado do trabalho dos NSP é o quão segura e de qualidade é a assistência na instituição.

Fechando o círculo da tríade de Donabedian (1988), a probabilidade de alcançar bons resultados na qualidade e segurança da assistência aumenta quando os NSP têm uma boa estrutura e bons processos de trabalho.

Na maioria dos NSP pesquisados, suas instituições possuem Plano de Segurança do Paciente (95,8%; n=383), que foi divulgado na instituição (61,5%; n=246) ou parcialmente divulgado (29,3%; n=117), como pode ser observado na Figura 17 na página seguinte. Ao se questionar se o plano foi implantado na instituição, 67,8% (n=271) responderam positivamente e 25,8% (n=103) responderam que foi parcialmente implantado.

A existência do PSP é uma exigência legal (BRASIL, 2013), sua divulgação e implantação são essenciais para a melhoria da segurança do paciente e o documento é, também, necessário para continuidade do trabalho das gestões sucessivas.

**Figura 17** - Existência, divulgação e implantação do plano de segurança do paciente na instituição de saúde. Demografia dos Núcleos de Segurança do Paciente no Brasil, 2022. N=400



Fonte: SOBRASP, 2022.

### 3.5 Associações entre variáveis selecionadas

Ao se considerar o “Plano de segurança do paciente implantado” como variável desfecho, observa-se na Tabela 3, na próxima página, que aquelas instituições em que o coordenador atua há mais tempo no NSP, que tem profissionais com horas semanais dedicadas ao núcleo, que recebe apoio da alta gestão, tem reunião com a alta gestão, com seus membros e com outras instâncias da instituição apresentaram maior proporção de Plano de segurança do paciente implantado.

**Tabela 3** - Associação entre as características da estrutura dos Núcleos de Segurança do Paciente e a implantação do plano de segurança do paciente. Demografia dos Núcleos de Segurança do Paciente no Brasil, 2022. N=400

Núcleo de Segurança do Paciente		Plano de segurança do paciente implantado				P_valor
		Sim		Não/Parcialmente		
		n	%	n	%	
A composição é multiprofissional?	Sim	253	93,4	115	89,1	0,147
	Não	18	6,6	14	10,9	
Dedicação exclusiva do coordenador/responsável?	Sim	113	41,7	41	31,8	0,057
	Não	158	58,3	88	68,2	
Tempo de atuação do coordenador/responsável na instituição	Menos de 1 ano	63	23,2	52	40,3	
	1 a 3 anos	72	26,6	43	33,3	0,000
	Mais de 3 anos	136	50,2	34	26,4	
Horas semanais do coordenador dedicadas de forma exclusiva às atividades	Não possui	76	28,0	53	41,1	
	8 h	44	16,2	20	15,5	0,157
	12 h	14	5,2	6	4,7	
	20 h	38	14,0	16	12,4	
	36 h	30	11,1	11	8,5	
	40 h	69	25,5	23	17,8	
Demais profissionais têm horas semanais dedicadas ao NSP?	Sim	148	54,6	50	38,8	
	Não	123	45,4	79	61,2	0,003
Recebe apoio da alta gestão para execução das ações de segurança do paciente?	Sim	262	96,7	114	88,4	
	Não	9	3,3	15	11,6	0,001
Tem agenda de reuniões com a alta gestão da instituição?	Sim	204	75,3	68	52,7	
	Não	67	24,7	61	47,3	0,000
Tem agenda de reuniões com seus membros?	Sim	259	95,6	108	83,7	
	Não	12	4,4	21	16,3	0,000
Tem agenda de reuniões com instâncias da instituição que gerenciam qualidade?	Sim	206	76,0	69	53,5	
	Não	65	24,0	60	46,5	0,000

Fonte: SOBRASP, 2022.

Na tabela 4, o desfecho pesquisado foi se a instituição realiza a mensuração de indicadores, verifica-se que naquelas instituições em que o coordenador atua há



mais tempo, tem dedicação exclusiva e que tem profissionais com horas semanais dedicadas ao núcleo apresentaram maior proporção de mensuração de indicadores.

