

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**Andréia Guerra Siman**

**PRÁTICAS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA  
DE SEGURANÇA DO PACIENTE: ENTRE O PRESCRITO E O REAL**

**Belo Horizonte  
2016**

**Andréia Guerra Siman**

**PRÁTICAS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA  
DE SEGURANÇA DO PACIENTE: ENTRE O PRESCRITO E O REAL**

**Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação em  
Enfermagem da Universidade Federal de Minas  
Gerais, como critério para obtenção de título de doutora  
em Enfermagem.**

**Área de Concentração: Enfermagem e Saúde.**

**Linha de Pesquisa: Organização e Gestão dos Serviços de  
Saúde e de Enfermagem.**

**Orientadora: Prof. Dra. Maria José Menezes Brito**

**Belo Horizonte  
2016**

## FICHA CATALÓGRAFICA

S588p Siman, Andréia Guerra.  
Práticas de profissionais de saúde na implantação do programa de segurança do paciente [manuscrito]: entre o prescrito e o real. / Andréia Guerra Siman. - - Belo Horizonte: 2016.

170f.: il.

Orientador: Maria José Menezes Brito.

Área de concentração: Enfermagem e Saúde.

Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Segurança do Paciente. 2. Qualidade da Assistência ao Paciente. 3. Prática Profissional. 4. Enfermagem. 5. Dissertações Acadêmicas. I. Brito, Maria José Menezes. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WX 185

## AGRADECIMENTOS

Por **Tudo** o que tens feito, por **Tudo** o que vais fazer, por **Tudo** o que **És**, eu te agradeço meu **Deus!**

À querida orientadora **Maria José Menezes Brito**, nossa “ANJA” que com todo o carinho e dedicação tornou possível essa caminhada. Uma caminhada de grande aprendizado profissional, cultural e, principalmente, pessoal. Sua sensibilidade nos inspira. Obrigada pelo carinho, incentivo, pela acolhida e dedicação de sempre.

Ao meu marido **Erick Siman** que, sempre ao meu lado, me apoiou para que essa caminhada se tornasse mais alegre e me fez olhar para cada degrau e não para toda a escadaria.

Quero agradecer a minha família, em especial a minha mãe, **Vasti Guerra de Oliveira**, por todo o exemplo de coragem, persistência, amor, dedicação e ensinamentos eternos.

Ao meu pai, irmãos e cunhadas pelo apoio, carinho e disponibilidade em ajudar sempre: **Geraldo, André, Sabrina, Alexandre e Erica**.

As queridas amigas da Pós Graduação: Simone, Bia, Carol, Heloísa, Hanna, Camila, Daniela, Angélica, Lílian, Lilian, Cecília, Fernanda e Helen.

À Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais pelas oportunidades proporcionadas nesta caminhada.

Ao Núcleo de Pesquisa Administração e Enfermagem (NUPAE) pelo aprendizado e oportunidades e, principalmente, pelos laços de amizade que nos proporciona.

A todos que torceram por mim e que, de alguma maneira, contribuíram para que eu chegasse até aqui. Muito Obrigada!

## RESUMO

O objetivo do estudo foi compreender a dimensão prescrita e real das práticas de profissionais de saúde na implantação do programa de Segurança do Paciente. Estudo de abordagem qualitativa, delineado pela estratégia Estudo de Caso, fundamentado na Sociologia Compreensiva. A pesquisa foi realizada em um hospital de ensino localizado na Zona da Mata de Minas Gerais, cenário que desenvolve algumas ações voltadas para a qualidade, gerenciamento de risco e segurança do paciente. Os participantes da pesquisa foram os membros do Núcleo de Segurança do Paciente e a equipe de Enfermagem da Unidade de Internação. A escolha por entrevistar a equipe das unidades de internação se deu com base em resultados de uma pesquisa na qual o objetivo era avaliar a incidência de eventos adversos em hospitais no Brasil. Seus resultados apontaram que a enfermagem foi o local com maior frequência de eventos adversos (48,5%). A escolha de profissionais do núcleo se deu por entender que são eles quem gerenciam e prescrevem as ações para alcançar a segurança do paciente. Foram entrevistados os membros do núcleo, enfermeiros, e para os técnicos de enfermagem, utilizou-se o critério de saturação dos dados, totalizando 31 participantes. A coleta de dados foi realizada por meio de dados primários e secundários. Os dados secundários foram obtidos por meio de pesquisa documental (documentos da qualidade, relatórios, protocolos, indicadores, registros e plano de ação do núcleo) possibilitando o resgate de fontes prescritas, ou seja, as práticas planejadas para alcance da segurança do paciente. Os dados primários foram coletados por meio de entrevistas, com roteiro semiestruturado, e observação, com registro em diário de campo. A observação e as entrevistas possibilitaram o resgate de fontes reais. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra para análise e interpretação dos dados. Para análise dos dados foi utilizada a Análise de Conteúdo. Todos os aspectos éticos foram respeitados de acordo com a Resolução 466/2012 sob parecer nº 1.072.502. Como resultados foram identificados como fatores de insegurança na instituição estudada: a estrutura física, com instalações inadequadas, falta de recursos materiais ou ausência de qualidade dos materiais utilizados, recursos humanos insuficientes, ausência de uma relação adequada entre liderança e demais profissionais, características pessoais que influenciam o comportamento como, o conhecimento e a qualificação profissional, influenciando nas práticas de saúde. As transformações ocorridas como, a criação do Núcleo e Plano de Segurança do Paciente; a implantação de protocolos e

de indicadores foram evidenciadas mais nas concepções prescritivas do que na prática. Na prática profissional evidenciou-se ausência de interação dos membros do núcleo com demais profissionais, ausência de capacitação da equipe e de avaliação das ações com metas e estratégias de trabalho. A prática de notificação de eventos adversos encontrava-se marcada pelo medo e apresentava lacunas no conhecimento. Necessária se faz a superação das diversas formas de comunicar o evento adverso, superar a realidade punitiva e de subnotificações. Na unidade de internação foi possível identificar algumas mudanças na prática de enfermagem como mudanças na admissão e na identificação do paciente com ênfase para o gerenciamento dos riscos. A interação com a equipe médica mostrou-se frágil, com repercussões na segurança do paciente. A segurança do paciente foi evidenciada prioritariamente no âmbito prescrito das práticas na instituição estudada. A comunicação e a prática gerencial se revelaram como importantes entraves entre o prescrito e o real, e as relações sociais como o principal caminho para configurar novas práticas.

Palavras Chave: Segurança do paciente. Qualidade da assistência à saúde. Prática profissional. Enfermagem.

## **ABSTRACT**

The objective of the study was to understand the prescribed and actual dimension of the practices of health professionals in the implementation of the Patient Safety program. Study of qualitative approach, outlined by the strategy Case Study, based on Comprehensive Sociology. The research was carried out in a teaching hospital of the Minas Gerais, a scenario that develops some actions focused on quality, risk management and patient safety. Participants in the survey were members of the Patient Safety Center, and staff of the nursing team's inpatient unit, medical and surgical clinic. The choice of interviewing the ward ward team was based on the results of a survey in which the objective was to evaluate the incidence of adverse events in hospitals in Brazil. Their results showed that the infirmary was the most frequent site of adverse events (48.5%). The choice of core professionals came from understanding that they are the ones who manage and prescribe actions to achieve patient safety. Core members, nurses were interviewed, and the data saturation criterion was used for nursing technicians, totaling 31 participants. Data collection was performed using primary and secondary data. Secondary data were obtained through documental research (quality documents, reports, protocols, indicators, records and action plan of the nucleus), enabling the retrieval of prescribed sources, that is, the practices planned to achieve patient safety. The primary data were collected through interviews, with a semi-structured script, and observation, with a field journal record. Observation and interviews enabled the rescue of real sources. The interviews were recorded and transcribed in full, for analysis and interpretation of the data. Content Analysis was used to analyze the data. All ethical aspects were respected in accordance with Resolution 466/2012, under number 1,072,502. As results were identified as factors of insecurity in the studied institution: physical structure, inadequate facilities, lack of material resources or lack of quality of materials used, insufficient human resources, lack of an adequate relationship between leadership and other professionals, personal characteristics that influence behavior as, knowledge and professional qualification, influencing health practices. The transformations that took place, such as the creation of the nucleus and patient safety plan, implementation of protocols and indicators were more evident in prescriptive conceptions than in practice. In professional practice, there is a lack of interaction among core members with other professionals, team building, evaluation of actions with goals and work strategies. The practice of reporting adverse events was marked

by fear and presented gaps in knowledge. Necessary is the overcoming of the various ways of communicating the adverse event, overcoming the punitive reality and underreporting. In the hospitalization unit, it was possible to identify some changes in nursing practice such as changes in patient admission and identification, with an emphasis on risk management. The interaction with the medical staff proved to be fragile, with repercussions on patient safety. Patient safety was evidenced primarily within the prescribed scope of practice at the institution studied. Communication and managerial practice proved to be important obstacles between the prescribed and the real, and social relations as the main way to configure new practices.

Keywords: Patient Safety. Quality of Health Care. Professional Practice. Nursing.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Resoluções voltadas para a melhoria e segurança do paciente.....	42
Quadro 2 – Dimensões da qualidade .....	44
Quadro 3 – Descrição dos estudos selecionados para a revisão integrativa.....	51
Quadro 4 – Composição da Unidade de internação .....	70
Quadro 5- Perfil dos profissionais do Núcleo de Segurança do Paciente .....	78
Quadro 6 – Perfil dos Enfermeiros .....	79
Quadro 7 – Perfil dos Técnicos de Enfermagem.....	79
Quadro 8 – Categorias e Subcategorias .....	80
Figura 1 – Imagem do queijo Suíço .....	46
Figura 2 – Categorias e subcategorias para avaliar um incidente.....	47
Figura 3 – Estrutura conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Paciente .....	48
Figura 4 – Da prática prescritiva à prática profissional.....	150

## LISTA DE SIGLAS

ANVISA- Agência Nacional de Vigilância em Saúde  
ASHP - American Society of Hospital Pharmacists  
BDENF- Base de Dados de Enfermagem  
BPF – Boas Práticas de Funcionamento  
CCIH- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar  
CISP – Classificação Internacional de Segurança do Paciente  
COREN- Conselho Regional de Enfermagem  
CTI - Centro de Tratamento Intensivo  
EA – Evento Adverso  
FMEA – Análise do Modo e Efeito de Falha  
HE – Hospital de Ensino  
IAC – Instituição Acreditadora  
IRAS – Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde  
MS – Ministério da Saúde  
NQF – National Quality Forum  
NSP - Núcleo de Segurança do Paciente  
NOTIVISA – Sistema de Notificação da Vigilância Sanitária  
ONA - Organização Nacional de Acreditação  
OMS - Organização Mundial de Saúde  
OPAS – Organização Pan Americana de Saúde  
PNSP - Programa Nacional de Segurança do Paciente  
PSP - Plano de Segurança do Paciente  
POP – Plano Operacional Padrão  
RT – Responsável Técnico  
SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem  
SUS - Sistema Único de Saúde  
TE – Técnico de Enfermagem  
UI - Unidade de Internação

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>21</b>
2.1 Concepções do prescrito e do real .....	21
2.2 Práticas de profissionais de saúde como práticas sociais.....	30
<b>3 REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>39</b>
3.1 Histórico da segurança do paciente .....	39
3.2 Qualidade e Segurança.....	42
3.3 Eventos adversos.....	45
3.4 Práticas de segurança do paciente .....	49
3.5 Ações de promoção da segurança do paciente .....	53
3.6 Segurança do Paciente como processo cultural .....	57
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>61</b>
4.1 Referencial Teórico Metodológico .....	61
4.2 A abordagem metodológica .....	65
4.3 Cenário de pesquisa.....	68
4.4 Participantes da pesquisa.....	71
4.5 Coleta dos dados .....	71
4.6 Aspectos éticos .....	73
4.7 Análise dos dados.....	74
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>77</b>
5.1 Perfil dos participantes da pesquisa .....	77
5.2 Compreendendo as dimensões prescritas e reais.....	80
5.2.1 <i>Histórico da Segurança do Paciente e implantação do Núcleo de Segurança do Paciente</i> .....	81
5.2.2 <i>Do imaginário ao real</i> .....	89
5.3 A dimensão real das notificações de eventos adversos .....	97
5.3.1 <i>A prática de notificação de eventos adversos</i> .....	97
5.3.2 <i>Barreiras na prática efetiva das notificações de eventos adversos</i> .....	101
5.3.3 <i>A importância da notificação de eventos adversos</i> .....	105
5.4 Fatores de (in) segurança do paciente .....	106
5.4.1 <i>A realidade relacionada e recursos materiais</i> .....	106

<i>5.4.2 A realidade relacionada a recursos humanos</i> .....	112
<i>5.4.3 A realidade relacionada a fatores pessoais</i> .....	116
<i>5.4.4 A realidade relacionada a fatores institucionais</i> .....	121
<b>5.5 Práticas de segurança do paciente na Unidade de Internação</b> .....	126
<i>5.5.1 Práticas de enfermagem na Unidade de Internação</i> .....	126
<i>5.5.2 A prática de administração de medicamentos na Unidade de Internação</i> .....	133
<b>5.6 A segurança do paciente e sua interface com a prática médica</b> .....	141
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	153
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	157
<b>APÊNDICES</b> .....	169
<b>ANEXOS</b> .....	188

# *INTRODUÇÃO*

---

## 1 INTRODUÇÃO

As instituições de saúde estão, cada vez mais, investindo para que o cuidado seja realizado de forma mais segura. O cuidado em saúde é caracterizado como uma ação complexa que para ser desempenhada requer conhecimento técnico científico, competências e habilidades e, ainda assim, pode culminar em erro. Isso porque o cuidado em saúde está atrelado às interações humanas, à alta tecnologia e à tomada de decisão, muitas vezes, sob pressão e estresse.

Os incidentes ocorrem com uma frequência alarmante na área da saúde; e o ambiente hospitalar é o que mais concentra riscos para que eles ocorram, constituindo um problema significativo, com graves consequências, e um desafio para a saúde pública (SOUSA et al., 2014).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) que é financiado com recursos públicos, a questão é agravada por uma série de questões estruturais, políticas, econômicas e culturais que devem ser superadas para sustentar e melhorar os ambientes do cuidado (MAGALHÃES; DALL'AGNOL; MARCK, 2013). Assim, a avaliação da qualidade dos serviços, a melhoria da segurança do paciente e os programas de melhoria da assistência à saúde têm sido objeto de inquietação nas organizações de saúde.

As metodologias de avaliação, de certificação da qualidade dos serviços de saúde, permitem o aprimoramento contínuo da atenção à saúde de forma a melhorar a qualidade da assistência, e impactar na segurança do paciente como, por exemplo, a acreditação hospitalar (SIMAN; BRITO; CARRASCO, 2014). Desse modo, a acreditação hospitalar é uma das estratégias que vem sendo utilizada para melhorar a qualidade e minimizar a ocorrência de erros. Isso porque para alcançar a acreditação, as instituições buscam mudanças que refletem em maior segurança para o profissional e para o paciente, com busca contínua de boas práticas na assistência, além do cumprimento de normas que incidem sobre a segurança do paciente, sobre a standardização de procedimentos, mudanças no gerenciamento do trabalho e consequente criação de gestão de riscos, protocolos e indicadores (SOUSA, 2006; VELHO; TREVIZO, 2013; SIMAN; CUNHA; BRITO, 2016).

Face às circunstâncias da crescente demanda por qualidade, a Organização Mundial de Saúde (OMS) incentiva a acreditação hospitalar e outras iniciativas para promover a qualidade em saúde com princípios e práticas adequadas que aumentem a probabilidade de

resultados desejados e atendam às necessidades do paciente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009). Esses resultados estão atrelados à estrutura e processo, conhecidos como a tríade de Donabedian (1988), componentes básicos da qualidade em saúde.

A qualidade e a segurança são indissociáveis. Os serviços de saúde que diminuem a um mínimo possível os riscos de dano ao paciente (segurança) estão melhorando a qualidade dos seus serviços. Trata-se de um processo contínuo, que envolve atividades educativas, ações sistematizadas para detectar, analisar Eventos Adversos (EA) e situações de risco (BRASIL, 2013).

Em relação à segurança do paciente existem iniciativas, de marco histórico, como a publicação do relatório sobre erros do Institute of Medicine (IOM), relacionados com a assistência à saúde: *“To erro is human: building a safer health system”*. O relatório afirmava que até 98 mil mortes por ano nos Estados Unidos da América (EUA) poderiam ser decorrentes de erros médicos (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000). Com esse resultado houve um impacto e alerta às instituições sanitárias em relação ao EA, reforçando e incentivando novos estudos na área e a prevenção e aprendizado com o erro.

Na presente pesquisa foram adotadas as definições, de acordo com a Classificação Internacional de Segurança do Paciente (ICPS). Assim, a segurança do paciente é a redução de riscos de danos ou lesões, associado ao cuidado em saúde, dentro de uma aceitação mínima. Risco é entendido como a probabilidade que um incidente ocorra. O erro é a falha, ação que ocorre fora do planejado ou aplicação incorreta do plano. Os eventos adversos são considerados como qualquer dano ou lesão causado ao paciente em decorrência de intervenção da equipe de saúde. O incidente, relacionado ao cuidado de saúde, é um evento que poderia resultar em dano ao paciente; e dano, é resultado da prestação da assistência, não estando relacionado à evolução natural da doença de base (RUCIMAN, 2009).

A ocorrência de EA pode acarretar prejuízos financeiros, aumento da permanência do paciente no hospital, necessidade de intervenção diagnóstica e terapêutica, e até mesmo a morte. Além dos danos diretos ao paciente, com sofrimentos desnecessários causados a ele e a seus familiares, há, também, custos sociais como, aumento dos medicamentos, ausência do trabalho e morte prematura (SOUSA et al., 2014).

Nesta perspectiva, nos últimos anos, estudos têm demonstrado que as práticas dos profissionais de saúde têm sido marcadas por elevadas taxas de EAs em procedimentos cirúrgicos, administração de medicamentos, infecções adquiridas em hospitais, lesões

provocadas em pacientes, falhas nos sistemas de atendimento hospitalar, danos permanentes e mortes. Práticas inadequadas, inseguras e negligentes afetam entre 3% e 16% dos pacientes hospitalizados em países desenvolvidos (MENDES et al., 2009; SOUSA et al., 2014; JHA et al., 2010). Portanto, manter um ambiente seguro de assistência ao paciente tem se configurado como um importante desafio.

A fim de promover o desenvolvimento de práticas e de políticas de segurança do paciente, em outubro de 2004 a OMS criou a Aliança Internacional para a Segurança do Paciente. Trata-se de um importante passo na busca de melhorar a segurança dos cuidados de saúde em todos os Estados-Membros, considerando que nenhum estado tem a expertise e a capacidade de enfrentar toda a gama de questões de segurança do paciente em escala mundial. A Aliança propõe aos estados uma série de iniciativas importantes e globais como ações de controle de infecção, cirurgia segura e segurança na administração de medicação. O Brasil é um dos países que compõem a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

O *National Quality Forum* (NQF) dos EUA publicou, nesta mesma época, um conjunto de práticas seguras com evidências científicas para a diminuição de EA e desenvolvimento de uma cultura de segurança do paciente. Este documento foi atualizado em 2010 (NATIONAL QUALITY FORUM, 2010). Cabe esclarecer que cultura de segurança do paciente é um indicador estrutural básico que favorece a implantação de melhores práticas clínicas incluindo a notificação de incidentes e o aprendizado. No entanto, nas organizações de saúde, ainda não é habitual avaliar o nível de cultura devido à complexidade de fatores e as dimensões envolvidas, inclusive componentes da psicologia e outros aspectos chave para o desenvolvimento da segurança do paciente como, relacionamento entre equipes, relação intersetorial, atitudes, comunicação e aprendizado (GAMA; OLIVEIRA; HERNÁNDEZ, 2013).

Para a OMS, a segurança do paciente é uma cultura que precisa ser propagada, sendo qualificada por um conjunto de características nas organizações e atitudes das pessoas que determinam às questões relacionadas à segurança. Essa cultura favorece a utilização de estratégias como a notificação de incidentes e aprendizado com os erros. É necessário dar feedback dos resultados da cultura de qualidade a todos os envolvidos (GAMA; OLIVEIRA; HERNÁNDEZ, 2013; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009)

Salienta-se que para reduzir erros é necessário mudar a cultura da culpa para a cultura da segurança, na qual a ênfase não está em pessoas culpadas e em punições, mas sim na identificação de todos os fatores contribuintes (WACHTER, 2013; FRANCO et al., 2010). Os erros nem sempre decorrem de falha humana. Eles ocorrem também, por falhas em sistemas e processos, mas ainda persiste a cultura de culpabilizar às pessoas, principalmente o profissional da enfermagem. Deste modo, os erros nem sempre são relatados devido ao receio profissional quanto às medidas administrativas, punições verbais, escritas, demissões, processos civis, legais e éticos que podem ser aplicadas ao profissional envolvido (FRANCO et al., 2010).

No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicou em julho de 2013 a Resolução da Diretoria Colegiada de número 36 (RDC 36/2013) que institui as ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde. O objetivo da resolução é instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde, sejam eles públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa (BRASIL, 2013b).

Com a resolução, a direção do serviço de saúde deve constituir o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e nomear a sua composição, conferindo aos membros autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente (PSP) em serviços de saúde, e, ainda deve disponibilizar: recursos humanos, financeiros, equipamentos, insumos e materiais; e um profissional responsável pelo NSP com participação nas instâncias deliberativas do serviço de saúde.

O NSP é uma instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente que tem como objetivo a melhoria contínua dos processos de cuidado e uso de tecnologias da saúde, disseminação da cultura de segurança, promover mecanismos para identificação e avaliação da existência de não conformidade nos processos e procedimentos realizados, equipamentos, medicamentos e insumos. Desde então, os serviços de saúde receberam um prazo de 120 dias para iniciar a notificação mensal dos EAs (BRASIL, 2013b).

Neste contexto, os profissionais de saúde e, principalmente os que ocupam posição de gerente, necessitam da implantação e apropriação de ferramentas para garantir que todas as etapas de um processo sejam cumpridas e, conseqüentemente, falhas sejam evitadas. Portanto,

é fundamental a organização, no âmbito da gestão, o comprometimento com o processo de avaliação, a gestão da qualidade e a segurança do paciente (SIMAN; BRITO; CARRASCO, 2014).

É fato que aspectos estruturais e de processo afetam a segurança do paciente. Contudo, ao realizar estudos nas organizações é preciso considerar o elemento humano, o contexto e a organização do trabalho. O problema surge, pois, quando se volta o olhar para as questões entre o prescrito e o real. “O prescrito não é o real, porque a realidade é mais complexa, é mais difícil” (CHANLAT, 2006, p. 5). Portanto, para entender o comportamento real das pessoas é preciso entender o contexto real. Vale ressaltar, que o trabalho deve ser organizado de forma a impactar na qualidade da assistência, para além das práticas prescritas, passando do âmbito político para o âmbito assistencial e operacional, o que impõe desafios para as práticas gerenciais, uma vez que a gestão recria projetos coletivamente sustentados, que necessitam estar associados à geração de novos sujeitos sociais defensores de certas atitudes e valores. Esses projetos podem determinar que a prática de profissionais seja exercida de modo seguro aos pacientes e que os erros sejam prevenidos.

No presente estudo, parte-se do pressuposto que há um distanciamento entre as dimensões prescritas no planejamento das práticas de segurança do paciente no hospital e o âmbito real das práticas profissionais. Tal distanciamento encontra-se atrelado a vários fatores, tais como deficiências de infraestrutura e equipamentos, ambientes inadequados para a prestação de cuidados, a deficiência quantitativa e qualitativa de profissionais, oferta de medicamentos e deficiências no gerenciamento dos serviços de saúde. Além disso, o mau desempenho do pessoal devido a baixa motivação ou habilidades técnicas insuficientes, problemas de financiamento e custos operacionais também aumentam esse distanciamento.