**Tabela 4** - Associação entre as características da estrutura dos Núcleos de Segurança do Paciente e a mensuração de indicadores pela instituição. Demografia dos Núcleos de Segurança do Paciente no Brasil, 2022. N=400

Núcleo de Segurança do Paciente		Instituição mensura indicadores?				P_valor
		Sim		Não/Parcialmente		
		n	%	n	%	
Dedicação exclusiva do coordenador/responsável?	Sim	102	44,5	52	30,4	0,004
	Não	127	55,5	119	69,6	
Tempo de atuação do coordenador/responsável na instituição	Menos de 1 ano	51	22,3	64	37,4	0,003
	1 a 3 anos	69	30,1	46	26,9	
	3 a 5 anos	109	47,6	61	35,7	
Horas semanais do coordenador dedicadas de forma exclusiva às atividades	Não possui	60	26,2	69	40,4	0,040
	8 h	42	18,3	22	12,9	
	12 h	12	5,2	8	4,7	
	20 h	35	15,3	19	11,1	
	36 h	21	9,2	20	11,7	
	40 h	59	25,8	33	19,3	
Demais profissionais têm horas semanais dedicadas ao NSP?	Sim	128	55,9	70	40,9	0,003
	Não	101	44,1	101	59,1	

Fonte: SOBRASP, 2022.

Na tabela 5, observa-se a associação com o desfecho “análise de eventos adversos”. As instituições que mais realizam análise são aquelas em que os profissionais possuem carga horária dedicada ao trabalho do NSP.

**Tabela 5** - Associação entre as características da estrutura dos Núcleos de Segurança do Paciente e a realização de análise de eventos adversos pela instituição. Demografia dos Núcleos de Segurança do Paciente no Brasil, 2022. N=400

Núcleo de Segurança do Paciente		A instituição realiza análise de eventos adversos?				P_valor
		Sim		Não/Parcialmente		
		n	%	n	%	
Dedicação exclusiva do coordenador/responsável?	Sim	126	40,3	28	32,2	0,171
	Não	187	59,7	59	67,8	
Tempo de atuação do coordenador/responsável na instituição	Menos de 1 ano	84	26,8	31	35,6	0,216
	1 a 3 anos	90	28,8	25	28,7	
	Mais de 3 anos	139	44,4	31	35,6	
Horas semanais do coordenador dedicadas de forma exclusiva às atividades	Não possui	92	29,4	37	42,5	0,052
	8 h	54	17,3	10	11,5	
	12 h	13	4,2	7	8,0	
	20 h	41	13,1	13	14,9	
	36 h	34	10,9	7	8,0	
	40 h	79	25,2	13	14,9	
Demais profissionais têm horas semanais dedicadas ao NSP?	Sim	164	52,4	34	39,1	0,028
	Não	149	47,6	53	60,9	

Fonte: SOBRASP, 2022.

## 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com esta primeira produção, a Demografia dos Núcleos de Segurança do Paciente no Brasil (NSP), o Núcleo de Informações Estratégicas da SOBRASP oferece a todos os segmentos e profissionais interessados na Segurança do Paciente um panorama da estrutura, funcionamento e resultados dos NSP.

Neste ano, completam-se 10 anos da publicação da RDC/ANVISA nº 36 de 2013, que instituiu a obrigatoriedade da existência nos Núcleos de Segurança do Paciente nos serviços de saúde brasileiros. Os núcleos são as instâncias dos serviços de saúde responsáveis em desenvolver as ações para a segurança do paciente. Todos os setores das instituições devem atuar, entretanto, o NSP é o eixo estruturante e coordenador.

Notam-se avanços nessa década. Entre os pesquisados, a grande maioria possui NSP e tem o Plano de Segurança do Paciente implantado. Alguns pontos ainda necessitam de maior atenção, como, por exemplo, a implantação de protocolos além dos já publicados pela Anvisa e Ministério da Saúde.