As circunstâncias mencionadas são fatores intervenientes nas práticas de saúde, o que reforça a necessidade de compreender para além das “entrelinhas”.

Vale ressaltar, que as práticas de profissionais de saúde em uma organização hospitalar são um processo complexo e multidisciplinar, o que requer que os profissionais tenham o objetivo comum de prestar assistência de qualidade e com segurança. No presente estudo, optou-se por trabalhar com o conceito de prática no sentido mais amplo, como práticas sociais dentro da perspectiva praxeológica. Trata-se de uma abordagem que possa agrupar a análise de gestão, os níveis institucionais, organizacional e comportamental permitindo as interseções entre a ação humana (REED, 1997). Adotar a perspectiva da

prática social é considerar os trabalhadores de saúde sujeitos sociais em processo de relação, no qual produzem as práticas de saúde de forma coletiva. Práticas dirigidas a fins específicos, compartilhados por todos os membros de uma comunidade (ALVES et al., 2012).

Estudo realizado por Chianca (2006), com enfoque em centro cirúrgico, apontou que o fator humano foi considerado determinante para a grande maioria de falhas nas práticas de enfermagem. Além do fator humano, identificou-se a falta de informação, as relações no grupo e causas organizacionais foram julgadas como determinantes para as falhas. Observou-se que quanto mais organizacionais são suas causas, menor seu grau de previsibilidade. Detectou-se que o envolvimento dos aspectos organizacionais, psicossociais e de equipamentos reduz a previsibilidade das falhas, determinando, na maioria dos casos, maior gravidade de suas consequências para os pacientes.

Portanto, defende-se nesta pesquisa, a importância de uma prática profissional que considera as relações, as experiências vivenciadas, a subjetividade na produção do trabalho em saúde, sem, é claro, deixar de lado a necessidade de inserção de referências de saberes, ou seja, uma prática profissional fundamentada em evidência científica para alcançar os padrões de qualidade e a segurança do paciente.

Deste modo, defende-se a tese que, para configuração de práticas profissionais seguras, no âmbito da segurança do paciente, são necessárias mudanças estruturais, gerenciais e principalmente processuais nas organizações hospitalares, devendo ser considerado o elemento humano. Para Chanlat (2006), o comportamento humano é decisivo em qualquer fenômeno. E, por isso, entre o prescrito e o real, deve-se compreender o significado das ações humanas, e para entender o seu significado é preciso observar, discutir com as pessoas, porque o sentido que as pessoas dão à sua ação é muito importante (CHANLAT, 2006).

Destaca-se que grande parte dos estudos e das evidências sobre a temática, vem de pesquisas em nações desenvolvidas. Compreender o âmbito e as soluções para o cuidado inseguro em países em desenvolvimento é um componente crítico, uma vez que existem lacunas consideráveis no conhecimento sobre os fatores estruturais e de processos que fundamentam esse cuidado inseguro e torna soluções difíceis, especialmente em locais com poucos recursos (JHA et al., 2010).

A respeito de publicações sobre a temática, os estudos nacionais são escassos, principalmente para retratar as limitações dos serviços públicos de saúde. Em geral, são os hospitais privados que lideram a iniciativa dos programas de qualidade e segurança do

paciente (CASSIANI, 2010). Além disso, a segurança do paciente é um movimento relativamente recente.

Com as considerações apresentadas, a presente pesquisa busca a ampliação do debate sobre as implicações dos arranjos organizacionais na segurança do paciente e na construção de práticas seguras de saúde, contribuir com a base de conhecimento sobre práticas de segurança do paciente, respondendo às seguintes questões de pesquisa: **Como a implantação do programa de segurança do paciente tem influenciado as práticas de profissionais de saúde? As legislações, as diretrizes e normas asseguram mudanças nas práticas dos profissionais? Como tem ocorrido as práticas de profissionais de saúde na implantação da segurança do paciente, considerando as dimensões prescritas e reais?**

Portanto, como objetivo propõe-se compreender a dimensão prescrita e real das práticas de profissionais de saúde na implantação do programa de Segurança do Paciente.

## *REFERENCIAL TEÓRICO*

---

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Concepções do prescrito e o do real

A proposta deste capítulo foi construir um caminho teórico que permitisse o estudo de práticas profissionais na organização hospitalar, por meio de uma abordagem inserida na compreensão de práticas profissionais como práticas sociais na perspectiva praxeológica de Reed (1997).

As Ciências Sociais originou-se de constantes mudanças na sociedade e em necessidade de compreender a si mesma e explicar os acontecimentos, bem como tornar controláveis e previsíveis seus processos. Esta ciência se ocupa em tornar inteligível a vida social em suas particularidades ou em sua totalidade (CHANLAT, 2000b). É nas ciências sociais que os estudos das organizações contemporâneas são ancorados, pois a Sociologia tem contribuído para o conhecimento do lugar e do papel que a gestão desempenha na sociedade (REED, 1997).

As perspectivas analíticas nos estudos sociológicos acerca da gestão organizacional são, de acordo com Reed (1997), perspectivas que variaram conforme o contexto social em que se desenvolveram. O autor distingue três abordagens adotadas ao longo do tempo: a perspectiva técnica, a política e a crítica.

A perspectiva técnica propõe uma concepção de gestão como instrumento concebido racionalmente neutro, ou seja, uma tecnologia social neutra para alcançar objetivos coletivos, preestabelecidos e que não são realizados sem sua aplicação. Uma concepção de gestão centrada nos mecanismos estruturais que garantem a ordem e asseguram a coordenação e o controle efetivo da interação social com desempenho de tarefas numa base racional e permanente, como herança intelectual da teoria clássica ou tradicional das organizações (REED, 1997).

A perspectiva política é permeada por conflitos de interesse e incertezas. Propõe uma concepção de gestão como processo social direcionado a regular os conflitos entre grupos de interesse, através, e sob várias formas, do exercício do poder. É baseada na existência de uma ordem negociada, na qual as relações de poder, e as oportunidades que tais relações asseguram na participação da reestruturação da ordem organizacional, são estruturas instáveis

e fluidas, propensas a alterações de acordo com o poder existente. Há incertezas em relação aos resultados organizacionais a serem alcançados (REED, 1997).

Na perspectiva crítica as práticas de gestão são conduzidas por uma lógica econômica que só pode ser contrariada à custa da destruição da organização. Substitui a importância da perspectiva técnica e política ao funcionamento organizacional por uma economia política das práticas de gestão, deixando de lado qualquer preocupação com valores e compromissos morais dando lugar a um modelo de organização com controle hierárquico condicionado por uma estratégia de acumulação de capital (REED, 1997).

Analisando as perspectivas teóricas apresentadas, o autor desenvolve uma abordagem que possa agrupar a análise da gestão, os níveis institucional, organizacional e comportamental, permitindo as interseções entre a ação humana. Trata-se de uma sociologia da gestão mais atenta à complexidade e diversidade inerentes às práticas sociais incorporadas numa organização social denominada perspectiva praxeológica; uma abordagem sensível à diversidade empírica e à ambiguidade social características das práticas de gestão. O autor acrescenta:

Esta abordagem deve ainda ser capaz de integrar os níveis de análise organizacional, institucional e comportamental presentes na sociologia da gestão, de molde a que possam ser sistematicamente teorizadas as relações entre as tarefas de gestão, as estratégias de controle e os constrangimentos macroestruturais (REED, 1997, p. 25).

Adotar a gestão como prática social é considerar os dilemas éticos e políticos que os gestores, necessariamente, enfrentam no seu trabalho. Portanto, ao longo desta tese adotou-se a perspectiva praxeológica da gestão proposta por Reed (1997), entendendo a gestão como prática social, ou seja, “como um conjunto de atividades inter-relacionadas e de mecanismos que organizam e regulam a atividade produtiva no trabalho”. Trata-se de uma perspectiva que proporciona uma melhor compreensão dos processos e das estruturas por meio dos quais se mobiliza o poder e se efetua o controle (REED, 1997, p. 3). A proposta do autor é alcançar uma compreensão sociológica sistemática sobre a gestão nas sociedades avançadas, a qual é caracterizada por um processo organizacional concebido com a finalidade de controlar e coordenar o processo produtivo.

Desse modo, a gestão é tratada como um processo ou atividade que visa à contínua articulação ou pacificação de práticas complexas e diversificadas, sempre propensas à desarticulação e fragmentação. Assim, é contestada a capacidade de controlar os mecanismos institucionais, pois os gestores enfrentam a complexidade e as contradições inerentes à

interação social. Tal perspectiva implica outra visão das organizações de trabalho, diferente das abordagens ortodoxas, acrescenta o autor:

Ao visualizar as organizações de trabalho como pontos de intercepção de um espaço amplo de práticas sociais, sujeitas a várias estratégias de composição e recomposição institucionais, a perspectiva praxeológica permite uma concepção mais realista e flexível do que aquela que encara as organizações como unidades sociais, rigidamente estruturadas, subordinadas a realização de funções essenciais impostas pelos imperativos econômicos, técnicos, administrativos ou políticos de determinado sistema ou setor socioeconômico. Sugere igualmente, esta perspectiva, que as organizações de trabalho se baseiam em princípios operacionais e lógicas geradores de contradições estruturais e processuais que se vão refletir nas práticas de gestão (REED, 1997, p. 26).

A gestão como prática social, na visão do autor, exige a especificação de cinco fatores ou situações sociais distintas, mas inter relacionados. Primeiro, o tipo de ações desenvolvidas por um conjunto de indivíduos que se sentem membros de uma determinada comunidade e que, nessa qualidade, se envolvem em determinadas práticas. Segundo fator, os pressupostos que permitem identificar objetivos ou problemas comuns e constituem a base para o estabelecimento da interação recíproca. Terceiro, os objetivos ou problemas partilhados que orientam a práticas de acordo com a comunicação que os perspectivistas membros estabelecem através do quadro discursivo de seus pressupostos. Quarto fator, os meios e recursos, simbólicos, materiais, para a realização de projetos que atribuem significado. E, quinto fator e último, as condições ou constrangimentos que configuram e orientam a reciprocidade das práticas, os recursos necessários à sua concepção e as relações que permitem estabelecer entre os perspectivistas membros (REED, 1997).

Ressalta-se que as práticas de gestão têm implicações com as outras práticas profissionais, pois essas visam conjugar as diversas e complexas práticas produtivas em estruturas institucionais que manifestem um grau aceitável de coerência conceitual e material, alcançando este processo ao mobilizar recursos físicos e simbólicos e acionando mecanismos de coordenação que podem contrariar a fragmentação. Permite deste modo, regular o conflito entre a posse e o controle de recursos necessários para o desenvolvimento de atividades produtivas fundamentais (REED, 1997, p. 29).

É neste contexto da gestão como prática social, dando atenção a aspectos da gestão como um modo operante de organização e reorganização da vida social, que pesquisadores se propõem a investigar a realidade social, em diferentes lugares e momentos, com preocupações macro ou micro sociológicas e contribuir em esclarecer padrões de comportamento nas

organizações, resultando em uma diversidade de perspectivas analíticas que enriqueceram, sobremaneira, o conhecimento sobre gestão (FERREIRA; ALENCAR, 2010).

Neste sentido, as organizações são refletidas como um conjunto de práticas profissionais em que seus indivíduos estão rotineiramente engajados na manutenção ou reestruturação dos sistemas de relações sociais nas quais estão coletivamente envolvidos (REED, 1997). Considerando o desenho atual das organizações, somente com a modificação nas formas de pensamento e interação do trabalhador nas equipes, seria possível transformar políticas e práticas enraizadas (ERDMANN et al., 2006). São reflexões teóricas que auxiliam a compreender as práticas de profissionais de saúde construídas socialmente.

A natureza da gestão visa o bom funcionamento de uma organização que tem como exigência, a eficiência. O problema é que não é fácil avaliar a eficiência de um serviço. Não há um único caminho: *one best way*. Há modelos diferentes que podem ser eficientes, e para isso, é necessário coerência dos elementos interiores e exteriores de um sistema (CHANLAT, 2006).

Além disso, as organizações e os seus elementos centrais não se circundam apenas de processos e técnicas, mas, sobretudo, de seres humanos em relação. Há vários anos, nas ciências da Administração vêm sendo destaque o estudo do comportamento humano nas organizações focalizando temas como motivação, liderança, comunicação, dinâmica de grupo e outros (CHANLAT, 1993).

Na relação homem-trabalho, em qualquer circunstância ou situação, o trabalhador não deve ser considerado um indivíduo isolado. Ele sempre toma parte ativa nas relações: relações com o outro, relações com os pares, na tentativa de reconhecimento ou de pertença a um coletivo, relação com a hierarquia para reconhecimento de suas habilidades e utilidade; e relação com subordinados na tentativa de reconhecimento de sua competência e autoridade (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1997).

A organização do trabalho é, portanto, antes de tudo, uma relação social e uma relação intersubjetiva. A intersubjetividade é fundamentada pela análise sociológica de Schutz (1987) que supera a constelação de subjetividades individuais. Para Weber a ação é fruto da subjetividade; o sentido que o autor designa a sua própria ação. Para Schutz a ação é intersubjetiva, socializada e a compreensão da ação é o sentido que o ator dá pra sua própria ação (subjetivo) ou para a ação de seu semelhante (intersubjetivo).

Schutz compreende como a base da ação social, ou seja, o espaço intersubjetivo propriamente dito, a conformação dos contextos de experiência, por meio do qual as condutas são reguladas. Sua principal proposta é a rejeição de uma integral racionalidade do real (CASTRO, 2012).

Este ângulo privilegia as relações com outros sujeitos e com o coletivo. Para o autor, “não há uma relação com o trabalho que seja estritamente técnica, estritamente cognitiva ou estritamente física” (p.138). A relação com a técnica é secundária e mediada por relações conflituosas, hierárquicas, de subordinação e relações de formação, sujeita a um contexto intersubjetivo (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1997).

Considerar a organização do trabalho como uma relação social não significa considerar a técnica como algo frívola ou contingente, mas é considerá-la mais flexível, que necessita sempre de reajustes e de reinterpretações por aqueles que a utiliza e colocá-la à prova da realidade do trabalho (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1997).

Vale ressaltar, que o universo das relações sociais envolve diferentes tipos de interação, e toda interação supõe por definição um tipo de comunicação, isto é “um conjunto de disposições verbais e não verbais que se encarregam de exprimir, traduzir, registrar em uma palavra, de dizer o que uns querem comunicar aos outros durante uma relação” (CHANLAT, 1993, p. 37). Nesta interação, todo indivíduo expressa o que pensa, o que gosta, o que sabe e se coloca como pessoa. Por outro lado, toda comunicação jamais é totalmente enfática. Ela pode ser parcial ou mesmo tendenciosa em razão de mecanismos de repressão, de idealização, de clivagem, mecanismos de proteção que podem se desenvolver na interação (CHANLAT, 1993).

Portanto, no presente estudo, considera-se as organizações com o fato humano, suas relações sociais e intersubjetivas, por meio de conhecimentos desenvolvidos por disciplinas que se ocupam do assunto. Além disso, assume-se a organização não como um “conjunto fechado e autosuficiente”, mas como um lugar de “relações com o meio ambiente que percorrem ou atravessam longitudinalmente a vida das organizações”. São considerações de ordem epistemológica e metodológica relativas ao ser humano e ao modo de estudá-lo (CHANLAT, 1993, p. 27).

Para Chanlat (2000a), nas organizações pode haver um distanciamento entre o prescrito e o real. O componente prescrito é um componente abstrato, prescrito, formal e estático e o componente real é o concreto, verdadeiro, informal e dinâmico. Dejours e

colaboradores (1997) acrescentam que o real nas organizações é basicamente uma organização técnica que passa por uma interação humana, a modifica e lhe dá uma forma concreta. Forma essa, que se caracteriza em função do coletivo, da história local e do tempo. A intersubjetividade aparece no próprio centro da organização do trabalho e esta é determinada pelas relações sociais.

Fundamentalmente, não se trata de um sujeito passivo nas organizações, mas um sujeito pensante, que produz interpretações de sua situação no trabalho, suas condições e reage e se reorganiza em função de suas interpretações. Age sobre o processo de trabalho e dá suas contribuições na construção das relações sociais (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1997).

O distanciamento entre o prescrito e o real do trabalho apresenta um objeto privilegiado para a análise de práticas, valores, crenças que representam confrontos entre a forma de gerenciar o trabalho e os modos de fazer e pensar dos trabalhadores. Parte-se da concepção de que o ideal é o prescrito ser desenvolvido de maneira compatível com as características das situações de trabalho e, sobretudo, de suas especificidades.

Para melhor compreensão, Chanlat (2006) cita o exemplo de um estudo com enfermeiras em Montreal trabalhando com pacientes infectados com o vírus da AIDS, mas que não usavam luvas. Essas enfermeiras não respeitavam as regras de segurança. Ao discutir com esses profissionais o porquê, descobriram que para elas, tocar o ser humano sem luvas era um ato humano. Neste contexto, era necessário considerar o elemento humano; enfermeiras que não respeitavam as regras. A ciência social busca entender o comportamento real e para isso é preciso entender o contexto concreto, na tentativa de diminuir a distância entre o prescrito, o formal, e o que se passa realmente. As organizações, ao implantar um determinado sistema, devem, certamente, incluir o profissional neste processo, nesta escolha (CHANLAT, 2006).

Dejours (2008) também discute sobre o trabalho real e o trabalho prescrito e como é sabido, ambos não são correspondentes, Ele chama atenção para o fato de não haver conhecimento da forma como os trabalhadores criam este hiato entre o trabalho real e o prescrito. O saber-fazer prático, do saber empírico, dos conhecimentos informais, da experiência vivida, aspectos mais discutidos, mas pouco se sabe como todos estes saberes são produzidos (DEJOURS, 2008). Profissionais responsáveis pelo treinamento, para as dimensões do trabalho, como é o caso de enfermeiros em instituições de saúde, sabem da

importância da criação, da habilidade de inovar e de recriar o trabalho real, mas ainda a descrição e a teorização são insuficientes para explicações mais profundas de como é criado essa parte do trabalho real.

O autor trata essa criação como “inteligência em ação”, não imputada às competências predefinidas de situação de trabalho, mas pelo contrário, como sendo produzida no exercício mesmo do trabalho, no desenvolvimento da função (DEJOURS, 2008, p. 326). Não necessariamente esta inteligência precisa ser combatida. Sua contribuição pode ser fundamental para a organização do trabalho, quando, por exemplo, trabalhadores conseguem criar maneiras de prevenir certos incidentes e otimizar o funcionamento do processo, sem abdicar em relação aos conhecimentos e aos raciocínios técnicos científicos (DEJOURS, 2008).

No entanto, para que este espaço seja explorado é necessário que a realidade dessa defasagem não seja negada pela alta administração. É necessário que os administradores reconheçam o direito dos profissionais de investir na recriação de processos organizacionais como uma ruptura da concepção Taylorista (divisão entre concepção e execução). E ainda, que esta inteligência seja reconhecida, tenha visibilidade e transparência; nestas condições, a organização do trabalho se torna espaço de debate permanente entre a direção da organização e os demais profissionais da base, com mudanças nesse processo advindas dos próprios profissionais (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1997).

Quando há reconhecimento dessa inteligência suas contribuições podem ser estabilizadas e retomadas pelo coletivo. É assim que algumas “regras” deveriam ser formadas, com reconhecimento pelo coletivo (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1997). Usar essas regras repousam sobre o consenso concernente às maneiras de trabalhar em conjunto, e ao mesmo tempo, as estabilizam, “fornecendo as bases fundamentais e necessárias à elaboração das relações de confiança entre os trabalhadores” (p.136). As regras de trabalho são acordos normativos, regras técnicas e também podem ser regras éticas.

A organização real do trabalho e seus ajustes decorrem de conflitos técnicos, sociais e psicoafetivos. O autor acrescenta:

Uma regra é sempre ao mesmo tempo: uma regra técnica, fixando as maneiras de fazer. Uma regra social, enquadrando as condutas de interações. Uma regra linguística, passando por modos estritos de enunciação, estabilizadas em práticas da linguagem. Uma regra ética em face da justiça e da equidade, servindo de referência às arbitragens e aos julgamentos das relações ordinárias de trabalho (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1997, p. 136).

Dessa forma, apesar da importância da implantação da gestão da qualidade e do programa de segurança do paciente nas instituições hospitalares, pode haver inconsistências entre os discursos de administradores, os processos descritos, e as práticas profissionais, necessitando de ajustes ao instituir o trabalho prescrito, levando em consideração as características e as condições do trabalho real.

Em face da organização prescrita do trabalho, encontra-se uma organização real, modificada em relação à organização prescrita. Para esclarecer, o autor traz um exemplo; se o desenrolar de um descanso em determinado setor pode ser claramente definido no papel, na prática pode significar “controlar” 1.500 canteiros e seus agentes que trabalham em uma Companhia de Eletricidade, cuja coordenação constantemente cria conflitos e tensões entre as pessoas (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1997). Esse exemplo evidencia que o âmbito prescrito é controlável, é o ideal, mas a realidade é permeada pela subjetividade, e, portanto, é dinâmica.

Desta forma, é necessário reconhecer que no desenvolvimento da prática profissional, fatalmente, acontecimentos tendem a desorganizar o previsto anteriormente pela gestão. O imprevisto, as tensões, as contradições, os erros, as informações perdidas ao longo do caminho vão dar lugar, muitas vezes, à improvisação, à adaptação. É preciso recompor o trabalho porque surgem numerosas impossibilidades: de material ou ferramentas, instrumentos prescritos inadequados para a tarefa, encadeamento ilógico das operações, impossibilidade de realizar a tarefa no tempo previsto, experiência do profissional em realizar a tarefa. Tudo isso introduz rupturas na organização do trabalho (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1997).

O autor ainda chama a atenção para a questão da confiabilidade dos sistemas complexos e das tecnologias com risco de incidentes, seja em relação aos objetos técnicos e às instalações; a qualidade do trabalho realizado; ou por fatores humanos (DEJOURS, 2008).

Fator humano refere-se à expressão usada por engenheiros, profissionais na área de segurança de sistemas, segurança do trabalho, para designar o comportamento humano. É comum a noção de fator humano estar associada à ideia de erro humano. De acordo com esta concepção negativa do fator humano, a luta pela confiabilidade está orientada por objetivos técnicos como melhorar o controle, aumentar dispositivos de segurança, substituir homens, quando possível, por dispositivos técnicos automáticos (DEJOURS, 2002).

No entanto, a adoção deste conceito neste presente estudo não ocorre no sentido pejorativo, ao contrário, é dentro da perspectiva de se formular uma proposta multifacetada do fator humano (DEJOURS, 2002). O autor aborda o conceito sem se esquecer de aspectos éticos e políticos que envolvem a complexidade humana, abrindo perspectivas para a valorização do ser humano integral, respeitando as condições humanas e construindo laços de respeito, confiança e reconhecimento na interrelação complexidade humana e trabalho (DEJOURS, 2002).

Salienta-se que além do fator humano, “a história política e a ética predeterminam e atuam na construção e no desenvolvimento da organização real do trabalho”, repercutindo na “constituição dos modos, conteúdos e dinâmicas comunicacionais em que se constroem os laços de confiança, reconhecimento, cooperação e comprometimento” buscado pelas organizações (DEJOURS, 2002, p. 11).

O erro é passível de ocorrer no cuidado em saúde, e as contribuições do conceito fator humano utilizado por alguns autores da engenharia e da psicologia cognitiva, são utilizadas para uma melhor compreensão do erro humano e de seus fatores contribuintes na área da saúde. Trata-se de uma teoria na qual, para reduzir a ocorrência de erro no cuidado de saúde, seria necessário mudar a forma como se pensava o erro, isto é, reconhecer a falibilidade humana e a importância do sistema para a preveni-lo (REASON, 2002; LEAPE, 1994). Reason desenvolveu estudos na busca do entendimento dos mecanismos do comportamento humano na ocorrência do erro, no qual o fator humano deveria ser considerado, o que não quer dizer que a abordagem do problema é individualizada. O erro deve ser abordado de forma holística (REASON, 2002; WACHTER, 2010).

O fator humano pode ser um fator contribuinte ao erro, mas não é o único e não deve ser avaliado isoladamente. O fator humano associado ao maior número de eventos adversos é a falta de comunicação; entre profissional e paciente; entre profissionais da mesma categoria; entre profissionais numa equipe multiprofissional e durante a troca de plantão ou transferência de cuidado (SANTOS; GRILO; ANDRADE et al., 2010); há também a exaustão (bornout) que acomete profissionais de saúde, principalmente, enfermeiros e cirurgiões (SHANAFELT, BALCH, BECHAMPS et al., 2010); e fatores relacionados com a atividade profissional de saúde (BRASIL, 2013).

Cabe à gestão criar condições para que o erro do profissional não atinja o paciente, como exemplo, implantar a prescrição eletrônica, protocolo de passagem de plantão e de

transferência de paciente, dispensação de medicamentos por dose unitária, evitar que o profissional trabalhe fatigado ou sob intenso estresse (BRASIL, 2013).

Por outro lado, o compromisso, o conhecimento, a experiência, a disposição individual e outras atribuições pessoais podem contribuir em proporcionar a melhor assistência. Portanto, o fator humano deve ser considerado juntamente com as condições de trabalho e atividades desenvolvidas, pois também são fatores contribuinte ao erro, aspectos que serão discutidos ao longo do presente estudo.

A proteção ao paciente oferecida por meio de uma assistência segura é de responsabilidade de cada profissional, sendo impulsionada também pela sociedade. Embora o fator humano esteja presente nos eventos adversos, às condições de trabalho, os aspectos estruturais e as atividades desenvolvidas podem estar mais relacionados ao desencadeamento de eventos adversos (PADILHA, 2006).

## **2.2 Práticas de profissionais de saúde como práticas sociais**

Partindo da noção de prática social discutida anteriormente, Reed (1997) afirma que as organizações são pensadas como um conjunto de práticas nas quais os profissionais estão engajados na manutenção ou reestruturação, coletivamente envolvidos por meio de relações sociais.

O conceito adotado neste estudo para práticas de profissionais de saúde está arrolado a abordagem e conceito de prática social, na qual os contextos macro e microsociais, bem como suas delimitações, são manifestados pelos sujeitos desde as suas inserções nesses mesmos contextos, nos quais constroem suas práticas. Nessa abordagem, enfatiza-se ora o nível microsocial das práticas que envolvem o fazer das pessoas, ora o nível macrossocial das influências contextuais sobre essas práticas (SILVA; CARRIERI; JUNQUILHO, 2011).

O hospital é uma organização marcada pela complexidade e peculiaridade dos serviços prestados, podendo ser analisados a partir dessa visão macro e microsocial. Na visão macro, o hospital assume um papel social, econômico, político e científico, tal como diversas instituições. Na visão micro, a análise se desenvolve na compreensão de seus aspectos internos, focalizando-se as observações em seus atores e nas relações que estabelecem entre si o que configura a dinâmica como uma característica marcante. O ponto forte do hospital é a

interrelação pessoa-pessoa, apesar das mudanças tecnológicas crescente nos últimos tempos (MENDES; MORAES; MENDES, 2011).

Face às características apresentadas da organização hospitalar, emerge a reflexão que a organização do trabalho na instituição hospitalar deve impactar a qualidade da assistência, transpondo o âmbito prescrito das práticas alcançando o âmbito político, assistencial e operacional. O que impõe desafio para a prática de gestão, uma vez que a gestão recria projetos coletivamente sustentados que necessitam estar associados à geração de novos sujeitos sociais defensores de certas crenças e valores. Essas condições determinam que essa prática seja exercida de modo seguro aos pacientes e que os erros sejam prevenidos.

Desse modo, pensando em práticas profissionais como prática social, todos os atores sociais envolvidos na dinâmica organizacional passam a ser vistos como agentes responsáveis pelos interesses da instituição, mas também como vivenciadores de conflitos e contradições inerentes à forma de atingir esses objetivos, o que recria a realidade organizacional (JUNQUILHO, 2007).

Trata-se de um engajamento de ações inteligíveis, por meio de conceitos que as informam, as quais devem ser entendidas e direcionadas a fins específicos, compartilhadas por todos os membros de uma comunidade. Práticas sociais, como um conjunto de ações definidas mediante os meios adotados para o alcance daqueles fins, entendidos como determinados pelas condições nas quais a prática é empreendida (HARRIS, 1980).

Avançando nas reflexões, a prática profissional entendida como prática social tem a ver com procedimentos, métodos e técnicas executados e manejados de forma apropriada pelos agentes sociais, tomando por base a consciência que têm sobre os procedimentos de uma ação (JUNQUILHO, 2007).

A prática social concilia condutas e atos de agentes humanos, sem, contudo desconsiderar as estruturas sociais que são referências para aqueles agentes que estão em interação social (relação intersubjetiva) possibilitando a transição entre macro e microssocial sem privilegiar um nível em detrimento do outro (JUNQUILHO, 2007).

Portanto, compreender as práticas de profissionais de saúde como práticas sociais significa ultrapassar as dimensões técnicas operativas, decorrentes da aplicação direta do saber biotecnológico, correlacionadas com a finalidade social do trabalho e das instituições sociais. É compreender que essas práticas acontecem no bojo das relações interpessoais (ZOBOLI; SCHVEITZER, 2013).

Vale ressaltar, que as práticas têm como autor o ser humano. Um ser sócio-político-cultural capaz de participar ativamente na sociedade com autonomia pelas ações que dinamiza e informações que recebe e busca a respeito da sua prática. As suas relações com o mundo e com a sociedade, seus comportamentos, atitudes e diferentes formas de agir frente aos novos conhecimentos; seu modo de aceitar as inovações e a relação que estabelece com seus semelhantes, com sua equipe de trabalho, o consagra como um ator social, sujeito de suas ações (ERDMANN et al., 2006).

Na condição de ser sócio-político-cultural, o ser humano busca atingir por meio do pensamento, da linguagem, da expressão e da ação, o que considera ser essencial nas relações, configurando uma ação racional. O social torna-se então, condição humana fundamental, pois o ser humano não vive senão em relação com o outro, e é através do outro que se reconhece, que se expressa, compartilha, articula interesses, conhece, negocia, constrói, reconstrói, se aproxima, respeita, ama e odeia a si e aos outros (ERDMANN et al., 2006).

O conceito de práticas de saúde na área da Saúde Coletiva abordado por Merhy (2000) emerge contribuindo com as elucidações anteriores. O autor destaca o aspecto relacional do cuidado que, nos dias atuais, aparece empobrecido nestas práticas. O aspecto relacional, que se mantém a sombra, acaba por se reduzir a uma relação objetual, em que o outro (destinatário do cuidado) se apaga para se tornar apenas lugar de aplicação de procedimentos (ANÉA; AYRES, 2011).

No processo relacional destaca-se:

Um encontro entre profissionais e usuários, que atuam um sobre o outro e no qual se opera um jogo de expectativas e produções, criando-se intersubjetivamente alguns momentos interessantes, como os seguintes: momentos de falas, escutas e interpretações, nos quais há a produção de uma acolhida ou não das intenções que essas pessoas colocam nesses encontros; momentos de cumplicidade, nos quais há a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação (MERHY, 1998, p. 13).

A reflexão do autor contribui com a abordagem de uma prática que ultrapassa o foco da subjetividade e atinge a intersubjetividade na qual é afetada pela alteridade, envolvendo operações intelectuais bem como o conhecimento humanístico.

Para a prática em saúde, deve haver uma articulação entre as chamadas tecnologias duras, ferramentas materiais utilizadas no cotidiano do cuidado, e as tecnologias leves duras,

que são os saberes estruturados da clínica e da epidemiologia com as tecnologias leve (o aspecto relacional) (MERHY, 2000). Deve-se atentar para não considerar a tecnologia como a única possibilidade de realizar práticas em saúde, como também, a necessidade de não ir para o lado oposto. Ou seja, não realizar a prática em saúde somente sob a ótica da relação entre os sujeitos envolvidos neste contexto (ANÉA; AYRES, 2011).

Anéa e Ayres (2011) aprofundam a discussão voltando-se para a prática do cuidado em saúde, partindo do conceito e compreensão ontológica do cuidado, o que para este estudo é de grande valor. A concepção de cuidado em saúde que se vê como possibilidade para as práticas de saúde só é possível porque, antes de tudo, se assume o cuidado em seu sentido ontológico. Portanto, no cuidado em saúde, deve-se considerar o modo de ser da instrumentalidade, como: manejo das medicações, procedimentos, materiais, protocolos, dentro outros, e, ao considerá-los como instrumentos, muda o modo de se estabelecer relação com estes na prática, rompendo com a lógica que é baseada na perspectiva científica e que, atualmente, sustenta as práticas de cuidado que tanto consideramos como “desumanizadoras” (ANÉA; AYRES, 2011, p. 655).

Porto, Thofehn e Dal Pai et al. (2013) colaboram com a discussão do aspecto relacional do cuidado trazendo uma reflexão sobre a Teoria dos Vínculos Profissionais (TVP). A teoria propõe o fortalecimento da prática profissional no encontro de intersubjetividades de sujeitos que atuam em determinado ambiente. O alcance da potencialidade de trabalho pode ser valorizado à medida que os indivíduos se reconhecem como pertencentes a determinado grupo com objetivo comum. Desta forma, as relações interpessoais da equipe se constituem como ferramenta para estabelecer relações mais terapêuticas.

Nesta perspectiva, o profissional de saúde é um ser cognoscente, corresponsável pela aquisição, elaboração e articulação de conhecimentos e o estabelecimento de suas relações, e, portanto, capaz de melhorar suas práticas profissionais (ERDMANN et al., 2006). Destarte, a melhoria da qualidade da assistência e a adoção de estratégias para melhorar a segurança do paciente nos hospitais parte do princípio de profissionais de saúde adquiram novos comportamentos, novas práticas, conhecimentos, competências e habilidades necessárias para o setor alcançar melhores resultados.

Compreende-se que na proposta de gestão da qualidade e no programa de segurança do paciente são necessárias mudanças nas relações sociais. Essa afirmativa é baseada nas reflexões de Chanlat (2000a); a organização dos serviços tem como base a dinâmica social e,

portanto, está em permanente construção. O processo de reestruturação produtiva suscita transformações que repercutem no trabalho, nos trabalhadores e nos modelos de assistência à saúde e suas práticas (CHANLAT, 2000a).

As reflexões teóricas propostas por Erdmann e colaboradores (2006) também contribuem com nossas reflexões sobre prática social. Para os autores, a interconexão das práticas mediante a efetivação de ações conjuntas, interdisciplinares, é uma das estratégias para a prática profissional. Porém, não se trata de uma simples sobreposição de ações ou atividades, mas sim uma intersetorialidade, com ações integradas e dialogicamente construídas, possibilitando uma maior abrangência e construção de novos conhecimentos e estratégias de ação. Isso porque são atores sociais, de relações sócio-afetivas-político-culturais, produtos e produtores de práticas de saúde, capazes de se tornarem uma equipe forte quando têm reconhecido o seu espaço social de atuação com mais autonomia, crescimento nos conhecimentos e diálogo.

Trata-se, portanto, de uma prática que articula atuais e potenciais parceiros, fomentando e desenvolvendo novas ações frente à realidade. É capaz de promover mudanças nos serviços e práticas de saúde através de suas potencialidades para relações, interações e associações. Assim, uma equipe possui alto desempenho quando potencializadas na sua capacidade de conectividade relacionada a três variáveis críticas bipolares: indagação/persuasão, positividade/negatividade, e a si mesmo/outro (ERDMANN et al., 2006).

A equipe de saúde pode estar capacitada para realizar um trabalho intersetorial e transdisciplinar motivada pelo interesse de promover melhor qualidade assistencial. Para Erdmann e colaboradores (2006), a equipe é capaz de desenvolver um trabalho colaborativo, participativo, integrativo, com profissionalismo. Tem potencial para aprender a ser, a fazer, a reaprender e a inovar na busca de melhores práticas mesmo em condições diversas de ambientes, contextos, limites, possibilidades e oportunidades; capaz de atuar com criticidade, reflexividade e autenticidade. É sob esta ótica que as práticas de profissionais de saúde são consideradas práticas sociais.

Entretanto, no contexto de práticas seguras da equipe multiprofissional é imprescindível a realização de análises críticas sistemáticas com evidências de ações de melhoria e inovações; Identificação de oportunidades de melhoria de desempenho por meio do processo contínuo de comparação com outras práticas organizacionais com evidências de

resultados positivos; Sistemas de planejamento e melhoria contínua em termos de estrutura, novas tecnologias, atualização técnico-profissional e procedimentos (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2014).

Desta forma, práticas de profissionais de saúde abarcam a qualificação dos atores sociais envolvidos para o aperfeiçoamento das práticas e a utilização de instrumentos de trabalho adequados, com uma estrutura organizacional que busca minimizar os riscos inerentes aos procedimentos realizados no âmbito hospitalar.

Parte-se do princípio que para alcançar a qualidade e a segurança do paciente essas práticas precisam ser transformadas, legitimadas e promover uma mudança da prática social, não apenas no plano prescritivo, mas para se apresentar como real, que faça parte da realidade da organização.

Destarte, os profissionais devem sintetizar e realizar em sua prática valores estruturantes da prática social; o compromisso, a ética, o diálogo, a tensão entre técnica e à humanização da assistência (ZOBOLI; SCHVEITZER, 2013). O compromisso, a ética e o diálogo serão discutidos a seguir.

Antes de abordar o *compromisso* propriamente dito, é preciso destacar que do ponto de vista administrativo, quem detém o maior valor, o conhecimento, para provocar as mudanças é o ser humano, o próprio trabalhador; e é ele quem decide a quantidade de intelecto que irá aplicar na organização. Os profissionais de saúde, como todo trabalhador da sociedade pós-industrial marcada pela era da informação e do conhecimento, são denominados como “trabalhadores do conhecimento”. Esses têm o compromisso de operar mudanças e transformações através da prática profissional com autonomia, responsabilidade individual e coletiva, para que as mudanças estruturais e sociais se potencializem (ERDMANN et al., 2006). Neste sentido, o compromisso é o âmago das práticas sociais (ZOBOLI; SCHVEITZER, 2013).

Para Dejours (1997) o compromisso juntamente com a habilidade é cognitivo, implícito, necessário para que o trabalhador realize bem o seu trabalho. O autor acrescenta que no mundo do trabalho contemporâneo, os indivíduos acionam estratégias defensivas para suportarem o sofrimento proveniente do trabalho. O autor chama de compromisso esse jogo de equilíbrio entre sofrimento e defesa.

A respeito da *ética*, ela não se reduz ao relacionamento interpessoal entre os profissionais que se espera ser respeitoso como cabe ser nas relações humanas, mas estende-

se à preocupação em reconhecer e considerar o trabalho dos demais, sejam da mesma área de atuação, sejam de outras (PEDUZZI, 2002, p. 86).

Cheetham e Chivers (1998) desenvolveram um modelo para analisar as competências profissionais e incluíram como competências: o conhecimento, competência cognitiva; a competência funcional; a competência pessoal, comportamental e de valores; e por último a competência ética. A competência *ética* envolve valores profissionais e pessoais. Os valores pessoais abrangem a aderência à lei e aos códigos morais, religiosos e a sensibilidade para necessidades de outros. O valor profissional envolve a adoção de atitudes apropriadas, a adesão aos códigos profissionais de conduta, a autorregulação, a sensibilidade ambiental, o foco no cliente, o julgamento ético, o reconhecimento dos limites da própria competência, o manter-se atualizado profissionalmente, o dever de ajudar os recém-chegados à profissão a desenvolverem-se e o julgamento de denúncias de colegas.

O *diálogo* será abordado como a comunicação entre os profissionais; o denominador comum do trabalho em equipe, o qual decorre da relação recíproca entre trabalho e interação. Somente por meio da mediação simbólica da linguagem é possível ocorrer à articulação das ações, a coordenação, a integração dos saberes e a interação dos agentes (PEDUZZI, 2001).

Peduzzi (2001) apresenta um conceito e uma tipologia de trabalho em equipe, a partir de estudos sobre trabalho multiprofissional em saúde, fundamentada teoricamente nos estudos do processo de trabalho em saúde e na teoria do agir comunicativo. Segundo essa formulação teórica, o trabalho em equipe consiste numa modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as intervenções técnicas e a interação dos agentes.

A autora destaca dois tipos de equipe: equipe integração e equipe agrupamento. A comunicação entre os agentes é um dos critérios para reconhecer os tipos de equipe. O trabalho em equipe do tipo integração é caracterizado pela complementaridade e colaboração no exercício da autonomia técnica e não há independência dos projetos de ação de cada agente. No trabalho em equipe do tipo agrupamento, a complementaridade objetiva dos trabalhos especializados convive com a independência do projeto assistencial de cada área profissional ou mesmo de cada agente, o que expressa a concepção de autonomia técnica plena dos agentes (PEDUZZI, 2001).

Há que se destacar que para a melhoria da qualidade e avanço nas práticas de segurança do paciente, é fundamental a interação dos profissionais de saúde para um trabalho do tipo integração que pode minimizar erros e proporcionar uma assistência mais efetiva e

eficaz. Torna-se relevante a análise do tipo de trabalho em equipe implicada nas relações interprofissionais, tendo a comunicação como critério de reconhecimento das equipes.

As reflexões de Chanlat (2011) trazem contribuições a respeito da linguagem. O autor refere que a ação humana no contexto organizacional envolve a linguagem. Primeiro porque qualquer vínculo social passa, em grande parte, por ela, e por outro lado, é essa linguagem que desempenha funções essenciais por toda a vida humana.

O autor ainda acrescenta que o problema da gestão é o do fazer que façam; portanto, uma delegação de competências inevitavelmente passa pela linguagem. A maior parte das interações que estruturam as relações em uma organização passa por ela. Ao estabelecer uma ação estratégica, o gestor deve lembrar a importância da comunicação neste processo (CHANLAT, 2011).

A linguagem como recurso humano tem várias funções; de informação, de expressão, de representação, simbólica, de ação, de relacionamento e de vínculo, e poética. Muitas decisões de gestão ou interações diárias envolvidas na construção de uma prática certamente são influenciadas por uma ou outra estrutura simbólica, dentre elas destaca-se a linguagem (CHANLAT, 2011).

Com as contribuições teóricas apresentadas, a prática de profissionais de saúde como prática social é entendida como fonte propulsora de uma contínua reconstrução do saber e do fazer, e, portanto, uma prática capaz de gerar mudança no indivíduo, no coletivo, no ambiente e nas próprias práticas, uma vez que esse indivíduo tem conhecimento das condições sociais e a realidade em que atua. Uma prática que assume uma perspectiva ampliada e considera na sua essência a necessidade de interação entre os sujeitos. Interação cujo fundamento envolve a dimensões ética, pessoal e política, a competência técnico científica, e a habilidade relacional, a qual exige a comunicação.

# *REVISÃO DA LITERATURA*

---

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.1 Histórico da segurança do paciente

Os séculos XIX e XX foram marcados, no campo da saúde, por acentuados avanços científicos e tecnológicos voltados para a cura e prevenção de doenças. O pensamento predominante da época era o desempenho profissional desempenhasse sem erro. Em se tratando de erros médicos, em decorrência da prestação do cuidado em saúde, mesmo que incipiente, observa-se que Hipócrates, 1863, já pensava sobre o assunto. Considerado o pai da medicina, ele anunciou “*Nunca causarei dano a ninguém*”, após um tempo traduzido como “*primeiro não causar dano*”, num contexto de saúde rudimentar, admitiu que a assistência era passiva de erro, mas a mentalidade da época era não ser permissivo errar (WACHTER, 2010).

Iniciativas da enfermeira Florence Nithingale, por volta de 1865 também podem ser atribuídas à segurança do paciente, quando, durante a guerra da Crimeia, instituiu o cuidado com a higiene, a limpeza do ambiente, a alimentação, o registro estatístico das principais causas de óbito. Essas ações de assistência eram obras de reconhecimento que o hospital não deveria causar danos ao paciente, e sim, prover a melhor atenção e cuidado visando sua recuperação (PADILHA; MANCIA, 2005).

Propostas de Semmelweis (1861) sem conhecimento sobre a forma de transmissão de doenças, pelo método dedutivo, verificou, baseando-se várias hipóteses, que a taxa de morbidade e mortalidade entre mulheres atendidas pelos estudantes de medicina era maior do que entre aquelas atendidas pelas parteiras. Semmelweis era médico húngaro, responsável pela maternidade de um hospital universitário; por meio dessa diferença ele constatou que os estudantes de medicina se dirigiam diretamente da sala de autópsia para as salas de partos, sem cuidado com as mãos. Ao introduzir a lavagem das mãos ele conseguiu reduzir a taxa de mortalidade para valores idênticos ao das enfermeiras parteiras (TRINDADE; LAGE, 2014; PITTET; BOYCE, 2001). A notoriedade de Semmelweiss, que passou a ser conhecido como o Pai da Epidemiologia, se deve, em parte, à implementação de algumas ações reconhecidas como as primeiras iniciativas visando à segurança do paciente (OLIVEIRA; PAULA, 2013).

Em 1990, com estudos de James Reason, psicólogo e professor britânico na área de psicologia cognitiva, foi publicado *Human Error*, o primeiro da série de relatos sobre a segurança do paciente. O autor procurou entender os mecanismos do comportamento humano

na ocorrência do erro, e seus estudos mostraram que a abordagem individualizada do problema é obsoleta. Para minimizar EA foi dada ênfase aos processos, admitindo que o fator humano era passível de falhas, seja evitável ou não, ocorrendo uma modificação na conformação da maneira com que o sistema funciona, de forma a interceptar os “quase erros” e reduzir as taxas de EAs. Esses estudos se iniciaram na área de aviação, e recentemente foram orientados para o setor de saúde. Portanto, Reason mostrou que um erro é fruto da falha de sistema e, por isso, deve ser abordado de forma holística (WACHTER, 2010; REASON, 2002).

Salienta-se que somente com o documento publicado pelo IOM, intitulado “Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro” (*To err is Human: building a safer health system*), em 1999, que realmente os estudos de Reason se tornaram notórios e gerou preocupação mundial pela segurança do paciente (INSTITUTE OF MEDICINE 1999).

Desde então, alguns estudos de incidência de EAs, e particularmente essa publicação, estimularam a OMS a criar uma aliança. Neste sentido, em 2002 a 55ª Assembleia Mundial da Saúde, em 2002, adotou a resolução “Qualidade da atenção: segurança do paciente”, que solicitava urgência aos Estados Membros em dispor maior atenção ao problema. Para tanto, a comunidade científica foi mobilizada a conhecer os principais pontos críticos na assistência para minimizar falhas e promover a qualidade dos serviços e a segurança dos pacientes (BRASIL, 2013).

Em 2004, a 57ª Assembleia Mundial da Saúde apoiou a criação da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente para liderar no âmbito internacional os programas de segurança do paciente. O Brasil é um dos membros da aliança e teve como principais objetivos: Apoiar os Estados-Membros para promover uma cultura de segurança nos sistemas de saúde; Posicionar os pacientes no centro do movimento internacional de segurança do paciente; Catalisar o compromisso político e ação global em áreas de maior risco para a segurança do paciente por meio dos desafios globais; Desenvolver normas globais, protocolos e orientações para detectar e aprender com problemas de segurança do paciente, o que reduz riscos; Definir soluções de segurança e que estejam amplamente disponíveis para todos os Estados-Membros e que sejam de fácil implementação; Desenvolver e divulgar o conhecimento sobre saúde baseada em evidências e melhores práticas na segurança do paciente; Criar consenso sobre conceitos e definições comuns de segurança do paciente e eventos adversos; e, Promover pesquisas e parcerias na área (BRASIL, 2013).