Os resultados desta demografia apontam caminhos a serem seguidos a fim de fortalecer o cenário já existente e preencher as lacunas. É importante que os serviços foquem em seus profissionais, na fixação destes no NSP da instituição, na dedicação de carga horária exclusiva para o trabalho e na articulação contínua entre núcleo e alta gestão, pois são elementos fundamentais para o bom desempenho institucional na oferta de cuidados seguros e de qualidade.

Nesse sentido, a Demografia dos Núcleos de Segurança do Paciente fornece aos serviços de saúde e profissionais parâmetros para avançarem no aprimoramento da Segurança do Paciente no nosso país.

## REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). *Núcleos de Segurança do Paciente*. Brasília, DF: ANVISA, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/acessoainformacao/dadosabertos/informacoes-analiticas/nucleos-de-seguranca-do-paciente>. Acesso em: 24 mar. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Incidentes relacionados à assistência à saúde*. Resultados das notificações realizadas no Notivisa - Brasil, janeiro a dezembro de 2022. Brasília: ANVISA, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/relatorios-de-notificacao-dos-estados/eventos-adversos/relatorios-atuais-de-eventos-adversos-dos-estados/brasil/view>. Acesso em: 2 abr. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Resolução RDC Nº 36, de 25 de julho de 2013*. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, DF:ANVISA, 2013. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036\\_25\\_07\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html). Acesso em: 5 mar. 2023.
- 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. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranca.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf). Acesso em: 25 fev. 2023.
- BRASIL. Presidência da República. *Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018*. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Brasília, DF, 2018. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm). Acesso em: 4 mar. 2023.
- CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES). Disponível em: <https://elasticnes.saude.gov.br/geral>. Acesso em: 24 mar. 2023.
- DONABEDIAN, Avedis. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q*, New York, v. 44, p. 166-203, 1966.
- DONABEDIAN, Avedis. The quality of care: how can it be assessed? *JAMA*, Chicago, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, 1988. doi: 10.1001/jama.260.12.1743
- DONABEDIAN, Avedis. The quality of medical care. *Science*, Washington, D, C., v. 200, n. 4344, p. 856-64, 1978. <https://doi.org/10.1126/science.adh8182>
- THE R FOUNDATION. The R Project for Statistical Computing. Programa R versão 4.2.1. Vienna: R Foundation, 2022. Disponível em: <https://www.r-project.org/>. Acesso em: 4 mar. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *World Patient Safety Day 2023: Engaging Patients for Patient Safety*. Geneva: WHO, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/events/detail/2023/09/17/default-calendar/world-patient-safety-day-2023--engaging-patients-for-patient-safety>. Acesso em: 25 fev. 2023.



A **Sociedade Brasileira para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente – SOBRASP** – foi fundada no dia 6 de dezembro de 2017, na cidade do Rio de Janeiro, por um grupo multidisciplinar de profissionais, comprometidos com a causa da segurança do paciente e qualidade do cuidado, e atuantes na assistência, gestão, ensino e pesquisa em vários Estados do país.

### **Missão**

Influenciar e integrar pessoas e organizações em prol da qualidade do cuidado e segurança do paciente, promovendo uma abordagem sistêmica de natureza multiprofissional.

### **Visão**

Transformar, de forma inovadora, os cuidados em saúde fortalecendo sua qualidade e a cultura da segurança do paciente enquanto elementos essenciais da saúde da população brasileira.

### **Valores**

Colaboração • Transparência • Integridade • Cuidado centrado na pessoa • Inovação.

### **Nossos canais e contato:**

[contato@sobrasp.org.br](mailto:contato@sobrasp.org.br)

<http://www.sobrasp.org.br/>

<http://www.facebook.com/SOBRASP>

<https://www.instagram.com/sobraspoficial/>

<http://www.linkedin.com/company/sobrasp>

<https://www.youtube.com/c/Sobrasp>