A respeito dos desafios globais para a segurança do paciente previstos na Aliança, o primeiro desafio global, no biênio 2005-2006, focou nas Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), com o tema “Uma Assistência Limpa é uma Assistência mais Segura”. O objetivo foi promover a higiene das mãos como método sensível e efetivo para a prevenção das infecções (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Ainda em 2005 a OMS sugere algumas ações sistemáticas para implementar medidas preventivas na segurança do paciente, estabelecendo seis metas internacionais: identificação do paciente; comunicação efetiva; segurança de medicamentos de alta vigilância; cirurgia certa, no local certo e paciente correto; redução do risco de lesões decorrentes de queda; redução do risco de infecção associada ao cuidado de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Em 2007, foi lançada a declaração de compromisso na luta as Infecções Relacionadas à Assistência de Saúde (IRAS) e em seguida, o foco foi à melhoria da segurança no ambiente cirúrgico (Cirurgia Segura), por meio de quatro ações importantes: prevenção de infecções do sítio cirúrgico; anestesia segura; equipes cirúrgicas seguras; e indicadores da assistência cirúrgica. Em 2008, o Brasil aderiu à campanha Cirurgias Seguras Salvam Vidas, cujo objetivo principal era a adoção, pelos hospitais, de uma lista padronizada de verificação (*checklist*), para ajudar as equipes cirúrgicas na redução de erros e danos ao paciente realizada em três fases: antes do início da anestesia (*Sign In*), antes da incisão na pele (*Time Out*) e antes da saída do paciente da sala cirúrgica (MOTTA FILHO et al., 2013).

O ano de 2013 foi marco histórico para o Brasil ao instituir o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Neste ano, foram publicadas a Portaria 529/2013 que institui o PNSP, e também a RDC 36/2013, que regulamenta e determina a obrigatoriedade das instituições de saúde em criar os Núcleos de Segurança do Paciente. Estas e outras legislações foram importantes para a formação de uma política pública voltada para promoção de uma cultura de segurança na saúde (BRASIL, 2013a).

A regulamentação é exercida pela ANVISA/MS e tem o papel de fortalecer a assistência à saúde e promover, por meio de padrões estabelecidos em suas normas, a qualidade. Algumas regulamentações na área de segurança do paciente estão apresentadas no quadro 1.

Quadro 1- Resoluções voltadas para a melhoria e segurança do paciente

Resolução	Tema	Objetivo
Resolução da Diretoria Colegiada nº 36, de 25 de julho de 2013	Dispõe sobre ações para a segurança do paciente em serviços de saúde.	Instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde.
Resolução da Diretoria Colegiada nº 15, de 15 de março de 2012	Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências	Estabelecer os requisitos de boas práticas para o funcionamento dos serviços que realizam o processamento de produtos para a saúde visando à segurança do paciente e dos profissionais envolvidos.
Resolução da Diretoria Colegiada nº 63 de 25 de novembro de 2011	Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde	Estabelecer padrões para funcionamento dos serviços de atenção à saúde, fundamentados na qualificação, na humanização da atenção e gestão, e na redução e controle de riscos aos usuários e meio ambiente.
Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010	Requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências	Estabelecer padrões mínimos para o funcionamento das Unidades de Terapia Intensiva, visando à redução de riscos aos pacientes, visitantes, profissionais e meio ambiente.
Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº 42, de 25 de outubro de 2010	Dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos, pelos serviços de saúde do País, e dá outras providências.	Instituir e promover a higiene das mãos nos serviços de saúde do país, por meio de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos, de acordo com as diretrizes da OMS previstas na Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, com o intuito de prevenir e controlar as infecções relacionadas à assistência à saúde, visando à segurança do paciente e dos profissionais de saúde.
Resolução da Diretoria Colegiada nº 8, de 27 de fevereiro de 2009	Dispõe sobre as medidas para redução da ocorrência de infecções por Micobactérias de Crescimento Rápido – MCR em serviços de saúde	Reduzir ocorrências de infecção por MCR associadas à realização de procedimentos cirúrgicos.
Resolução da Diretoria Colegiada nº 45, de 12 de março de 2003	Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Boas Práticas de Utilização das Soluções Parenterais (SP) em Serviços de Saúde.	Fixar os requisitos mínimos exigidos para utilização de Soluções Parenterais (SP), a fim de assegurar que tais produtos, quando administrados, sejam seguros e eficazes.

Fonte: Adaptado de BRASIL (2013)

### 3.2 Qualidade e Segurança

A preocupação maior com a qualidade vem da produção industrial, por pensadores americanos, pós Segunda Guerra Mundial. Seu apogeu foi na indústria japonesa, com

preocupações por menores custos, altas produções e ampliação de mercado de serviços (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005). Atualmente vive-se a era do capitalismo voltado para o cliente. Por meio de técnicas gerenciais na área da saúde busca-se a solução para associar qualidade de atendimento com redução ou controle dos custos (FERNANDES et al., 2011).

Para transpor o modelo de qualidade das indústrias para a saúde, Avedis Donabedian desenvolveu atributos/dimensões para o entendimento da avaliação de qualidade em saúde, a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultados. Para o autor, a ideia de qualidade está presente em qualquer tipo de avaliação em saúde. A estrutura é caracterizada por aspectos estáveis como os profissionais, os instrumentos e os recursos utilizados, o local e o modelo de organização do trabalho. O processo diz respeito ao conjunto de atividades que os profissionais executam como, o diagnóstico, a proposta terapêutica e as ações preventivas. E o resultado refere-se ao nível de saúde e a satisfação dos pacientes (DONABEDIAN, 1988).

Desse modo, há uma relação direta entre a estrutura disponível (recursos técnicos ou humanos que permitem a realização do atendimento), os processos de atendimento (envolvendo os cuidados médicos, as relações sociais e psicológicas entre o paciente e o médico, bem como outros profissionais do sistema de saúde) e os resultados alcançados nos processos (indicadores, itens de controle relacionados à satisfação do usuário e ao estado final do paciente) (DONABEDIAN, 1988).

Esse modelo de sistema pressupõe uma relação circular, na qual os resultados finais causam forte impacto na definição dos processos de atendimento, o que inclui as práticas de saúde (PEURSEM et al., 1995; MULLEN, 2004).

No entanto, o conceito de qualidade não é consenso face sua multidimensionalidade e subjetividade (MARTINS, 2014).

A definição adotada pela *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) é: o modo como os serviços de saúde, com o atual nível de conhecimentos, aumenta a possibilidade de obter os resultados desejados e reduzem a possibilidade de obtenção de resultados indesejados (BATALDEN; STOLTZ, 1993).

O conceito também pode estar relacionado a juízo de valor, que quando positivo, significa ter qualidade (DONABEDIAN, 1988); e, ainda, o grau em que as organizações de saúde aumentam a probabilidade de resultados desejados, para indivíduos e comunidade, fundamentados em conhecimento profissional (INSTITUTE OF MEDICINE, 1999).

Para Donabedian (2003), qualidade do cuidado é assegurar ao paciente bem estar após o equilíbrio entre benefícios e danos ao longo do processo de cuidado. Ainda para o autor, a qualidade do cuidado em saúde é fruto de dois fatores: a ciência e a tecnologia; e a aplicação destas nas práticas de saúde. Os atributos que compõe a qualidade do cuidado serão citados no quadro a seguir. Salienta-se que as dimensões da qualidade sofreram algumas modificações, incluindo algumas, ao longo do tempo, como sinalizada no Quadro 2.

Quadro 2- Dimensões da qualidade

Donabedian (1980)	Donabedian (1990)	IOM (2001)	Conceitos
Continuidade			Compartilhamento de informações em um processo de cuidado. Capacidade do sistema de saúde de prestar serviços de forma ininterrupta.
	Eficiência	Eficiência	Cuidado sem desperdício, incluindo aquele associado ao uso de equipamentos, suprimentos, ideias e energia.
Acessibilidade	Acessibilidade	Oportunidade	Redução do tempo de espera e de atrasos potencialmente danosos tanto para quem recebe como para quem presta o cuidado.
	Equidade	Equidade	Qualidade do cuidado que não varia em decorrência de características pessoais (gênero, etnia, condição socioeconômica).
	Eficácia		Habilidade da ciência e tecnologia do cuidado de saúde em realizar melhoria no estado de saúde quando utilizada em circunstâncias específicas.
	Otimização		Equilíbrio das melhorias nas condições de saúde compara das aos custos de tais ações.
	Aceitabilidade	Aceitabilidade	Cuidado respeitoso e responsivo as preferencias, necessidades e valores individuais dos pacientes. Os valores dos pacientes orientam decisões clinicas.
Qualidade científica;	tecno Efetividade	Efetividade	Cuidado baseado no conhecimento científico para todos que dele possam se beneficiar, evitando seu uso por aqueles que provavelmente não se beneficiarão.
		Segurança	Evitar lesões e danos no paciente decorrente do cuidado que tem como objetivo ajuda-lo.
Relações interpessoais	Foco no paciente (2003)	Centralidade no paciente	Cuidado respeitoso e responsivo às preferências, necessidades e valores individuais dos pacientes, e que assegura que os valores do paciente orientem todas as decisões clínicas. Respeito às necessidades de informação de cada paciente

Fonte: BRASIL/ANVISA (2013) adaptado; NATIONAL QUALITY FORUM (2010), Portaria MS/GM nº529/2013

As implicações da segurança do paciente ou a ausência dela sobre as organizações também têm sido alvos dos estudiosos. Essas implicações traduzem sob três formas: Perda de credibilidade nas organizações de saúde e seus profissionais, com conseqüente degradação das relações; Aumento dos custos, sociais e econômicos, variando sua dimensão de acordo com os danos e suas causas; Redução da possibilidade de alcançar os resultados desejados, com conseqüência direta sobre a qualidade do cuidado (SOUSA, 2006).

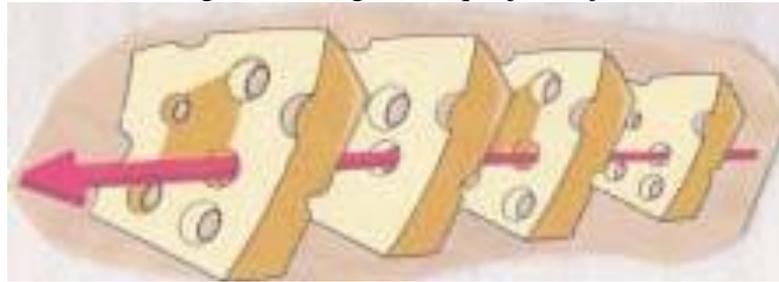
No Brasil, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo os temas Qualidade, Avaliação, Segurança, Vigilância, publicando normas e portarias na tentativa de regulamentar a atividade, conforme apresentado no Quadro 1.

### **3.3 Eventos adversos**

Evento adverso é considerado como qualquer dano ou lesão causado ao paciente pela intervenção da equipe de saúde no processo de cuidado, suficiente para acarretar prejuízos como, aumentar os custos de internações hospitalares, a permanência em hospitais, necessidade de intervenção diagnóstica e terapêutica, até mesmo a morte (RUCIMAN et al., 2009; SOUSA et al., 2014).

O modelo do queijo suíço proposto por James Reason (2002) é um modelo de barreiras, também chamado como a lógica da cascata, se adequa a sistemas de alta tecnologia por suas camadas defensivas como alarmes, indivíduos em ações finalistas ou controles administrativos com funções de proteger potenciais vítimas e situações do risco. As barreiras são como as fatias do queijo suíço com muitos buracos (REASON, 2002; SOUSA et al., 2011). Quando os buracos (FIGURA 1) estão momentaneamente alinhados, permite-se que a trajetória do acidente venha a ocorrer. Nesta perspectiva, para a ocorrência de um EA é necessário varias falhas, como falhas estruturais, prática inadequada, descuido ou comportamento inadequado dos profissionais, desencadeado por múltiplos fatores.

Figura 1- Imagem do queijo Suíço.



Fonte: Sousa (2006)

Este modelo mostra a abordagem sistêmica do gerenciamento do erro. O vetor representa que o risco não encontrou barreiras e chegou até o paciente. As barreiras que impedem que o risco se torne um EA podem ser: profissionais capacitados, a correta identificação do paciente, o uso de protocolos de segurança do paciente e dose unitária de medicamentos, entre outros (BRASIL, 2013).

Por conseguinte, ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde tem sido interesse crescente nas pesquisas e, cada vez mais difundido nas organizações de saúde como prioridade mundial, na tentativa de diminuir a ocorrência do número de incidentes evitáveis.

Quando ocorre um incidente é útil determinar se esse constituiu um EA, ou seja, se ocorreu dano ao paciente. Nos últimos anos pesquisas no mundo todo sobre incidência, natureza e impactos dos EAs têm auxiliado em conhecer a magnitude do problema. No Brasil, Portugal, Espanha, estudos demonstraram uma incidência de 7,6%, 11,1% e 8,4%, respectivamente, de pacientes com EAs, dessa incidência, entre 42% e 66% foram considerados evitáveis (ARANAZ et al., 2008; MENDES et al., 2009). Para identificar e recuperar incidentes é significativo conhecer os tipos de incidentes e as consequências para o paciente.

Para esclarecer, o incidente relacionado ao cuidado de saúde, é um evento que poderia resultar em dano ao paciente. O incidente que não atinge o paciente é chamado *near miss*; o *incidente sem dano* é um evento que atingiu o paciente, mas não causou dano discernível, como por exemplo, uma bolsa de sangue transfundida para o paciente, mas não houve reação; e o *incidente com dano* é o evento adverso. Os incidentes podem ser oriundos de atos intencionais ou atos não intencionais (RUCIMAN et al., 2009).

Mediante da diversidade de termos relacionados aos EAs, em 2003 a OMS se propôs a analisar e padronizar informações relacionadas com a segurança do paciente e então, foi criada uma classificação internacional (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2013). O projeto de classificação passou por várias etapas e envolveu expertises internacionais com o método Delphi. Em 2009 foi publicada a atual e vigente versão da Classificação Internacional de Segurança do Paciente (CISP), com descrição detalhada das principais categorias dos EA. A estrutura conceitual mostra que todo tipo de incidente tem um conjunto de fatores ou riscos contribuintes para que ele ocorra. Fatores contribuintes são as circunstancias, ações ou influencias que desempenham papel na origem ou no desenvolvimento de um incidente: não seguir um protocolo, falta de habilitação do profissional, falta de comunicação etc. As categorias possuem subcategorias, o que permite uma avaliação detalhada do incidente (FIGURA 2). A estrutura auxilia obter informações úteis e uma análise de qualidade para melhor tomada de decisão (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2013).

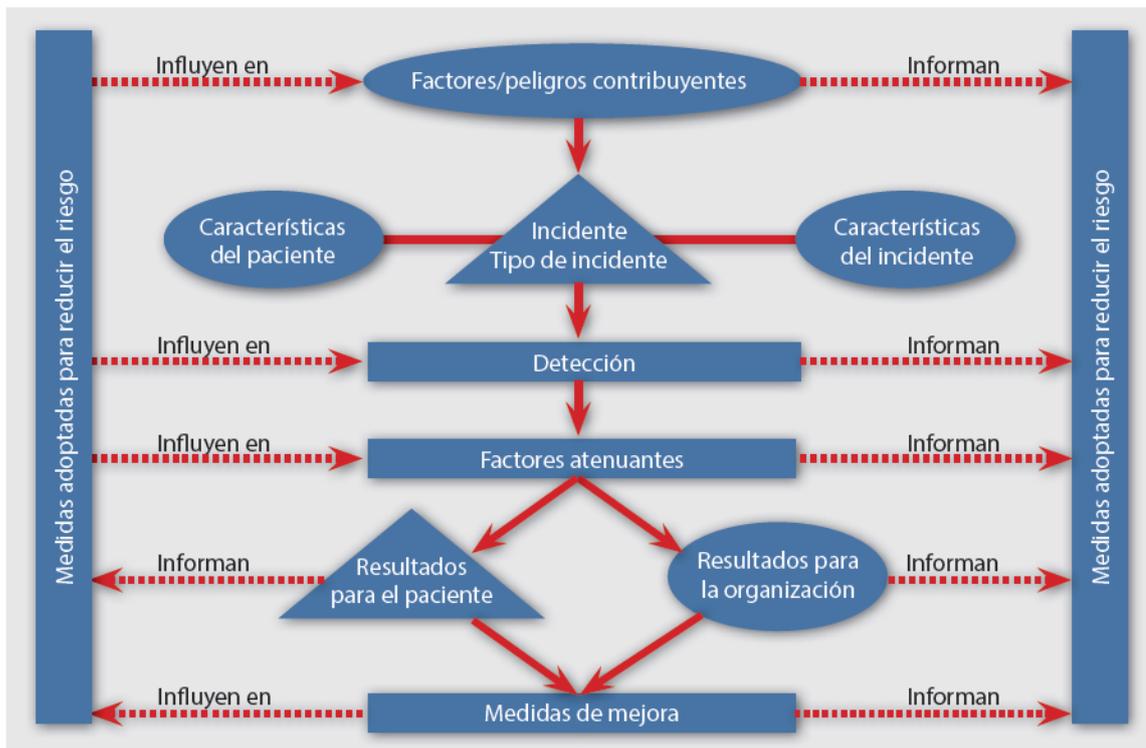
Figura 2 - Categorias e subcategorias para avaliar um incidente



Fonte: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2013

A estrutura conceitual é composta por dez categorias: Tipos de Incidente; Consequências para o Paciente; Características do Paciente; Características do Incidente; Fatores Contribuintes; resultados para as Organizações; Detecção; Fatores Atenuantes do Dano; Ações de Melhoria; Ações para Reduzir o Risco (FIGURA 3) (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2013)

Figura 3 - Estrutura Conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Paciente



Fonte: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2013.

É notório que algumas ações já foram realizadas para redução do erro na saúde, entretanto, nos hospitais, o risco de morte por erro ocorrido durante a internação ainda é de 1 para 300 internados, e o risco de ocorrer um EA é de 10 para cada 100 (FRAGATA; SOUSA; SANTOS, 2014). Ressalta-se que uma assistência desprovida de qualidade e segurança nos serviços de unidade de internação nos hospitais (enfermarias) pode levar a admissão do paciente em cuidados intensivos, ou a parada cardíaca ou até mesmo a morte súbita (BUNKENBORG et al., 2012).

Com a CISP pode haver uma melhor compreensão do erro e de seus fatores contribuintes auxiliando na redução do erro em saúde. A classificação também proporciona,

além de uma linguagem comum, uma estratégia para se lidar com incidentes no cuidado de saúde. O entendimento dos fatores associados à ocorrência de incidentes orienta a elaboração de ações para redução do risco, aumentando a segurança do paciente. A resposta da organização ao incidente inclui medidas para a situação específica com consequente aprendizado que leva a mudanças no sistema num movimento contínuo de melhoria da qualidade.

### **3.4 Práticas de segurança do paciente**

Com o estudo de Havard, grandes estudos epidemiológicos realizados nos EUA e posteriormente em outros lugares, incidiram organizações, instituições de pesquisa e profissionais de saúde no mundo todo sobre riscos inerentes ao atendimento na saúde, demonstrando que erros acontecem e são frequentes durante a prestação de assistência. Ficou evidente que milhares de mortes e irreversíveis sequelas poderiam ser evitadas.

Ao considerar o relatório “Errar é humano”, um marco para prática de segurança do paciente, já se passaram mais de uma década após sua publicação e ainda há muitos desafios na área. Na época, a IOM desafiou os EUA a reduzir o número de erros de cuidados de saúde em 50 por cento ao longo de cinco anos (HILBORNE, 2009).

Segundo o autor (Hilborne, 2009) até um período de 10 anos era demasiado ambicioso para reduzir os erros em 50 por cento. Não há dúvida de que mudanças importantes, de comportamento, de valores e de cultura, não ocorram de forma rápida, mas é gradativo e processual. Entretanto, acredita-se que mudanças importantes na prestação de cuidados de saúde têm ocorrido. Em se tratando do Brasil, ainda há muito que se avançar na direção das práticas seguras e de sistemas cuidadosamente implementados que impeçam os profissionais de cometer erros graves.

É indispensável à adoção de práticas seguras como, melhorar a eficácia da comunicação, a execução de tarefas quando bem descansado, trabalhar em conjunto com equipes multidisciplinares, utilizar o sistema de informação favorecendo a avaliação de erros latentes, e implementação de funções de forma a evitar atos de negligência (HILBORNE, 2009).

Ainda pensando no Brasil, um país em desenvolvimento, problemas com a estrutura, a deficiência na oferta de profissionais e ambientes inadequados ameaçam a prestação de

cuidados seguros. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2005), a situação nesses países merece atenção especial. Isso porque, deficiências de infraestrutura e equipamentos; oferta e qualidade dos medicamentos; deficiências no gerenciamento dos resíduos dos serviços de saúde; controle de infecção; desempenho do pessoal com baixa motivação ou habilidades técnicas insuficientes; problemas de financiamento; custos operacionais de serviços de saúde, aspectos que podem aumentar a probabilidade de EAs.

No entanto, existem alternativas para orientar a prática profissional em segurança do paciente. O *National Quality Forum* (Fórum Nacional de Qualidade - NQF) dos EUA publicou um conjunto de práticas de segurança baseada em evidências suficientes para diminuir eventos adversos e danos ao paciente, com alta confiabilidade, podendo ser aplicada universalmente em qualquer realidade, nos serviços de saúde (NATIONAL QUALITY FORUM, 2010).

O NQF sinaliza a melhoria da cultura de segurança como uma das primeiras recomendações para fomentar a segurança nos hospitais, um indicador que favorece a implantação de boas práticas clínicas e, inclui a utilização efetiva de outras estratégias, como a notificação de incidentes e aprendizado com os erros. As práticas são organizadas em sete categorias funcionais para melhorar a segurança do paciente, a saber: criar uma cultura de segurança; consentimento informado; tratamento de suporte de vida; divulgar e cuidar de quem cuida; combinar necessidade de saúde com prestação de serviço capacitado; facilitar a transferência de informação e comunicação clara; gerenciar o processo de administração de medicamentos; prevenção de infecções, práticas para locais e condições específicas (NATIONAL QUALITY FORUM, 2010).

Para a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2011), as Boas Práticas de Funcionamento (BPF) são os componentes da Garantia da Qualidade que asseguram que os serviços são ofertados com padrões de qualidade adequados orientadas primeiramente à redução dos riscos inerentes a prestação de serviços de saúde. Boas Práticas de Funcionamento estão inter-relacionadas com os conceitos de Garantia da Qualidade, humanização da atenção e gestão, e na redução e controle de riscos.

Como tratado anteriormente, com a implantação do PNSP no Brasil, o serviço de saúde deve utilizar dessas estratégias e adotar medidas voltadas para Segurança do Paciente, que envolve: Mecanismos de identificação do paciente; Orientações para a higienização das mãos; Ações de prevenção e controle de eventos adversos relacionados à assistência à saúde;

Mecanismos para garantir segurança cirúrgica; Orientações para administração segura de medicamentos, sangue e hemocomponentes; Mecanismos para prevenção de quedas dos pacientes; Mecanismos para a prevenção de úlceras por pressão; Orientações para estimular a participação do paciente na assistência prestada (BRASIL, 2013a).

Assim, aprimorar a segurança e a qualidade do atendimento é um desafio para reformatação dos processos, para a prática dos profissionais de saúde, e para os sistemas de atendimento à saúde em todo o mundo.

Para a análise de práticas gerenciais e assistenciais adotadas para alcançar a segurança do paciente no âmbito hospitalar divulgado na literatura, foi realizada uma revisão integrativa da literatura (APÊNDICE A). A revisão possibilitou a elaboração de um quadro sinóptico (QUADRO 3) e duas categorias de análise, identificadas no conteúdo desse material: Ações para promoção da segurança do paciente e Segurança do paciente como processo cultural, apresentadas após o Quadro Sinóptico.

Quadro 3 - Descrição dos estudos selecionados para revisão integrativa

Continua

Artigo	Objetivo	Tipo de estudo	Principais resultados
1- Oliveira RM <i>et al.</i> Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. Esc. Anna Nery Revista de Enfermagem. 2014;18(1): 122-129.	Identificar e analisar estratégias para promover a segurança do paciente	Estudo descritivo, qualitativo	Identificaram-se riscos físicos, químicos, clínicos, assistenciais e institucionais; e barreiras e oportunidades que implicam na (in) segurança do paciente. Referiram práticas embasadas em metas internacionais.
2- Tartali JÁ, Bohomol E. Eventos adversos em pacientes cirúrgicos: conhecimento dos profissionais de enfermagem. Acta Paul Enferm. 2013.	Verificar o conhecimento da equipe de enfermagem sobre eventos adversos	Estudo transversal e descritivo	Causas de eventos adversos cirúrgicos: rotina de programação de cirurgia, membro da equipe sobrecarregado ou distraído. Falta de comunicação entre o membro da equipe de enfermagem e da equipe médica. Ressalta-se a importância da notificação dos eventos adversos.
3- Velho JM, Treviso P. Implantação de programa de qualidade e acreditação: contribuições para a segurança do paciente e do trabalhador. Revista de Administração em Saúde. 2013.	Conhecer a opinião da enfermagem sobre a implantação da qualidade	Pesquisa qualitativa descritiva	Capacitação e qualificação profissional contribuem para melhorias nas práticas e conhecimentos dos profissionais e estimula a busca por maior qualificação. Implantação de metas internacionais de segurança do paciente e ações educativas estimulam boas práticas.

Quadro 3 - Descrição dos estudos selecionados para revisão segundo autor, título do artigo, revista e ano de publicação. Continuação

Artigo	Objetivo	Tipo de estudo	Principais resultados
4- Leitão IMTA, Oliveira RM, Leite SS, Sobral MC, Figueiredo SV, Cadete MC. Análise da comunicação de eventos adversos na perspectiva de enfermeiros assistenciais. Rev Rene. 2013.	Analisar o processo de comunicação de eventos adversos no contexto hospitalar	Pesquisa qualitativa descritiva	Há comunicação de eventos adversos e também subnotificação e análise inadequada dos casos; os enfermeiros desempenham papéis de educadores, mas não foram unânimes na identificação dos documentos indicados para registro dos eventos; e prevalece a cultura punitiva.
5- Bunkenborg G, Samuelson K, Akeson J, Poulsen I. <i>Impact of professionalism in nursing on in-hospital bedside monitoring practice. Journal of Advanced Nursing.</i> 2012.	Estudo que explora a prática de enfermagem e monitoramento de pacientes internados	Estudo clínico qualitativo descritivo	Conhecimentos, competências e envolvimento impactam na prática clínica e monitoramento de cabeceira hospitalar. As iniciativas para melhorar a segurança: profissionalismo entre os enfermeiros, considerar atributos individuais e organizacionais.
6 - Peterson TH, Teman SF, Connors RH. <i>A safety culture transformation: its effects at a children's hospital.</i> J Patient Saf. 2012.	Relatar a experiência de melhorar a segurança do paciente pediátrico em um hospital, implementando processos e práticas de segurança mudando a cultura.	Quali-quantitativo	Redução estimada de 68% no número de eventos de segurança, o cumprimento do feixe de pneumonia associada ao ventilador aumentou de 2% a 96%; a taxa de cumprimento de higiene das mãos aumentou de 56% para 95%. Erros de medicação com danos graves foram reduzidos. As principais estratégias incluída a formação de pessoal, treinamento em análise de causa raiz, classificação modo de falha de eventos e comportamento de segurança, a adoção de indicadores e liderança em enfermagem.
7- Di Benedetto A, et al <i>What causes an improved safety climate among the staff of a dialysis unit? Report of an evaluation in a large network.</i> J Nephrol. 2011.	Analisar o que provoca um clima de segurança entre os funcionários	Quantitativo	Promover a comunicação e a implementação de programas de treinamento, são considerados ferramentas válidas para melhorar a segurança.
8- Skoufalos A, et al. <i>Improving awareness of best practice to reduce surgical site infection: a multistakeholder approach.</i> American Journal of Medical Quality. 2012.	Descrever processo multilateral educacional para melhores práticas	Documental Qualitativo	Criou-se uma iniciativa educativa centrada no paciente que envolveu uma parceria entre todos os profissionais, pacientes e organização hospitalar por meio de um programa de formação.
9- Hillin E, Hicks RW. <i>Medication errors from an emergency room setting: safety solutions for nurses.</i> Crit Care Nurs Clin North Am. 2010.	Analisar os métodos para reduzir os erros de medicação no setor de emergência	Estudo de caso qualitativo	O erro mais frequentemente foi erro de medicação. A equipe de enfermagem nos serviços de emergência é inadequada para lidar com a sobrecarga de consultas de pacientes. O cuidado é fragmentado e métodos destinados a apoiar a segurança do paciente são comprometidos.

Quadro 3 - Descrição dos estudos selecionados para revisão segundo autor, título do artigo, revista e ano de publicação.

Artigo	Objetivo	Tipo de estudo	Principais resultados	Conclusão
10- Gillespie BM, Chaboyer W, Longbottom P, Wallis M. <i>The impact of organizational and individual factors on team communication in surgery: a qualitative study</i> . Int J Nurs Stud. 2010.	Analisar os fatores organizacionais e individuais que influenciam o trabalho em equipe na cirurgia	Qualitativo, utilizou a abordagem de teoria fundamentada	O trabalho em equipe e comunicação eficaz é determinante para a segurança do paciente. O processo para melhorar a comunicação tem sido lento. Fundamentais o trabalho e a diversidade interdisciplinar, e a educação.	
11- Teng CL, Dai YT, Shyu YI, Wong MK, Chu TL, Tsai YH. <i>Professional commitment, patient safety, and patient-perceived care quality</i> . J Nurs Scholarsh. 2009.	Examinar como a influência profissional influencia a segurança do paciente	Estudo transversal	O compromisso profissional influenciou positivamente a segurança do paciente, bem como a qualidade da assistência global percebida pelo paciente. Além da influência positiva em todos os indicadores de segurança	
12- Chaboyer W, McMurray A, Johnson J, Hardy L, Wallis M, Chu S. <i>Bedside Handover: quality improvement strategy to "transform care at the bedside"</i> . J Nurs Care Qual. 2009.	Analisar, sob a ótica de pacientes e enfermeiros suas percepções sobre Handover	Qualitativo	Mudou de comunicação verbal para método handover, o que trouxe melhorias significativas para os pacientes; resultou em melhor planejamento de alta; compartilhar saberes; direcionamento das ações; direcionamento em transferências, além da melhoria na segurança e eficiência do trabalho em equipe.	
13 – Gutierrez F, Smith K. <i>Reducing falls in a definitive observation unit: an evidence-based practice institute consortium project</i> . Crit Care Nurs Q. 2008.	Avaliar o protocolo de prevenção de queda	Descritivo qualitativo	Apesar da adoção do protocolo, taxas e ocorrência de queda permanecem altas. Motivo de queda é multifatorial e interdisciplinar. Os recursos humanos são elementos essenciais para a mudança das práticas que são vitais para redução.	
14- McDonald R et al. <i>Rules and guidelines in clinical practice: a qualitative study in operating theatres of doctors' and nurses' views</i> . Qual Saf Health Care. 2005.	Explorar as atitudes em relação a orientações de médicos, enfermeiros de equipes cirúrgicas	Qualitativo estudo comparativo	A opinião dos médicos sobre a contribuição de diretrizes para a segurança e para a prática clínica é diferente da opinião de enfermeiros. Médicos rejeitaram regras escritas. Enfermeiros aderem à diretriz como sinônimo de profissionalismo.	
15- Antonoff MB, Berdan EA, Kirchner VA, Krosch TC, Holley CT, Maddaus MA, D' Cunha J. <i>Who's covering our loved ones: surprising barriers in the sign-out process?</i> Am J Surg. 2013;205(1):77-84.	Avaliar as práticas de segurança do paciente e barreiras à comunicação	Qualitativo com análise estatística	A implantação de diretriz não alcançou melhorias significativas. Não houve evidências de segurança do paciente na continuidade do cuidado. Necessária adequação das informações fornecidas ao paciente e a equipe de plantão. Novos esforços para melhorar os processos de handover são necessários.	

Fonte: elaborada pelo autor com artigos selecionados na revisão

### 3.5 Ações de promoção da segurança do paciente

Nesta categoria identificou-se que o gerenciamento dos riscos com identificação dos eventos adversos é destaque entre as ações para promoção da segurança do paciente. Dentre os eventos identificados, os profissionais de saúde tendem a valorizar a descrição de eventos oriundos de riscos clínicos. Apenas um estudo mostrou que os enfermeiros têm identificado a existência de riscos físicos, químicos e mecânicos que afetam o cuidado de enfermagem e que geram insegurança para o paciente assistido na instituição (OLIVEIRA et al., 2014).

Como estratégia para a segurança do paciente, a notificação de EA pode ser um desafio para algumas instituições. Estudo mostrou nem sempre há notificação e discussão acerca dos eventos adversos, e ainda existe uma prevalência da cultura punitiva, o que promove a subnotificação (LEITÃO et al., 2013). Constata-se a necessidade de tratar a notificação dos eventos como fonte de dados para promover melhorias na assistência, gerando maior segurança para o paciente e para o profissional.

As maiores preocupações dos profissionais em cuidado direto dos pacientes concentraram-se em risco mecânico: o risco de queda do leito, um indicador de qualidade da assistência de enfermagem. O paciente com risco de queda deve ser identificado com precisão e o profissional aderir às práticas baseadas em evidências para a prevenção; além da adoção de protocolos de queda multifatorial interdisciplinar subsidiando o processo de planejamento, gestão e avaliação das ações de enfermagem por meio de práticas mais seguras e utilizando resultados do indicador de quedas (OLIVEIRA et al., 2014; BOHOMOL; TARTALI, 2013; GUTIERREZ; SMITH, 2008).

Por meio dos estudos observou-se que além do gerenciamento do risco, os enfermeiros tem adotado prática baseada em evidência no controle de queda, de infecção relacionada aos cuidados em saúde e os eventos adversos relacionados ao procedimento cirúrgico (OLIVEIRA et al., 2014; BOHOMOL; TARTALI, 2013; GUTIERREZ; SMITH, 2008).

No âmbito da cirurgia segura, um estudo levantou como causa para a ocorrência de eventos adversos cirúrgicos falhas na rotina de programação de procedimentos eletivos (35,5%), falta de comunicação entre o membro da equipe de enfermagem e da equipe médica (32,2%), e despreparo da equipe para identificar as quase falhas (32,3%), o que poderia evitar que os eventos adversos ocorressem. Ainda nesse estudo, constatou-se que essas falhas são decorrentes da sobrecarga de trabalho da equipe de enfermagem, distração ou ocorrências na unidade e passagem de plantão de forma desatenta (BOHOMOL; TARTALI, 2013). Os

achados revelam que deve haver uma integração da equipe multidisciplinar, comunicação efetiva, bem como uma corresponsabilização dos profissionais.

Nesta perspectiva, com o intuito de mudar a cultura de segurança e a implantar processos, práticas e medidas que sustente as melhorias, um estudo desenvolvido em um hospital infantil de 200 leitos mostrou melhorias significativas com adoção de indicadores, bem como a sua análise; identificação e discussão sobre a causa raiz, classificação das falhas, dos eventos, comportamentos de segurança e classificação de eventos graves (PETERSON; TEMAN; CONNORS, 2012).

A utilização de indicadores tem possibilitado avaliar as melhorias com transparência, promovendo a incorporação de práticas seguras, com impacto em medidas clínicas e resultados de qualidade. Além disso, permite a realização de uma análise comparativa entre instituições semelhantes para ajudar a melhorar a segurança do paciente (PETERSON; TEMAN; CONNORS, 2012).

Ainda nesse mesmo estudo evidenciou-se que após dois anos da iniciativa houve uma redução estimada de 68% no número de eventos. As pneumonias associadas à ventilação mecânica diminuíram; taxa de cumprimento de higiene das mãos aumentou de 56% para 95%; o plano dos cuidados prestados aos pacientes subiu de 0% para 83% no prazo de 6 meses. Erros de medicação com danos graves também foram reduzidos (PETERSON; TEMAN; CONNORS, 2012).

No âmbito da assistência de enfermagem os erros mais frequentes estão relacionados à administração de medicamento. Práticas para melhoria nesta área estão voltadas para a capacitação dos procedimentos básicos de administração de medicamentos com a equipe. A ocorrência de três casos de erros de medicação envolvendo o enfermeiro (HILLIN; HICKS, 2010) reforçou a ideia de que esse erro pode ser identificado como uma falha no processo, podendo aumentar a morbidade e mortalidade do paciente.

O profissional precisa entender como o sistema de saúde pode contribuir para erros, ou seja, compreender melhor o serviço e todos os processos que envolvem a administração de medicação e assistência à saúde, além de permanecer vigilantes durante os períodos de administração de medicamentos enfermeiro (HILLIN; HICKS, 2010).

Ações como a identificação de medicações de risco ou de alerta, conhecidos para a propensão de causar danos se mal utilizados, utilização de soluções tecnológicas, como bombas inteligentes ou outros dispositivos de assistência, examinar o armazenamento e a

proximidade de dois produtos e acesso de produtos potencialmente perigosos, como os que têm nomes semelhantes e a utilização do método de checar os itens corretos por dois enfermeiros, o *check-double* (HILLIN; HICKS, 2010), são medidas adotadas para a redução do erro de medicação.

No âmbito administrativo, este estudo mostrou que a instituição de saúde tem se apropriado de ferramentas como Relatórios de erro de medicação e Prevenção, que auxilia na padronização, avaliação e tendências de erros de medicação (HILLIN; HICKS, 2010). Bem como o uso de protocolos de *checklist*, além da aplicação de diretrizes atuais que auxiliam a reduzir erros, como por exemplo, em cirurgias, prevenindo a ocorrência de eventos adversos (ANTONOFF et al., 2013).

Perante a análise dos estudos, verificou-se que para reduzir os erros na administração de medicamentos as melhores práticas a serem adotadas estão voltadas para a capacitação dos procedimentos básicos de administração de medicamentos com a equipe de enfermagem.

Em relação à prática clínica do enfermeiro, um estudo mostrou que um cuidado sem segurança e qualidade em enfermarias hospitalar pode levar a internações no CTI, à parada cardíaca ou morte. As estratégias de intervenção incluem ações assistenciais e gerenciais como medições frequentes de parâmetros vitais, conhecimento, habilidades, reflexões pessoais, comunicação e colaboração intra e interprofissional. A consciência profissional teve impacto decisivo na supervisão de enfermagem para melhorar a segurança do paciente (BUNKENBORG et al., 2013).

Além da consciência profissional, a implementação de diretrizes para o diagnóstico é considerada uma ferramenta efetiva para adequar as notificações, diagnósticos, avaliações, tratamento, e promoção do auto cuidado do paciente (GUTIERREZ; SMITH, 2008; MCDONALD et al., 2005). O comprometimento profissional e o atendimento de qualidade também influenciaram positivamente à segurança do paciente, melhorando todos os indicadores de segurança em relação às lesões, quedas, erros de medicação, documentações incompletas ou incorretas, atraso nos cuidados, exceto na taxa de infecção nosocomiais (TENG et al., 2009).

Sobre o aspecto da comunicação, estudos apontaram a preocupação com a comunicação efetiva, de forma aberta e justa, e notificação do evento sem punição de indivíduos como princípios básicos da segurança do paciente (GILLESPIE et al., 2010; DI BENEDETTO et al., 2011) e que a situação deveria ser notificada aos responsáveis da

unidade (DI BENEDETTO et al., 2011). Um estudo envolvendo uma equipe cirúrgica associou a comunicação ao trabalho em equipe, tendo como base a educação, pois, ela melhora a comunicação e aumenta a compreensão profissional; determinantes para a segurança do paciente. Além disso, há uma relação entre os fatores organizacionais e individuais que influenciam na comunicação (GILLESPIE et al., 2010).

Um estudo na Austrália identificou que a comunicação entre os profissionais da enfermagem não era efetiva, pois o tempo da transmissão da informação era desperdiçado com informações irrelevantes, havia desencontro dos profissionais, e alguns não viam seus pacientes até uma hora após o início do turno. Esses fatores contribuíram para a falta de informação sobre o paciente, incongruências no prontuário bem como informações insuficientes e para insegurança do paciente (CHABOYER et al., 2009).

Assim, na tentativa de mudar esse quadro, a instituição implantou a *bedside handover*, no qual os profissionais passaram a relatar os casos dos pacientes entre si e para o paciente, mantendo um canal aberto de comunicação, por meio do relacionamento com paciente e a transferência de responsabilidade entre a equipe. Desse modo, a linguagem compreensível é um elemento essencial para promover a segurança do paciente (ANTONOFF et al., 2013; CHABOYER et al., 2009).

Perante as discussões apresentadas fica evidente que práticas de segurança do paciente abarcam ações assistenciais, voltadas para a prática clínica, e ações gerenciais.

### **3.6 Segurança do paciente como processo cultural**

Perante a análise dos dados foi possível identificar que a promoção da segurança do paciente envolve a alta direção das instituições e seus colaboradores. Entretanto, um estudo mostrou que a segurança do paciente ainda não é vista como uma corresponsabilidade de toda a equipe multiprofissional (GUTIERREZ; SMITH, 2008). Portanto, deve se instituir a segurança nas organizações enquanto processo cultural, promovendo comunicação efetiva e maior consciência dos profissionais com compromisso ético (OLIVEIRA et al., 2014; BOHOMOL; TARTALI, 2013).

Nesta perspectiva, é de extrema importância a promoção da comunicação e implementação de programas de treinamento (ANTONOFF et al., 2013; SKOUFALOS et al., 2012). Esses programas de treinamentos envolvem atividades de qualificação para melhorar o

desempenho da equipe e promover tranquilidade e segurança na realização do trabalho, necessitando comprometimento, empenho e planejamento, o que engloba estrutura, processos e resultados (VELHO; TREVISIO, 2013).

A implantação de um processo educacional, com abordagem multisetorial, com práticas baseadas em evidências, estratégias de ensino centrado no paciente, envolvendo ativamente pacientes, profissionais, organizações de saúde, hospitais, seguradoras de saúde, empregadores e outros interessados, podem proporcionar um clima necessário para criar e sustentar uma cultura de segurança (SKOUFALOS et al., 2012).

Colaborando com as considerações, um estudo ressaltou que os seguimentos de protocolos específicos, associados às barreiras de segurança nos sistemas, e principalmente, na educação permanente podem prevenir e reduzir riscos e danos nos serviços de saúde (OLIVEIRA et al., 2014). A implementação de programas de qualidade e acreditação estimulam boas práticas, favorecendo a mudança cultural das atividades de trabalho dos profissionais (VELHO; TREVISIO, 2013).

No Reino Unido, a Agência Nacional de Segurança do Paciente enfatiza a necessidade de instituições de saúde promover um conjunto compartilhado de crenças, atitudes e normas em relação ao que é visto como prática clínica segura. Há um implícito pressuposto que este conjunto compartilhado de crenças reduzirá a chance de o indivíduo aplicar seus próprios julgamentos sobre o que constitui prática clínica segura, baseada em procedimentos padronizados, o que promove uma cultura de segurança. Entretanto, relações de confiança com normas compartilhadas são mais positivas que imposição de regras e regulações (MCDONALD et al., 2005).

Embora a criação de uma "cultura de segurança" determine um conjunto compartilhado de crenças, atitudes e normas, os enfermeiros defendem essa padronização, mas os médicos não. Por isso, são tidos como infratores. Os médicos podem, não necessariamente, considerar as diretrizes como legítimo, ou não identificam como regras. Inferindo que regras não escrita governam mais o comportamento clínico do médico (MCDONALD et al., 2005).

Nesse sentido, pode-se inferir que essa incongruência de pensamento entre a equipe multiprofissional resulta em diferentes ações, atitudes e pensamentos, havendo a necessidade de se promover uma articulação entre os envolvidos, interação que possibilite identificação de

objetivo e problemas comuns em prol de práticas mais seguras para o paciente e para o profissional.

Com a análise dos estudos selecionados, foi possível identificar que a instituição que deseja obter bons resultados e com qualidade deve favorecer a cultura de segurança do paciente entre seus profissionais, o que significa considerar crenças, costumes e valores que influenciarão na conduta profissional.

Em síntese, a análise evidenciou que as ações gerenciais e assistenciais desenvolvidas nos hospitais para alcançar a segurança do paciente estão embasadas na administração de medicação, cirúrgica segura, queda do leito e principalmente na identificação dos riscos e evento adverso, com uso de diretrizes atuais, padronizações, a partir de resultado de indicadores. Entretanto, os estudos mostraram que muitas ações ainda estão no âmbito do que deve ser feito, e são poucos os estudos que relatam as melhorias desenvolvidas no alcance às metas internacionais de segurança do paciente.

A educação, com uma abordagem multiprofissional e intersetorial, e melhorias na comunicação são cruciais no alcance de uma cultura de segurança do paciente. Considerando as metas internacionais de segurança, não foram encontrados estudos abordando identificação do paciente. A pesquisa teve como limitação abarcar apenas artigos completos indexados e disponíveis para acesso.

Salienta-se que soluções simples podem reduzir a possibilidade de erros no ambiente de cuidado à saúde e aumentar a segurança do paciente e do profissional. Em concordância com as conclusões de quase todos os estudos abordados, dentro dessa temática ainda há muito que ser estudado e avaliado, se faz necessário mais estudos relacionados à segurança do paciente e as estratégias utilizadas, podendo auxiliar enfermeiros a desenvolver ações adequadas à prevenção de erros no desenvolvimento da cultura de segurança nos hospitais.

# *METODOLOGIA*

---

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 Referencial Teórico Metodológico

Reconhecer a dimensão epistemológica de um estudo é reconhecer as suposições filosóficas que o pesquisador faz sobre os modos de saber, ou seja, é a base filosófica de uma pesquisa. Refere-se ao estudo dos postulados, orienta a opção metodológica e a perspectiva analítica dos resultados (YIN, 2016). É indiscutível a importância do debate epistemológico em um momento histórico no qual se colocam novas perspectivas ancoradas em novos paradigmas, produtos e produtores de novos tempos sociais e humanos (FONSECA, 2001, p.37).

A busca da sensibilidade, do conhecimento e outras preocupações na percepção e na apreensão da realidade, de uma sociedade em movimento, que se questiona o que produz e como produz, em constantes problematizações, já é, em si mesmo, um tema de análise sociológica (FERNANDES, 1992).

A proposta teórico-metodológica do presente estudo parte do entendimento e contribuições da sociologia compreensiva. A sociologia tem como base explicar e reconhecer o mundo social e suas relações, ou seja, estudar os fenômenos sociais, analisando os indivíduos em suas interações e contribuindo com a explicação da realidade social.

Para Chizzotti (2003), os dados não são coisas isoladas, eles se dão a partir das relações, relações essas que não se restringem às percepções sensíveis e aparentes, mas se manifestam em uma complexidade de oposições, de revelações e de ocultamentos.

Nesta perspectiva, a sociologia compreensiva, fundada por Max Weber no final do século XIX, busca a interpretação do sentido da ação social sintetizada no método de interpretação, no qual estão unidas a compreensão e a explicação dos fenômenos sociais (MINAYO, 2010).

A Sociologia, uma ciência empírica, utilizada como método teórico significa compreender interpretativamente a ação social e assim explica-la, ou seja, importa compreender a ação social, na efetividade das relações sociais, como ela é e não como deveria ser apreendido pelo observador de forma interpretativa. Weber travou debates entre os defensores do positivismo, que dominavam os meios científicos, e substituiu a razão universal pela contingência histórica. No plano da história, o sentido que é único, referente àquela ação

em tela e, por isso mesmo, não generalizável. A unidade básica de análise da Sociologia Compreensiva é o indivíduo, pois apenas ele age tendo em vista um sentido (SOUZA; MOREIRA, 2016).

A sociologia compreensiva privilegia outras dimensões da realidade, até então não privilegiadas para o conhecimento científico como, a concepção da sociedade como atividade comunicacional, um conhecimento produzido com atenção à intersubjetividade. De acordo com esta perspectiva, deixam de ser consideradas apenas as relações de causalidade entre fenômenos, campo particular do determinismo e da explicação, para serem reveladas as motivações e as ações dotadas de uma significação. Mais do que recorrer às estruturas sociais, procura-se valorizar as intencionalidades, e a cultura enquanto interpretação do mundo (FERNANDES, 1992).

O grande destaque weberiano consistia na compreensão da flutuação do sentido que, adicionada à ação, fundamentava a sociologia compreensiva.

Desse modo, a sociologia compreensiva é reconhecidamente antipositivista. Uma vertente do pensamento científico que se desenvolveu resultante das constantes mudanças na sociedade e a necessidade de se compreender o que se passa; compreendendo os fenômenos com base em uma postura humanista, subjetivista, finalista e compreensiva. Uma postura endossada por vários pesquisadores em nome da singularidade do objeto estudado (CHANLAT, 2000b).

Trata-se de um conhecimento teórico que foi desenvolvido sob os princípios da filosofia alemã. Suas contribuições e visão do mundo tem influência na construção do conhecimento da realidade, também na interpretação da relação entre medicina e sociedade (MINAYO, 2010).

O ponto de partida da sociologia compreensiva de Weber é o princípio que o conhecimento é parcial, social, culturalmente definido e valorativamente orientado. Em outras palavras, a cultura e a sociedade interferem na percepção e, assim, a ciência não é um tratado taxionômico e acabado. Não o é por que quem a faz é o homem e ele é portador de valores e tem uma finitude, por assim dizer, um limite, enquanto uma mente que tem a capacidade de apreender o mundo real (GONÇALVES, 2012).

O cerne da sociologia compreensiva, e o que motiva como referencial desta pesquisa é a concepção das relações e o reconhecimento que essas relações entre indivíduos, e entre indivíduos e coletividades possuem importância causal, pois as relações orientam as ações

(SOUZA; MOREIRA, 2016). Neste sentido, a sociologia compreensiva considera o papel do indivíduo e sua ação na construção da realidade. Weber desenvolveu o conceito de ação social significativa, que se transforma de acordo com o ambiente em que a ação é desenvolvida, tendo sempre como ponto de partida, o indivíduo. Ele define a sociologia como a ciência da ação social, estruturando os níveis da ação em três tipos: a ação frente a uma situação concreta; a ação prescrita com base em regras determinadas; e a ação decorrente da compreensão informal das regras (WEBER, 1979; GONÇALVES, 2012; SOUZA; MOREIRA, 2016).

Em relação aos principais pontos e aspectos comuns às todas as abordagens compreensivas, Minayo (2010) destaca:

Seu foco é a experiência vivencial e o reconhecimento de que as realidades humanas são complexas; O contato com as pessoas se realiza nos seus próprios contextos sociais; A relação entre o investigador e os sujeitos investigados enfatiza o encontro intersubjetivo, face a face, e a empatia entre ambos; Os resultados buscam explicitar a racionalidade dos contextos e a lógica interna dos diversos atores e grupos que estão sendo estudados; Os textos provenientes de análise compreensiva apresentam a realidade de forma dinâmica e evidenciam o ponto de vista de vários atores; Suas conclusões não são universalizáveis, embora a compreensão de contextos peculiares permita a inferências mais abrangentes que a análise das microrrealidades e comparações (MINAYO, 2010, p. 100).

A sociologia compreensiva privilegia a compreensão e a inteligibilidade como propriedades específicas dos fenômenos sociais. Uma ciência que se preocupa com a compreensão interpretativa da ação social, ou seja, do comportamento humano; que entende ser necessário tratar os significados subjetivos do ato social. Portanto, a sociologia compreensiva propõe a subjetividade como fundante de sentido e defende-a como constitutiva do social e inerente ao entendimento objetivo, sem se preocupar com os processos de quantificação, mas em explicar os meandros das relações sociais consideradas essência e resultado da atividade criadora efetiva e racional (MINAYO, 2010).

Na perspectiva da sociologia compreensiva não há realidade absoluta, e sim, há um empenho em compreender um objeto de estudo, dentro de uma estruturação que foge do aspecto tecnicista da ciência atual. Realizar uma pesquisa na abordagem compreensiva é dar conta da existência social em sua totalidade, pois não é possível pensar a vida social sem adotar uma perspectiva holística. Sua perspectiva privilegia, enquanto objeto de análise, tudo aquilo que não é produzido pelo cálculo, pela intenção, pela estratégia, pela racionalidade tradicional (MAFFESOLI, 2007).

Max Weber, ao lado de Émile Durkheim e Karl Marx, foi um fundador e um dos grandes expoentes da sociologia moderna. Constituem a trilogia que representa contribuições seminais e ao mesmo tempo, evidenciam formas diferenciadas de ver o mundo e interpretá-lo. Embora as Ciências Sociais tenham avançado e estabelecido diversas teorias que a englobam, esses três autores são as referências clássicas de diversas correntes de pensamento, demonstrando que nenhuma teoria da sociedade é neutra, e em qualquer estudo tem, implícitas ou não, marcas teóricas de filiação (MINAYO, 2010).

Além disso, nenhuma das linhas de pensamento sobre o social tem o monopólio de compreensão da totalidade, mesmo sendo respaldadas por autores respeitáveis e de grande saber e potência intelectual (MINAYO, 2010). A autora acrescenta: “As diferentes visões de mundo presentes nas interpretações da realidade refletem a dificuldade do pensamento de apreender e compreender o objeto social e, em consequência, a saúde” (MINAYO, 2010, p. 80).

Cabe ressaltar, que a escolha dessa dimensão epistemológica, dentre as considerações já apresentadas, decorre do fato de a sociologia compreensiva consistir em uma teoria adequada à proposta de aprofundamento de estudos organizacionais. Um eixo teórico capaz de contribuir com a pesquisa ofertando maiores possibilidades de compreensão da realidade organizacional e do sujeito, considerando suas vivências e suas relações. Trata-se de uma abordagem que valoriza os sujeitos, e suas práticas podem ser vistas como práticas sociais, frutos da subjetividade.

#### **4.2 A abordagem metodológica**

O estudo é de abordagem qualitativa, delineado pela estratégia de pesquisa Estudo de Caso. A opção metodológica assumida tem destaque na investigação de fenômenos humanos, repletos de singularidades, permitindo aos indivíduos atribuir significados aos fatos e às pessoas em interações sociais que podem ser descritas e analisadas e não mensuradas quantitativamente. A abordagem adota uma perspectiva de análise de fenômenos que reconhece a pluralidade cultural e a relevância dos sujeitos, incluindo a voz dos atores sociais (CHIZZOTTI, 2003).

Estudos com metodologia qualitativa aplicada à saúde têm concepções trazidas das Ciências Sociais, segundo a qual não se busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu

significado individual e coletivo para a vida das pessoas. Trata-se de um significado que tem função estruturante: o que as coisas significam, e como as pessoas organizaram as suas vidas incluindo o próprio cuidado (TURATO, 2005).

Portanto, a pesquisa qualitativa se fundamenta em questões de ordem científica, de natureza ideológica ou prática (GIL; LICHT; SANTOS, 2006). Dessa forma, para a realização deste estudo faz-se necessário compreender os acontecimentos diários e aprofundar na dinâmica das relações da organização; as principais razões para adotar esta abordagem. O termo qualitativo implica uma partilha densa com pessoas, fatos e locais que constituem objetos de pesquisa, para extrair desse convívio os significados visíveis e latentes, que só é possível pela sensibilidade do pesquisador de interpretar e traduzir em um texto, com competência científica, os significados do seu objeto de pesquisa (CHIZZOTTI, 2003).

Para Gil, Licht e Santos (2006), a pesquisa quantitativa é insuficiente para captar as mudanças essenciais que produzem uma nova realidade, comprometida com uma visão conservadora da sociedade, incapaz de proporcionar um conhecimento mais dinâmico da realidade social. Os métodos qualitativos são mais adequados quando se considera que as ciências sociais têm como principal desiderato a compreensão dos acontecimentos diários, bem como os significados que as pessoas dão aos fenômenos, considerando e explorando o contexto de vida, o mundo das pessoas.

Assim, a escolha por esta abordagem irá permitir a aproximação com a realidade, com o mundo dos significados, valores e atitudes por meio da captação de elementos particulares do contexto hospitalar e atuação profissional dos sujeitos da pesquisa.

Uma vez descritos os elementos deste estudo, optou-se pelo Estudo de Caso, que auxiliará na compreensão *real* de um fenômeno social. O ponto de partida ou elemento essencial que deve ser seguido é o rigor metodológico, como em qualquer método de pesquisa. O estudo de caso é constituído por um estudo amplo e exaustivo de um ou poucos objetos, permitindo conhecimento detalhado e amplo. Este método contribui significativamente para explicar fenômenos que ocorrem em situações muito complexas e não possibilitam utilizar outros delineamentos (YIN, 2015).

Young define estudo de caso como:

Um conjunto de dados que descrevem uma fase ou a totalidade do processo social de uma unidade, em suas várias relações internas e nas suas fixações culturais, quer seja essa unidade uma pessoa, uma família, um profissional, uma instituição social, uma comunidade ou uma nação (YOUNG, 1960, p. 269).

A respeito do desenvolvimento do estudo de caso, segue alguns princípios associados ao método segundo Ludke e André (2013):

Os estudos de caso visam à descoberta: essa característica se fundamenta no pressuposto de que o conhecimento não é algo acabado, mas uma construção que se faz e refaz constantemente. Assim sendo, o pesquisador estará sempre buscando novas respostas e novas indagações no desenvolvimento de seu trabalho;

Os estudos de caso enfatizam a interpretação em contexto para a compreensão da manifestação geral de um problema, devem ser considerados alguns elementos, como as ações, as percepções, os comportamentos e as interações das pessoas. Esses elementos devem ser relacionados à situação específica em que ocorrem ou à problemática determinada à qual se encontram ligados.

Os estudos de caso buscam retratar a realidade de forma completa e profunda; o pesquisador busca revelar a situação ou problema em sua totalidade e, portanto, revelando sua multiplicidade e dimensões;

Os estudos de caso usam uma variedade de fontes de informação. O pesquisador deve recorrer a uma variedade de dados os quais são coletados em diversas situações. A esse respeito Yin (2015) acrescenta o princípio da triangulação. Em pesquisa, o princípio refere-se ao desígnio de buscar ao menos três modos de verificar ou corroborar um determinado evento, descrição ou fato que está sendo relatado por um estudo. Tal corroboração serve como outra forma de reforçar a validade de um estudo. O primeiro tipo de triangulação é o meio pelo qual as descobertas do estudo de caso são sustentadas por mais de uma fonte de evidência (YIN, 2016). Para atender esse requisito, neste estudo foi utilizada a análise de dados resultantes de entrevistas, observações registradas em diário de campo e banco de dados a partir de documentos prescritivos. Destarte, os estudos de caso procuram representar diferentes pontos de vista numa situação social. O pesquisador procura trazer, para o estudo, essa divergência de opiniões expondo seus achados no relatório de estudo de caso.

Os estudos de caos utilizam uma linguagem mais acessível de que os outros relatos de pesquisa. Em geral são apresentados em estilo informal, narrativo, ilustrativo, citações, exemplos e descrições (LUDKE; ANDRÉ, 2013).

Portanto, o Estudo de Caso é adequado por se tratar de uma análise em profundidade de uma unidade em foco. Além disso, é um estudo com tema contemporâneo, com utilização de diversas formas de coleta de dados, como observação, pesquisa documental e entrevista

com roteiro semiestruturado. Segundo Yin (2015) o método de estudo de caso tem por objetivo analisar uma unidade social, buscando responder “como” e “por que” os fenômenos ocorrem sendo, portanto, coerente com a proposta deste estudo. Assim, a natureza do problema e os detalhes do fenômeno a ser analisado justificam a escolha da realização de um estudo de caso, dentro da perspectiva de se preocupar em detalhar e descrever em profundidade determinado fenômeno.

Desse modo, a estratégia é adequada quando se trata de questões nas quais estão presentes fenômenos contemporâneos inseridos em contextos da vida real, sendo utilizada em estudos organizacionais e gerenciais, contribuindo de forma inigualável, para compreensão de fenômenos complexos, nos níveis individuais, organizacionais, sociais e políticos (YIN, 2015).

Segundo Becker (1999) o estudo de caso é realizado com duas finalidades: alcançar uma compreensão abrangente do grupo em estudo; e tentar desenvolver declarações teóricas mais gerais sobre os processos e estruturas sociais do fenômeno estudado. Dessa forma, o estudo de caso não pode ser concebido sob uma única mentalidade de testar proposições gerais, tendo que ser organizado de forma a dar conta de uma variedade de problemas teóricos e descritivos. Os diversos fenômenos observados pelo pesquisador têm que ser incorporados ao seu relato e receber atribuição de relevância teórica.

Esta abordagem possibilita visualizar o objeto de estudo considerando seus condicionantes, sua especificidade e as relações que o permeiam, permitindo analisá-lo e interpretá-lo, além de comportar uma visão do indivíduo inserido em determinado contexto e realidade que são potenciais de transformação do ambiente e da sociedade na qual faz parte (MINAYO, 2010).

Yin (2015) acrescenta que o estudo de caso é utilizado como estratégia adequada quando se trata de questões inseridas no contexto de vida real e diária, contemplando pesquisas que buscam compreender fenômenos complexos, como estudos organizacionais. O estudo de caso é descritivo e interpretativo porque se propõe a conhecer e descrever a realidade do campo pesquisado, assim como os fenômenos, e analisá-los para, depois, interpretá-los. Visto o exposto, as práticas cotidianas são dinâmicas e podem ser influenciadas por determinado contexto sendo, portanto, coerente utilizar o estudo de caso por ser capaz de refletir o âmbito real das práticas de profissionais de saúde da instituição estudada.

### 4.3 Cenário de pesquisa

O estudo foi realizado em um hospital filantrópico, localizado na Zona da Mata de Minas Gerais, credenciado como Hospital de Ensino (HE) em 2015.

A opção pelo hospital foi baseada na compreensão que o ambiente é caracterizado pela concentração de múltiplas categorias profissionais e uma maior complexidade do cuidado prestado aos pacientes (MACHADO; MARQUES MARTINS; SILVA, 2013). Além disso, a instituição foi escolhida por fazer parte da Rede de Hospitais Sentinela desde 2012.

Vale esclarecer, que a Rede Sentinela é uma rede de hospitais coordenada pela ANVISA, uma estratégia que visa à prevenção de riscos associados ao consumo de produtos sujeitos à vigilância sanitária sendo necessário notificar e monitorar EAs e queixas técnicas de produtos de saúde em geral (materiais, medicamentos, saneantes, kits para provas laboratoriais e equipamentos médico-hospitalares).

A participação é voluntária e a principal finalidade é a notificação de incidentes, além de promover medidas que visam reduzi-los, colaborando com a vigilância, a segurança e qualidade de serviços para pacientes e profissionais de saúde (BRASIL, 2010).

Além de pertencer a Rede Sentinela, o hospital pertencia ao ProHosp (Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS de MG), o que exigia a criação da comissão de gerenciamento de risco. Portanto, para a definição da instituição como cenário do presente estudo, considerou-se o fato de ser um hospital que possuía uma comissão de gerenciamento de riscos e que desenvolve ações voltadas para a qualidade e segurança do paciente.

O hospital possui 116 leitos e média de atendimento 5.232 pacientes-dia ao mês. Foi inaugurado em 21 de outubro de 1984 como Entidade Filantrópica de Utilidade Pública Federal, Estadual e Municipal, registrada no Conselho Nacional de Assistência Social e tem como política e diretriz a meta de atendimento médico-hospitalar, de diagnóstico e tratamento, objetivando melhor atendimento. As instituições hospitalares filantrópicas, para manter o status de filantropia e usufruir dos benefícios fiscais precisam observar a obrigação legal de atender pacientes do SUS em pelo menos 60 % de sua capacidade instalada, conforme determina o parágrafo 4º do artigo 3º do Decreto nº 2.536, de 06 de abril de 1998 e suas alterações, corroborado pela Lei nº 12.101 de 27 de novembro de 2009 (BERNARDES, 2010).

Segundo Martins et al. (2015), hospitais com mais de 101 leitos representam uma característica favorável em termos da garantia de economia de escopo (produzir volume de atendimento a procedimentos específicos, com menor custo e qualidade) e escala (produzir volume de atendimento suficiente e com qualidade e menor custo).

O referido hospital tem uma estrutura organizacional composta por uma superintendência executiva em apoio a Diretoria do Hospital. Essa diretoria é composta por um diretor técnico, um diretor administrativo e um diretor clínico. Considerando a hierarquia organizacional, abaixo da diretoria estão as seguintes gerências: Gerência de Enfermagem; Gerência de Suprimentos; Gerência de Controladoria; Gerência Administrativa; e Gerência de Recursos Humanos.

O hospital tem sua Missão fundamentada em “Prestar assistência médico-hospitalar e ambulatorial à comunidade local e referenciada, oferecendo atendimento de alta qualidade, investindo em aprimoramento dos colaboradores e em tecnologia; tornando-se um referencial na área de saúde e buscando permanentemente fazer do ambiente de trabalho, lugar onde se valoriza a vida, o bem-estar físico e mental da comunidade” (PLAMHUV, 2015).

Sua Visão é “Tornar o hospital referência para sua microrregião por meio de desenvolvimento de boas práticas de gestão, prestando atendimento humanizado e diferenciado, com tecnologia de ponta e serviços de diagnóstico resolutivos” (PLAMHUV, 2015).

Trata-se de um serviço de referência de uma região de saúde composta por oito municípios: Porto Firme, Canaã, Araponga, São Miguel do Anta, Pedra do Anta, Teixeiras, Cajuri e Paula Acândido.

Para aprofundar a análise no âmbito *real* da instituição, optou-se por coletar os dados na unidade de internação do hospital. A escolha por pesquisar em unidades de internação foi com base na proposição de que é o local onde se concentra uma variedade diagnóstica e disparidade de práticas, além de acreditar ser local mais desprovido de atenção da instituição. A maioria dos estudos no ambiente hospitalar dá preferência aos locais de urgência e emergência, como pronto atendimento, Centro de Tratamento Intensivo (CTI) e Bloco cirúrgico (BC). Além disso, a escolha baseou-se em resultados de uma pesquisa na qual o objetivo era avaliar a incidência de eventos adversos em hospitais no Brasil. Seus resultados apontaram que a enfermaria foi o local com maior frequência de eventos adversos (48,5%) (MENDES, 2009).

A instituição possui seis unidades de internação, denominadas na instituição por “Alas”, as quais são localizadas do segundo ao quinto andar, com atendimento a pacientes adultos de Clínica Médica: destinada aos usuários em internação hospitalar que necessitem de atenção multiprofissional compreendendo as áreas: infectologia, cardiologia, clínica geral, dermatologia, geriatria, hematologia, neurologia, nefrologia, oncologia, pneumologia e ginecologia, e Clínica Cirúrgica: destinada aos usuários pré e pós-cirúrgicos. A instituição não atende pediatria. Neste estudo, o termo Unidade de Internação abrange as seis alas de clínica médica e cirúrgica.

A escala de trabalho funciona com plantões de doze horas (para Técnicos de Enfermagem- TE e alguns enfermeiros) e plantões de 8h para demais enfermeiros (Quadro 4). O plantão noturno funciona com um enfermeiro plantonista para toda a unidade de internação, um enfermeiro no pronto atendimento, e um para o CTI. Nos finais de semana e feriados também segue escala de plantonistas. O regime de trabalho é celetista regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

Quadro 4 - Composição da unidade de internação

Setor	Número de leitos	Equipe de enfermagem
<b>Ala C (clínica médica, enfermaria)</b>	27	2 Enfermeiros 12x36h 4 TE diurno 12x36h 5 TE noturno 12x36h
<b>Ala D (clínica cirúrgica enfermaria)</b>	31	2 Enfermeiros 12x36h 4 TE diurno 12x36h 4 TE noturno 12x36h
<b>Ala de Saúde Mental - SM (clínica médica, enfermaria)</b>	10	2 TE diurno 12x36h 2 TE noturno 12x36
<b>Ala E (clínica cirúrgica, apartamentos)</b>	12	1 Enfermeiro (o mesmo da SM), 8h diárias (44 semanais). 2 TE diurno 12x36h 2 TE noturno 12x36h
<b>Ala F (apartamentos, clínica médica e cirúrgica, particular e convênio)</b>	11	1 Enfermeiro ( o mesmo da ala G), 8h diárias (44 semanais). 2 TE diurno 12x36h 2 TE noturno 12x36h
<b>Ala G (apartamentos, clínica médica e cirúrgica, particular e convênio)</b>	12	2 TE diurno 12x36h 2 TE noturno 12x36
<b>PLANTÃO NOTURNO</b>		3 Enfermeiros 12x60h
<b>TOTAL</b>	103 Leitos	9 Enfermeiros 33 TE

Fonte: elaborado pela autora com dados da pesquisa

#### **4.4 Participantes da pesquisa**

Os participantes da pesquisa foram os profissionais membros do Núcleo de Segurança do Paciente e a equipe de enfermagem (Enfermeiros e técnicos de enfermagem) da unidade de internação, plantão diurno e noturno. A opção pelos profissionais do NSP foi baseada na compreensão que são eles que gerenciam e formulam as ações para alcançar a segurança do paciente (o âmbito prescritivo). Desse modo, foi utilizado como critério de inclusão ser membro do NSP, e, para a equipe de enfermagem, trabalhar nas alas de internação, clínica médica e cirúrgica, possuindo no mínimo, um ano de trabalho.

Os profissionais membros do Núcleo que participaram da pesquisa foram; seis enfermeiros, um técnico de enfermagem (TE), um nutricionista, um farmacêutico, dois administradores e um economista doméstico. Todos os profissionais integrantes do núcleo foram convidados a participar da pesquisa. No entanto, dois profissionais estavam de licença médica e um se recusou a participar, perfazendo um total de 12 participantes do NSP.

A inclusão da equipe de enfermagem como participantes da pesquisa se justifica pelo fato de serem os profissionais que mais permanecem nestas unidades desenvolvendo assistência direta aos pacientes, configurando o cenário real das práticas profissionais. Foi utilizado como o critério de inclusão possuir um ano de vínculo profissional com a instituição. Ao todo eram nove enfermeiros, no entanto, dois não entraram no critério de inclusão, fechando com sete participantes. Para os TE, utilizou-se, para a amostragem, o critério de saturação de dados.

A amostragem por saturação tem sido amplamente utilizada em pesquisas no Campo da saúde, sendo indicada para estabelecer ou fechar o tamanho final de uma amostra de estudo, interrompendo a captação de novos elementos. Suspende a inclusão de novos participantes por apresentar redundância ou repetição para o pesquisador, não sendo relevante continuar a coleta de dados (DENZIN, 1994). A saturação dos dados ocorreu na 12ª entrevista com os TE. No total, participaram da pesquisa 31 profissionais.

Nos resultados será apresentado um breve perfil dos sujeitos.

#### **4.5 Coleta dos dados**

A coleta de dados do presente estudo foi realizada por meio do levantamento de dados primários e secundários, coletados no período de maio a dezembro de 2015.

Yin (2015) sugere que, nos estudos de caso, o pesquisador realize o que se pode chamar de fase exploratória do caso, ou seja, a delimitação e a contextualização de onde e como ocorrem os fenômenos. Neste sentido, a contextualização do cenário da pesquisa ocorreu em maio de 2015, período anterior à coleta de dados empíricos, e foram realizadas três momentos de visitas à enfermeira coordenadora do gerenciamento de riscos da instituição para levantamento de dados referente à organização do serviço. A mesma concedeu o diagnóstico situacional redigido pela ONA na ocasião da visita diagnóstica à instituição em 2010, concedeu também o documento referente à nomeação do NSP e a partir desse dado foi possível averiguar quem eram membros do NSP e que, portanto, fariam parte da pesquisa. A fase exploratória se estendeu durante toda a coleta de dados e a caracterização do cenário está descrita nos resultados.

Os dados secundários foram obtidos por meio de pesquisa documental: documentos relativos à gestão da qualidade (relatórios, protocolos, indicadores, registros e plano de ação do NSP) possibilitando o resgate de fontes prescritas, ou seja, as práticas planejadas para alcance da segurança do paciente.

A análise documental na definição de Bardin (2011) é um conjunto de operações que visam representar o conteúdo de um documento sob forma diferente do original, para facilitar sua consulta e referência.

Os dados primários foram coletados com duas estratégias: mediante a realização de entrevistas, com roteiro semiestruturado, pois permite uma estrutura flexível, que consiste em questões abertas que definem, inicialmente, o que se quer explorar (APÊNDICE B), e a observação, com registro em diário de campo (APÊNDICE C). A observação e as entrevistas possibilitaram o resgate de fontes reais. A entrevista foi realizada com todos os sujeitos participantes do estudo, segundo o critério de inclusão.

A entrevista é o procedimento mais usual em trabalho de campo quando o pesquisador deseja obter informações contidas no discurso dos atores sociais. Essa técnica se caracteriza por uma comunicação verbal que reforça a importância da linguagem e do significado da fala, podendo-se obter dados objetivos e subjetivos (MINAYO, 2010).

A autora ainda destaca que, para as ciências sociais, a entrevista se torna um instrumento privilegiado pela possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais

de valores, normas e símbolos, sendo capaz de revelar modelos interiorizados e refletir caráter histórico específico das relações sociais (MINAYO, 2010).

As entrevistas com os profissionais, por uma questão de facilidade de acesso foram agendadas a medida que a pesquisadora encontrava com possíveis participantes da pesquisa no cenário estudado, no horário de preferência do participante. As entrevistas ocorreram no próprio setor de trabalho dos profissionais. Todas foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra, para análise e interpretação dos depoimentos. As entrevistas tiveram duração entre 10 a 100 min.

A outra técnica utilizada para a coleta de dados foi a observação. Foram registradas as impressões e observações da pesquisadora em um diário de campo. A inserção no campo de investigação se deu durante o período de agendamento e realização das entrevistas. A pesquisadora permanecia no campo de investigação antes e após a realização das entrevistas, registrando aspectos referentes ao comportamento dos sujeitos da organização, comunicação e dinâmica do trabalho nos setores visitados, assistência e admissão de pacientes pela equipe de enfermagem.

Segundo Minayo (2010) o registro em um diário de campo é um instrumento de coleta de dados que pode levar à obtenção de informações que contribuem para a análise dos dados, tais como conversas, comportamentos, expressões e outras questões relevantes.

#### **4.6 Aspectos éticos**

Os aspectos éticos foram respeitados e a pesquisa foi analisada e aprovada pela Câmara do Departamento de Enfermagem Aplicada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, pelo Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos da Universidade Federal de Minas Gerais- CAAE nº 44109015.0.0000.5149 (ANEXO A) e, também, pelo Comitê de Ética em Pesquisa do hospital, cenário deste estudo (ANEXO B), em conformidade com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/12, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos do Ministério da Saúde.

Foram respeitados os direitos dos sujeitos, de recusar a participar ou retirar seu consentimento no decorrer da pesquisa. Aos que aceitaram participar da pesquisa foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi preenchido e assinado por todos (APÊNDICE C). Também, foi assegurado o caráter anônimo dos sujeitos utilizando nos

resultados as siglas E de Enfermeiros, TE de técnicos de enfermagem e NSP para os membros do Núcleo de Segurança do paciente, seguido do número da entrevista.

#### **4.7 Análise dos dados**

Para análise dos dados foi utilizada a análise de conteúdo, que “(...) é um conjunto de técnicas de análise de comunicações” (BARDIN, 2011, p. 33). Essa análise ocorre segundo procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo dos enunciados. Pode ser uma análise dos significados, mas também dos significantes. Mediante algumas regras, definem-se unidades de codificação ou de registro que, por sua vez, serão agrupadas em categorias (BARDIN, 2011).

Segundo Bardin (2011), na análise de conteúdo a pesquisa deve ser organizada seguindo três critérios cronológicos: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados; e inferência e interpretação.

Portanto, depois de transcritos, os dados passaram pela pré análise, consiste em sintetizar e tornar operacionais as ideias iniciais, tendo por objetivo a organização. Nesta fase, faz-se inicialmente a leitura flutuante que consiste em estabelecer o contato com os documentos a analisar e conhecer o texto, deixando-se invadir por impressões e orientações. A partir de então, estabelece-se a constituição do corpus, os quais são entendidos como o conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos à análise.

A segunda fase da análise de conteúdo é a exploração do material, a qual consiste essencialmente em operações de codificação. A codificação corresponde a uma transformação dos dados empíricos e pode ser feita por recorte, agregação e enumeração de forma a atingir uma representação de conteúdo ou da sua expressão (BARDIN, 2011).

A análise de conteúdo pode ser realizada mediante a investigação “dos significados”, a partir da análise temática. O “tema” é geralmente utilizado como unidade de registro para estudar motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças (BARDIN, 2011) e, portanto, seu uso é pertinente neste estudo.

Seguindo estas etapas, para a análise dos dados, todo o material foi organizado, e realizada a leitura “flutuante”, que consistiu em leituras exaustivas de todo material, possibilitando que surgissem impressões sobre o mesmo. Em seguida, foi feita a categorização dos temas relevantes, identificados 49 Unidades de Registros. Essas

categorizações podem ser feitas por semelhanças ou diferenças entre as unidades de registros, ou ainda, por critério de associação entre essas unidades. Após a categorização, procedeu-se à análise dos conteúdos, com a interpretação dos dados, tendo por base a literatura, buscando os significados das mensagens, a partir das mensagens ditas e outros significados de natureza psicológica, sociológica, política (BARDIN, 2011).

## *RESULTADOS E DISCUSSÃO*

---

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Antes de apresentar as categorias de análise será apresentada uma breve análise descritiva do perfil dos participantes, haja vista sua importância para contextualização.

### 5.1 Perfil dos participantes da pesquisa

A partir dos dados obtidos na identificação dos participantes da pesquisa foi possível traçar o perfil dos membros do NSP, dos enfermeiros e dos técnicos de enfermagem.

Os profissionais membros do NSP participantes da pesquisa foram; seis enfermeiros, um técnico de enfermagem (TE), um nutricionista, um farmacêutico, dois administradores e um economista doméstico. Desse modo, o Núcleo era formado predominantemente por profissionais com formação na área da saúde (75%).

O Núcleo era composto por profissionais de diversos setores numa tentativa de inserir representantes de toda a instituição. Dos participantes do núcleo, 83,33 % eram do sexo feminino (n=10), com maior representatividade de enfermeiros, com 50% (n=6). No que se refere à faixa etária, a idade dos membros do NSP variou entre 26 e 50 anos, com média de 38,33 anos. Em relação ao tempo de formado houve uma variação de 3 a 30 anos, com média de 10,3 anos. Todos possuíam cargo de coordenação com exceção de um integrante, um técnico de enfermagem da Comissão do Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). A média de tempo na instituição foi de 12,6 anos.

Diferentemente dos técnicos de enfermagem, a maioria não possuía outro vínculo profissional e também desconhecia aspectos da segurança do paciente até ingressar no hospital. Foi possível observar, dentre aqueles que possuíam conhecimento prévio sobre segurança do paciente, um atuava na docência do ensino superior e a outro tinha titulação de mestre, sendo um dos temas discutido na pós-graduação. Merece destaque o fato de a maioria possuía mais de oito anos de formação e atuação profissional na instituição, o que implica grande experiência de trabalho. No entanto, na época da graduação desses profissionais não foi abordado aspectos teóricos da Segurança do Paciente. A formação profissional na área da saúde abarcando aspectos da segurança paciente no currículo ainda é algo novo no Brasil.

Ressalta-se para atender o princípio de disseminação sistemática da cultura de segurança da RDC nº36 seria interessante um representante médico na composição do núcleo

e até mesmo um representante da residência médica, no entanto não havia membro do NSP representando a categoria.

Todos integrantes do núcleo trabalhavam 40 horas semanais com exceção da Enfermeira da CCIH/Qualidade, que trabalhava 30 horas semanais. O Quadro 5 sintetiza o perfil destes participantes.

Quadro 5 - Perfil dos profissionais do núcleo de segurança do paciente

	Sexo	Idade	Formação	Tempo de formado	Função	Tempo na instituição	Outros empregos	Conhecimento prévio sobre Segurança
<b>NSP</b>	M	35	Enfermeiro	4	Coord Hemo transfusional	10	Não	Não
<b>NSP</b>	F	27	Enfermeiro	4,6	Gerente de Risco/ Enfermeira CCIH e da Qualidade	4,6	Consultor	Não
<b>NSP</b>	F	41	Enfermeiro	15	RT Enfermagem	9	Docência	Sim
<b>NSP</b>	F	50	Nutrição	30	Coord Nutrição	30	Não	Não
<b>NSP</b>	F	45	Economia doméstica	15	Coord Lavanderia, Manutenção e Hotelaria	10	Não	Não
<b>NSP</b>	F	32	Técnica enfermagem	10	TE da CCIH	9	Não	Não
<b>NSP</b>	F	49	Administração	10	Gerente Administrativo	29	Não	Não
<b>NSP</b>	F	43	Administração	6	Coord Recepção	1,6	Não	Não
<b>NSP</b>	F	31	Enfermeiro	8	Coord CTI	8	Não	Sim
<b>NSP</b>	F	32	Enfermeiro	8	Coord CME	8	Não	Não
<b>NSP</b>	F	26	Farmacêutica	3	RT Farmácia	1,6	Prefeitura	Não
<b>NSP</b>	F	49	Enfermeiro	8	Coord BC	30	Docência	Não

Fonte: elaborado pela autora com dados da pesquisa

Em relação aos enfermeiros da unidade de internação, participaram da pesquisa sete enfermeiros, 71 % eram do sexo feminino. No que se refere à faixa etária, a média de idade foi de 32 anos. Em relação ao tempo de formado houve uma variação de 1 a 12 anos, com média de 4 anos. A média de tempo na instituição foi de 4 anos. A maioria afirmou que não possuía conhecimento sobre Segurança do Paciente antes de ingressarem na instituição, e não

possuía outro vínculo profissional. O quadro 6 sintetiza o perfil dos enfermeiros participantes da pesquisa.

Quadro 6 - Perfil dos Enfermeiros

	Sexo	Idade	Tempo de Formado (anos)	Tempo na instituição (anos)	Outros Empregos	Conhecimento prévio sobre SP antes de entrar na instituição
<b>E</b>	F	25	1	1	Não	Sim
<b>E</b>	F	24	1	1	Não	Sim
<b>E</b>	F	38	12	11	Não	Não
<b>E</b>	M	28	4	5	Não	Não
<b>E</b>	F	41	1,6	5	Não	Não
<b>E</b>	F	34	2,5	4	Não	Não
<b>E</b>	M	34	7	1,7	Sim	Não

Fonte: elaborado pela autora com dados da pesquisa

Analisando o perfil dos enfermeiros, eram pessoas jovens, diferentemente dos técnicos de enfermagem; pessoas mais velhas com maior tempo de formado, média de 9,6 anos. O perfil dos TE está descrito no Quadro 7. A maioria dos TE era do sexo feminino, com idade entre 28 e 58 anos e média de 40 anos. O tempo na instituição variou entre 3 e 20 anos com média de 6,4 anos. 50% dos TE entrevistados possuíam outra atividade remunerada.

Quadro 7 - Perfil dos técnicos de enfermagem

	Sexo	Idade	Tempo de formado (anos)	Tempo na instituição (anos)	Outros empregos	Conhecimento prévio sobre SP
<b>TE</b>	F	36	8	8	Cabelereira	Não
<b>TE</b>	F	42	20	20	TE Particular	Não
<b>TE</b>	F	40	4	4	Não	Não
<b>TE</b>	F	30	6	6	UPA	Não
<b>TE</b>	F	38	4	4	Não	Não
<b>TE</b>	M	47	10	4	PSF	Não
<b>TE</b>	F	36	10	6	TE particular	Não
<b>TE</b>	F	44	7	6	PSF	Não
<b>TE</b>	M	50	8	7	Não	Não
<b>TE</b>	F	51	15	3	Não	Não
<b>TE</b>	F	28	9	4	Não	Não
<b>TE</b>	F	38	15	5	Não	Não

Fonte: elaborado pela autora com dados da pesquisa

A apresentação e a discussão dos resultados da triangulação dos dados deste estudo foram organizadas em forma de categorias de análise (com categorias e sub categorias) conforme mostra o quadro 8.

Quadro 8 - Categorias e subcategorias

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>
4.2 Compreendendo as dimensões prescritas e reais	4.2.1 Histórico da segurança do paciente e implantação do Núcleo de Segurança do Paciente
	4.2.2 Do imaginário ao real
<b>4.3 A dimensão real das notificações de eventos adversos</b>	<b>4.3.1 A prática de notificação de eventos adversos</b>
	<b>4.3.2 Barreiras na prática efetiva das notificações de eventos adversos</b>
	<b>4.3.3 A importância da notificação de eventos adversos</b>
4.4 Fatores de (in) segurança do paciente	4.4.1 A realidade relacionada a recursos materiais
	4.4.2 A realidade relacionada a recursos humanos
	4.4.3 A realidade relacionada a fatores pessoais
	4.4.4 A realidade relacionada a fatores institucionais
<b>4.5 Práticas de segurança do paciente na Unidade de Internação</b>	<b>4.5.1 Práticas de enfermagem na Unidade de Internação</b>
	<b>4.5.2 A prática de administração de medicação na Unidade de Internação</b>

4.6 A segurança do paciente e sua interface com a prática médica

Fonte: elaborado pela autora

## 5.2 Compreendendo as dimensões prescritas e reais

Esta categoria tem como objetivo evidenciar, na primeira subcategoria, o âmbito prescritivo do NSP e suas práticas, e, na segunda subcategoria, o âmbito real. A triangulação dos dados da análise documental, das entrevistas e da observação possibilitou essa análise.

### ***5.2.1 Histórico da segurança do paciente e implantação do Núcleo de Segurança do Paciente***

Esta subcategoria foi construída, principalmente, da análise documental e da observação de campo, o que possibilitou construir a trajetória da segurança do paciente na instituição estudada.

Em 2010, com o propósito de melhorar a qualidade e receber avaliação do serviço, o hospital iniciou o Processo de Acreditação hospitalar, pleiteando o certificado de Acreditado, nível 1 da Organização Nacional Acreditação (ONA). Para tanto, foi organizado o setor da qualidade, e em novembro de 2010 o hospital solicitou a visita de uma Instituição Acreditadora Credenciada (IAC), passando apenas pela etapa da visita diagnóstica. Foi emitido um relatório sugerindo várias modificações no âmbito da estrutura, processos e resultados. Entretanto, a instituição passou por algumas dificuldades, principalmente de cunho financeiro, o que impossibilitou dar prosseguimento a este processo e não chegaram a agendar uma visita certificadora.

A acreditação hospitalar é uma das estratégias utilizada para melhorar a qualidade e minimizar a ocorrência de erros. As instituições precisam cumprir normas que incidem sobre a segurança do paciente, sobre a standardização de procedimentos, mudanças no gerenciamento do trabalho, criação de gestão de riscos, protocolos e indicadores (SOUSA, 2006; SIMAN; CUNHA; BRITO, 2016). Esse processo auxilia a instituição na definição de processos mais seguros.

A segurança é considerada uma das dimensões da qualidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009), ambas são indissociáveis, e os serviços de saúde que diminuem a um mínimo possível os riscos de dano ao paciente (segurança) estão aumentando a qualidade dos seus serviços. Porém, é possível estabelecer atividades de melhoria da qualidade sem repercussão alguma na segurança (BRASIL, 2013). Vale esclarecer, que exigências anteriormente apenas para as instituições que pleiteavam a certificação de qualidade, como por exemplo, o gerenciamento de riscos, com o PNSP passa a valer a todas as instituições de saúde.

Na instituição em estudo, as discussões sobre a prevenção de danos ao paciente foram iniciadas em 2011, concretizando em 2012 com o credenciamento do hospital à Rede Brasileira de Hospitais Sentinela. A Rede Sentinela é uma rede de hospitais coordenada pela

ANVISA, uma estratégia que visa à prevenção de riscos associados ao consumo de produtos sujeitos à vigilância sanitária. Os hospitais vinculados devem notificar e monitorar EAs e queixas técnicas de produtos utilizados nesses estabelecimentos, referentes à tecnovigilância, farmacovigilância e hemovigilância, bem como promover medidas que visam reduzi-los. Os hospitais têm participação voluntária na Rede e a principal finalidade é a notificação (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2010).

O hospital possuía ProHosp, o que já exigia a criação de uma comissão de gerenciamento de risco. Portanto, desde 2012 a instituição vem desenvolvendo o gerenciamento dos principais riscos inerentes à saúde. Seus membros compuseram o NSP, criado em maio de 2013, sendo acrescentados outros profissionais. Neste período, foi realizado o mapeamento de risco de cada setor e instituídas as fichas de notificações de queixas técnicas.

O Pro-Hosp é um Programa do governo estadual e tem como objetivo modificar a lógica da relação entre o Estado e os hospitais sem fins lucrativos, que prestam serviço pelo SUS, apresentando uma alocação de recursos para a gestão hospitalar com a finalidade de mobilizar as práticas de gestão e arranjos organizacionais no rumo da eficiência, equidade e melhoria da qualidade da assistência (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2010).

Ressalta-se que é aceitável que a direção do serviço de saúde empregue a estrutura de comitês, comissões, gerências, coordenações ou núcleos já existentes para o desempenho das atribuições do NSP, o que ocorreu na instituição estudada (BRASIL, 2013b).

O NSP foi nomeado pelo diretor Administrativo com a seguinte composição: enfermeiro responsável pelo NSP; enfermeiro Responsável Técnico (RT); enfermeiro do Centro de Tratamento Intensivo (responsável pela tecnovigilância); enfermeiro do banco de sangue (hemovigilância); farmacêutico (farmacovigilância); gerente de apoio operacional; enfermeiro coordenador do Pronto Atendimento; enfermeiro coordenador do Bloco Cirúrgico e enfermeiro coordenador da Central de Material Esterilizado; enfermeiro da Hemodiálise; um nutricionista; coordenador da recepção; e coordenador da manutenção. Total de 13 pessoas. Em julho de 2014 alterou a RT da instituição e foi acrescentado como membro do núcleo o enfermeiro responsável pela hemodinâmica e um técnico de enfermagem da CCIH, total de 15 pessoas.

O caráter estratégico e articulador do núcleo justificam a sua composição envolvendo todos os enfermeiros gerentes, representando cada um dos setores da instituição. Por outro

lado, chama a atenção o fato de não haver nenhum representante médico na composição do núcleo ou até mesmo um representante da residência médica, o que seria fundamental para atender o princípio de disseminação sistemática da cultura de segurança. Também não foram identificadas comissões afins ao trabalho do núcleo de segurança do paciente, as quais poderiam atuar como membros consultivos do Núcleo.

Com essa formatação, a comissão iniciou suas atividades na condução das ações de melhoria da qualidade e da segurança do paciente.

A RDC 36, ao determinar a criação de um NSP em cada instituição, também determina que a instância deve ser responsável em elaborar o Plano de Segurança do Paciente, executar atividades afins, monitorar incidentes e eventos adversos e notificá-los a ANVISA (BRASIL, 2013b). Anteriormente, o que era de responsabilidade apenas dos hospitais sentinelas, passa a ser de responsabilidade de cada unidade de saúde.

Apesar da criação do NSP, a instituição em estudo manteve suas notificações e ações preventivas e educativas com foco nas queixas técnicas de tecnovigilância, farmacovigilância e hemovigilância. Somente em 2015 instituíram a ficha de notificação de EA internos (ficha de notificação manual) para complicações com acesso venoso, queda do leito, erro de medicação, erro em cirurgias, úlcera por pressão, infecção hospitalar, acidentes biológicos e não biológicos, relacionados à infraestrutura, descarte incorreto, acidentes não biológicos, perda de sonda e outros).

O gerente de riscos deve manter atualizado o registro das notificações no Sistema de Notificação da Vigilância Sanitária (NOTIVISA). Trata-se de uma ferramenta eletrônica, um sistema nacional, de repórter de eventos adversos. Profissionais, instituições e indivíduos podem notificar problemas relacionados ao uso de tecnologias e de processos assistenciais, por meio do monitoramento da ocorrência de queixas técnicas de medicamentos, produtos para a saúde, incidentes e eventos adversos, com o propósito de fortalecer a vigilância após uso das tecnologias em saúde (BRASIL, 2009). Em 2013, 50% das notificações de eventos adversos e queixas técnicas foi proveniente da Rede Sentinela (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013).

O registro das notificações no NOTIVISA deve ser realizado mensalmente, até o 15º dia útil do mês, na plataforma web. Os eventos que evoluírem a óbito devem ser notificados até 72 horas a partir do ocorrido. Contudo, evidenciou-se que os participantes do NSP percebem na obrigatoriedade da notificação uma desvantagem, não reconhecendo seu cunho

educativo e de aperfeiçoamento do conhecimento. Como vantagem, reconheceram os cursos oferecidos pela ANVISA, realizados no Hospital Albertin Eisten, em São Paulo, e outras capacitações.

Conforme preconiza a RDC nº 36, foi identificado o Plano de Segurança do Paciente (PSP), versões janeiro de 2014 e janeiro de 2015. O PSP é um documento que aponta situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão dos riscos visando a prevenção e a mitigação dos incidentes, desde a admissão até a alta ou o óbito do paciente (BRASIL, 2013b).

Ao analisar o PSP da instituição, o documento possuía definição clara das ações dos profissionais que o compõe: de monitorar os incidentes e EA.

O documento continha uma introdução, ponderando sobre a trajetória do hospital com o gerenciamento dos riscos; a composição e as competências do núcleo, a saber:

I promover ações para a gestão de risco no serviço de saúde;

II desenvolver ações para a integração e articulação multiprofissional no serviço de saúde;

III promover mecanismo de identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas;

IV elaborar, implantar divulgar e manter atualizado o plano de segurança do paciente;

V acompanhar as ações vinculadas ao plano de segurança do paciente;

VI implantar os protocolos de segurança do paciente e realizar monitoramento de seus indicadores;

VII estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes no serviço de saúde;

IX analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação de serviço;

X compartilhar e divulgar a direção e aos profissionais do serviço os resultados da análise e avaliação dos dados;

XI notificar ao Sistema Nacional e Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação de serviço;

XII manter sob a sua guarda e disponibilizar a autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de eventos adversos;

XIII acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações e riscos divulgados pelas autoridades sanitárias.

O documento também descrevia as estratégias e ações, referindo que suas práticas estavam embasadas em metas internacionais de segurança, a saber: Identificação do paciente; Higienização das mãos; Segurança cirúrgica; Segurança na prescrição e administração de medicamentos e de hemocomponentes; Segurança de equipamentos e materiais; Prevenção de queda do paciente; Prevenção de úlcera por pressão; Segurança nas terapias enterais e parenterais. Ainda, Vigilância, monitoramento e notificação do evento adverso.

Estudo realizado em 2013 revelou que o cumprimento dessas estratégias propiciam melhorias para os processos nas instituições de saúde, visto que, para o seu cumprimento, é necessária a adequação de diversos processos gerenciais e assistenciais, permitindo não só a segurança dos pacientes como também dos profissionais (VELHO; TREVISIO, 2013).

Informalmente, alguns participantes da pesquisa citaram um projeto de extensão da universidade pública local como auxílio e capacitação da equipe na temática segurança do paciente. Temas como eventos adversos e notificação; como notificar, quem pode notificar, com a realização de treinamentos com o grupo gestor e com profissionais de saúde de alguns setores do hospital. Essa foi a principal estratégia de divulgação para alavancar as notificações e diminuir os erros. Outra estratégia foi dar autonomia aos residentes, acadêmicos, e demais alunos que frequentavam a instituição na realização de notificações uma vez que possuíam uma visão diferente dos funcionários internos.

A proposta descrita no PSP era a realização de reuniões com membros do núcleo uma vez ao mês. Entretanto, com a observação de campo evidenciou-se que na prática, as reuniões eram por diversas vezes remarcadas pela dificuldade em reunir o grupo, dificultando o cumprimento desse cronograma. As auditorias dos EA eram realizadas quase sempre no dia da sua ocorrência. No entanto, o número de participantes era reduzido e suas implicações geralmente eram punitivas. Cabem aqui, as reflexões sobre o prescrito e o real. O ideal, ou o prescrito, no caso o cronograma a ser cumprido pelo NSP não foi criado de modo compatível com as características reais das situações de trabalho, sobretudo, de suas especificidades.

A respeito de protocolos, constavam descritos alguns como o de Queda; Úlcera por Pressão; Cirurgia Segura (em fase de construção); de Identificação do Paciente; Higienização das Mãos. Não havia protocolo de Administração de Medicação com a justificativa de não haver uma farmacêutica clínica/ assistencial.

Esses achados se aproximam daqueles obtidos em estudo realizado no Brasil com 14 gerentes de risco, o qual apontou que as iniciativas menos utilizadas para a segurança do paciente são as relacionadas ao controle e prevenção de eventos adversos com medicamentos (SOUZA; SILVA, 2014). O farmacêutico clínico ainda não é uma realidade nos hospitais brasileiros.

Em relação à observação no setor de internação, as seis unidades são próximas uma das outras, localizadas do segundo ao quinto andar. Foi possível visualizar cartilhas e cartazes, do Ministério da Saúde sobre segurança do paciente, afixados nos corredores das alas particular e convênios, porém ausente na ala de SUS. Foram visualizados cartazes de higienização das mãos como um guia para melhorar essa prática; uma pasta em cada unidade contendo o Procedimento Operacional Padrão (POP) incluindo o de “Notificação de EA e queixas técnicas”.

Foi possível observar técnicos de enfermagem atarefados e mais sobrecarregados do que outros profissionais. Geralmente os profissionais estavam agitados, quase sempre havia uma grande circulação de pessoas, com vários residentes e acadêmicos desenvolvendo práticas em um mesmo quarto; muitos profissionais manipulando os prontuários. Prontuários desorganizados, alguns perdidos em setores por onde o paciente havia passado para fazer algum exame ou procedimento, tendo que ser localizados pelos técnicos de enfermagem. Foram aspectos observados principalmente na ala do SUS, um setor muito movimentado, e com uma variedade muito grande de diagnósticos e com pacientes em diferentes condições clínicas. Segundo Schout e Novaes (2007) a variedade das condições clínicas pode dificultar a padronização das condutas, além disso, a demanda geralmente é maior que a capacidade de atendimento de qualidade.

Em relação à rotina de trabalho, foi identificada a desorganização no trabalho. Técnicos de enfermagem tomavam decisões sobre rotinas, escalas e divisões de tarefas. Ressalta-se que a falta de organização do serviço é um aspecto que está relacionado à ocorrência de EAs (SOUSA et al., 2011.) Os técnicos de enfermagem desenvolviam predominantemente ações de higiene dos pacientes e medicações. Suas ações eram realizadas na ausência do enfermeiro, que praticamente não foi visualizado no setor, e em algumas situações os técnicos de enfermagem se reportaram ao médico. O enfermeiro assumia dois setores, localizados em andares distintos (mais de trinta leitos) dificultando sobremaneira seu trabalho.

Observou-se comunicação escassa entre equipe multiprofissional e equipe de enfermagem, havendo relato de não haver boa relação com a RT de enfermagem. Havia fragilidades na comunicação e na liderança dos enfermeiros. Como instrumentos de comunicação, a equipe utilizava caderno administrativo, passagem de plantão e mural de internação (instrumentos administrativos convencionais). Contudo, não foram identificados planejamento e condução do processo de trabalho pelo enfermeiro. As condutas dos enfermeiros nas unidades de internação eram pontuais, marcadas pela tentativa de implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), pois, por diversas vezes foram visualizados prontuários sem nenhum registro do enfermeiro em um intervalo maior que 24 horas. Foram observadas lacunas no conhecimento e ausência de ações pautadas nos princípios da qualidade e segurança do paciente.

Os achados são antagônicos às reflexões de práticas gerenciais como práticas sociais. Eles apontam para um universo pouco propício à cooperação e à troca de informações técnicas entre os setores da instituição e, portanto, há necessidade de os gerentes estabelecerem relações pessoais como propriedade indispensável para atingir os resultados. Neste sentido, a eficácia da organização depende dos fluxos de comunicação. Vale ressaltar, que as propostas de mudanças baseadas em princípios como o da qualidade tocam diretamente na prática gerencial, com a introdução de princípios como habilidades multidimensionais dos profissionais, delegação em vez de controle, ênfase nos resultados e educação (JUNQUILHO, 2007). Desse modo, não cabe um modelo burocrático, formal, racional para alcançar os resultados coletivos. Essas características de gestão estão relacionadas com a perspectiva técnica. No entanto, considerar as interações pessoais é adotar a perspectiva praxeológica da gestão.

Os achados também nos remetem às Práticas Seguras para uma Melhor Assistência à Saúde, do Fórum Nacional de Qualidade, serão citadas duas delas. A primeira, os líderes devem estar envolvidos no processo de criar e transformar a cultura de segurança do paciente, sendo que estruturas de liderança devem ser estabelecidas com a intenção de sensibilizar, responsabilizar, habilitar e agir em favor da segurança dos pacientes. A segunda, promover trabalho em equipe, recomenda-se estabelecer um enfoque proativo, sistemático e organizacional de formação em trabalho em equipe, com construção de habilidades e melhoria dos desempenhos das equipes para diminuir os danos preveníveis (NATIONAL QUALITY

FORUM, 2010). No entanto, com os resultados identificados a respeito da atuação do NSP, pode-se inferir que essas práticas estão fragilizadas na instituição estudada.

Observou-se ainda, que a enfermagem se sentia insegura para realizar algumas ações, principalmente frente à falta de pessoal e à manutenção de equipamentos (aspectos que serão discutidos em outra categoria). A equipe de enfermagem se mostrou, em conversas informais durante a observação, preocupada com as ações desenvolvidas por estudantes e residentes, afirmando que a segurança do paciente era uma iniciativa recente e precária, sem um direcionamento estratégico para mudar a realidade.

Cabe ressaltar os que possuem cargo intermediário de gestão, como os membros do núcleo, como importantes para um direcionamento estratégico, eles ocupam um lugar primordial, como atores chave para atingir resultados, mas para isso, precisam valorizar as relações. Neste sentido, a estratégia é definida como uma atividade social, construída por meio de ações, interações e negociações entre vários atores e práticas (CHANLAT, 2011, p. 9). Na instituição estudada, mediante os resultados apresentados, a equipe não se sentia parte da estratégia para a mesma ser cumprida socialmente. Ao inserir a equipe no direcionamento estratégico do NSP, acredita-se que iria motivá-la e, por meio de ações se tornariam participante das mudanças.

Os profissionais relataram condutas inadequadas de outros profissionais. No entanto, referiram se sentirem inseguros para notificar tais condutas devido a cultura punitiva. Os acadêmicos de enfermagem mostram-se aterrorizados com as ocorrências de erros na assistência. Nos relatos informais, notou-se um grau de insatisfação da equipe de enfermagem em relação a sua prática profissional, sem autonomia, sobrecarregados, desvalorizados e desmotivados.

Foram observadas características distintas de uma unidade para outra, uma distinção da conduta dos profissionais que prestavam assistência aos pacientes do SUS e a equipe que atendia aos pacientes nos apartamentos, de convênio e particulares. No segundo caso, as anotações nos prontuários eram mais completas, o prontuário era mais organizado, com uma maior sistematização das ações e evidências de uma SAE funcional, com as etapas preenchidas e registradas no prontuário.

Esses dados apontam para uma unidade de internação com disparidade de práticas, o que pode ser justificado, tanto no que se refere às competências em níveis micro (enfermeiro responsável pela unidade), como macro gestão (alta administração), uma vez que a prática

gerencial contribui com a configuração da prática neste cenário, sempre propensas à desarticulação e fragmentação (REED, 1997). Dessa forma, não é possível ter unidades de internação rigidamente estruturadas, idênticas umas às outras, existem condições que orientam as práticas, como as relações e os recursos. Desse modo, pode haver contradições inerentes à interação social.

Os dados também corroboram com autores que discutem que nos CTI's, devido à concentração de paciente mais graves, as práticas profissionais se diferem das unidades de internação; os registros são mais valorizados, os formulários e acompanhamento da equipe aos pacientes apresentam características peculiares quando comparados às enfermarias (SCHOUT; NOVAES, 2007).

### ***5.2.2 Do imaginário ao real***

O presente estudo revelou uma distinção entre o prescrito e o real da instituição estudada, no que concerne à proposta de segurança do paciente. Apesar de existir, no âmbito prescrito, um núcleo bem estruturado, infere-se que a concretização ainda não ocorreu, como se ainda estivesse no imaginário dos seus idealizadores, ou apenas como cumprimento de normas para fins fiscalizadoras.

Chama a atenção o fato de a instituição não dar continuidade ao processo de acreditação, uma avaliação de caráter não obrigatório, podendo inferir que o hospital não estava organizado adequadamente para oferecer uma assistência de qualidade e segura. Segundo Siman, Cunha e Brito (2016), a instituição hospitalar tem razões irrefutáveis para adesão ao processo de acreditação, como a organização e padronização dos processos; melhoria nos registros; organização do trabalho com instrumentos da qualidade refletindo na qualidade da assistência e em melhorias contínuas.

O NSP é uma instância da instituição que tem como objetivo a análise de incidentes notificados, as causas e a adoção de estratégias para preveni-los; implementando ações de melhoria contínua dos processos de cuidado e uso de tecnologias da saúde. E ainda, a disseminação da cultura de segurança, a promoção de mecanismos para identificação e avaliação da existência de não conformidade nos processos, procedimentos realizados, equipamentos, medicamentos e insumos (BRASIL, 2013).

No entanto, com a presente pesquisa, constatou-se que alguns profissionais desconheciam a existência do núcleo e suas práticas na instituição. Principalmente entre os técnicos de enfermagem, o núcleo não era reconhecido. Esse achado evidencia que formalmente o núcleo estava implantado, mas, com pouco impacto no âmbito *real* da instituição:

Eu não. Existe isso? Aqui no hospital? Nunca falaram, para mim não (TE 18).  
 Como assim? Não entendi! Conhecer a gente conhece, mas para falar, eu não tenho muito [silêncio] (TE 19).  
 Não conheço. Seria aquela prova de avaliação que faz? Como é que fala? Não, nem sabia desse núcleo para ser sincero (TE 21).  
 Não conheço na instituição. Ninguém nunca se apresentou, para mim. Só se apresentou para alguma outra enfermeira (E3).

O núcleo deve ser instituído para apoiar a construção de uma cultura de segurança do paciente e utilizar a gestão do risco para o desenvolvimento das atividades de segurança do paciente. Contudo, a criação do NSP provocou poucas mudanças na prática dos profissionais, havendo desconhecimento a seu respeito:

Eu sei que existe (NSP), mas saber como eles trabalham, saber todos os integrantes, eu não conheço. Eu sei da existência, mas, não sei como eles trabalham. Não sei te falar o quê que mudou. Eu desconheço (E1).  
 Até hoje eu desconheço alguma ação voltada especificamente para a segurança do paciente. Não é formalmente realizada. Não que seja uma assistência que causa dano, mas ela não prevê possíveis danos que podem causar (E3).

A principal mudança mencionada foi a implantação de notificação de EA. Desta forma, alguns participantes da pesquisa não souberam responder ou pontuaram ações isoladas e individuais a despeito do núcleo:

Eu observo que através das notificações está melhorando, entendeu? Então, assim, o pessoal do núcleo né? Está notificando bem, estão notificando muito e está tendo melhora. Temos que melhorar muito, mas, já vi bastante melhora (E30).

Não. Ai que difícil. De vez em quando que aqui esse pessoal, técnico de segurança, mas eles olham mais questão da nossa segurança. Não, nem sei se tem isso aqui (E20).

Olha, eu entendo que o Núcleo, como que eu vou te falar? É a equipe que trabalha nesta, ai como é que eu vou explicar? Que é a equipe que trabalha. Ah esqueci a palavra. Olha pelo que eu entendi o núcleo funciona para melhoria do atendimento ao paciente né? (E3).

Cabe destacar a ausência de relação direta entre os membros do NSP e os demais profissionais de saúde. Os profissionais não os reconhecem como líderes e confundem

segurança do paciente com segurança do trabalho. Assim, as ações do núcleo são tímidas e na realidade influenciaram poucas mudanças na prática profissional. É necessário o estabelecimento de soluções e de estratégias que apoiem a consolidação de uma cultura de segurança do paciente na instituição. Os depoimentos a seguir, reforçam a afirmativa:

Por exemplo, essa semana a gente teve um problema. Marquei a reunião com as duas e conseguimos resolver. Foi uma notificação que eu recebi e aí as meninas estranharam, o que você está fazendo aqui? O problema é entre os dois setores, e eu, como enfermeira da CCIH não tinha nada a ver, mas eu, como gerente de risco tinha [...] Apesar de ter sido implantado há dois anos, o pessoal do núcleo e do hospital, eu acho muito cabeça fechada ainda. Acaba que todo mundo é do núcleo, por que a gente tenta trabalhar com todo mundo para poder fazer as notificações e tudo (NSP2).

E discutimos assim, tinha algumas notificações de eventos adversos que estavam lá, a gente discutiu umas duas, mas eu não lembro a data também não (NSP9).

Como eu falei, eu tento fazer da forma correta. O que eu acho correto, mas, da parte gerencial não me passaram nada. Não sei o que deve ser feito ou não (E1).

Durante a observação de campo e a análise documental, foi possível notar que apesar das competências do núcleo e seus membros constarem no PSP, como a de desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde, os participantes da pesquisa não as reconhecem. Além disso, não havia uma pessoa responsável somente pelo gerenciamento dos riscos, sendo notória a sobrecarga do enfermeiro responsável pelo núcleo, pela CCIH e pelo setor da qualidade, atuando em jornada de 30 horas. A esse respeito, alude um descaso da administração do hospital implicando que a segurança do paciente e a qualidade não são prioridades da instituição, conforme mencionado:

Um enfermeiro para trabalhar só no gerenciamento de risco. O enfermeiro que faz gerenciamento de risco é a enfermeira do CCIH né? E temos que ter uma pessoa só para desempenhar esse papel (E30).

Na época, quem mexia com o setor de qualidade, ainda tinha uma pessoa responsável. Foi quando a gente começou a pensar nisso. Nesta época, o gerenciamento de risco funcionava melhor, por que ela era uma pessoa que entendia do que ela estava falando, e lutava pelas coisas da forma que deveria ser (NSP9).

É fundamental contar com recursos adicionais para melhorar a segurança do paciente nos hospitais públicos. A administração e a liderança da instituição devem priorizá-la como diretriz estratégica (AVELING, KAYONGA, 2015). Entretanto, os achados corroboram com a afirmativa que o cenário brasileiro dos hospitais ainda está baseado em redução de custos,

não há prioridade em segurança do paciente (INSTITUTO BRASILEIRO PARA SEGURANÇA DO PACIENTE, 2015).

Prioridade estratégica ou prioridades organizacionais são definidas pela alta administração, e toda a liderança deve estar envolvida. Assim, a segurança do paciente deve ser estimulada e desenvolvida em todos os níveis da organização, com líderes dando direcionamento as ações de melhorias (INSTITUTO BRASILEIRO PARA SEGURANÇA DO PACIENTE, 2015).

Os participantes da pesquisa revelaram a insatisfação por não haver *feedback* da alta administração após a análise dos eventos adversos. As organizações de saúde devem analisar sua cultura de segurança, dar *feedback* para as lideranças e equipe, o que poderá reduzir o risco e melhorará a segurança do paciente (NATIONAL QUALITY FORUM, 2010). Gerenciar risco é a aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos em todas as fases: identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança (BRASIL, 2013). Portanto, o núcleo deve ser operacional e ter apoio da alta administração.

Teve várias notificações de quedas. Só preencho o papel. Já teve outras coisas mais graves. Depois que notifico não tive nenhum feedback (E14).

Destaca-se a necessidade de conhecer os riscos para evitá-los e gerenciá-los (REASON, 2000). Apesar de a instituição estar no caminho certo, pois, é mais fácil chegar à segurança depois de mapear os riscos, percebe-se que a mesma está na fase de identificação dos riscos há aproximadamente quatro anos, não conseguindo avanços nas fases do gerenciamento.

Outro aspecto que reflete o distanciamento entre o prescrito e o real é o fato de os membros do NSP terem sido capacitados, mas não se posicionarem como multiplicadores de conhecimento para os demais profissionais, centralizando-o no próprio núcleo e, portanto, acarretando a descontinuidade do processo. Assim, a segurança do paciente como meta a ser alcançada e melhorada na instituição permanece centralizada em alguns membros do núcleo, conforme evidenciado nos depoimentos:

Como este curso que nós fizemos, tinha que expor para todos os profissionais. O que fizemos. Como foi. Foi em São Paulo, foram oito pessoas, com estes fundaram o núcleo. Mas o que fizemos? Chegamos, reunimos! Acho que tínhamos que chegar e passar para todos os funcionários (NSP5).

Aqui dentro o que mais temos tentado fazer é notificar mesmo, mas, acredito tem muita gente, a maioria das técnicas, que não sabe sobre isso. É uma coisa que nós sabemos por que nós fazemos parte (do núcleo) (NSP12).

Eu acho o povo aqui muito individualista, principalmente o núcleo. As pessoas deparam com o problema e tentam resolver. Eu, como integrante do núcleo, acho que o núcleo não é integrante (NSP5).

A comunicação eficaz é determinante para a segurança do paciente, sendo fundamentais o trabalho e a interdisciplinaridade, certificando que houve treinamento e educação adequada para desempenho das funções, compartilhando saberes (NATIONAL QUALITY FORUM, 2010).

Em relação à notificação de EA, esta era realizada de forma manual e em impresso próprio. No entanto, 58% dos participantes da pesquisa desconheciam o processo e não tinham acesso à ficha de notificação, reforçando o acesso restrito às pessoas envolvidas com o gerenciamento ou responsável pelo NSP.

Oh, nunca aconteceu comigo. Nunca aconteceu comigo de queda. Nenhum outro evento. Tem um para punção venosa lá na sala, um impresso próprio. Agora queda do leito, realmente nunca aconteceu comigo. Nunca vi outro impresso (E20).

Que eu saiba não. Se tiver alguma folha aí para notificar eu não sei (TE21).

Eu ainda não me sinto preparada para notificar. Não que eu não queira notificar, mas eu esqueço que tem que notificar. Eu tenho que colocar isso no meu cotidiano de trabalho. Tanto é que eu não tenho notificações (NSP10).

Destaca-se a negação da ocorrência do EA, revelando diferentes percepções quanto ao erro e sua ocorrência na prática de saúde entre os participantes da pesquisa, assim como a conduta frente ao EA, com adoção de condutas individualizadas, distintas e em desacordo com as normas prescritivas da instituição.

A respeito do PSP, observou-se ausência de ações propriamente ditas para alcançar as metas de segurança do paciente, não tendo sido adotadas estratégias para diminuir os EAs. Membros do próprio núcleo o desconheciam e não havia avaliação do que realmente estava sendo realizado para que alcançar melhorias. A esse respeito, profissionais relataram:

A gente fez, assim, eu vou ser muito sincera, se teve plano de ação eu não me lembro de como ele foi executado. Tem alguns protocolos que eu ajudei a fazer, mas já tem muito tempo foi de prevenção de ulcera e não lembro, mas já tem muito tempo (NSP9).

A gente já conversou sobre isso (o Plano). É auxiliar, na verdade, assim, por completo eu não vou saber te falar tudo. As ações, assim, mas eu imagino que seja verificar, auxiliar possíveis situações, o que acabou de acontecer para não acontecer mais (NSP11).

Eu já vi um pouco sobre o regimento interno, mas o plano de ação eu não cheguei a ver. Eu ouvi nas reuniões de falar de plano de ação de treinar por setor, de educação continuada, de estabelecer metas, mas eu não vi o plano de ação (NSP10).

Há evidências de que não houve a construção coletiva do PSP, por meio de um trabalho multidisciplinar, perdendo-se a oportunidade de valorizar o conhecimento de cada profissional do núcleo, dificultando a disseminação e adesão às propostas de aprimoramento dos serviços assistenciais. O plano deve expor atividades de monitoramento, objetivando detectar problemas e controlar a manutenção das melhorias atingidas (BRASIL, 2013b).

Atualmente há varias ferramentas como programas sistemáticos e ferramentas de qualidade que auxiliam no processo de trabalho, avaliação dos resultados; como o *Plan, Do, Check and Act* (PDCA), análise de causa raiz, Análise do modo e efeito de falha, denominada na língua inglesa de *Failure Mode and Effect Analysis* (FMEA), aplicados aos serviços de saúde (BRASIL, 2013).

A despeito de indicadores, com a observação de campo, em conversas informais, os participantes afirmaram haver falhas na mensuração, subnotificação e desatualização.

Esse cenário reforça a falta de dados disponíveis, o que impossibilita definir, de forma exata, a magnitude do problema nos hospitais brasileiros. A gestão da produção da informação assistencial é parte importante dos processos de gestão da qualidade da assistência e não pode ser tratada como uma ação isolada ou menos importante. Indicadores assistenciais devem ser capazes de instrumentalizar processos de avaliação e de garantir mais qualidade (SCHOUT; NOVAES, 2007).

No entanto, enquanto as propostas sistematizadas e com definição técnica dos indicadores nos sistemas de monitoramento da atenção hospitalar não passarem por processos de pactuação mais ampliados e não forem incorporados ajustes para as características diferenciadas dos hospitais, esses indicadores serão de utilidade limitada no estabelecimento de parâmetros que permitam análises comparativas da qualidade da assistência prestada e o dimensionamento do impacto da assistência hospitalar sobre a saúde da população (SCHOUT; NOVAES, 2007).

Destaca-se que iniciativas para proporcionar cuidados de saúde mais seguros como a criação do PNSP para monitorar a qualidade e segurança são baseados em indicadores (LORENZINI; SANTI; BÁO, 2014).

Outro aspecto importante, e um dos primeiros resultados do trabalho do NSP, é o gerenciamento de protocolos assistenciais baseados nas seis metas de segurança do PNSP, estando todos disponíveis na internet pela OMS. Embora a análise documental tenha evidenciado a existência de protocolos de segurança na instituição, a prática dos profissionais diz respeito a ações isoladas, como uma tentativa de reversibilidade entre ordem e caos (MAFFESOLI, 2007).

Na inserção no campo foi possível observar que não havia grade em todas as camas dos pacientes, inclusive naqueles classificados com risco de queda. Por outro lado, foi possível encontrar paciente sonolento com identificação de risco de queda, mas com grade baixa. A identificação do paciente no prontuário, por vezes estava incompleta, com formulários várias vezes em branco no cabeçalho, usando nome incompleto ou sem registro. Foram vistos profissionais andando de luvas pelos corredores, pegando nas maçanetas com luvas, e com pouca adesão à higienização das mãos. A respeito dos protocolos, os profissionais relataram:

Eu tento fazer isso informalmente. Como isso não existe lá formalmente eu tento conferir tudo, conferir se a medicação está correta, conferir junto com eles se os materiais estão corretos, orientar os funcionários a fazer conferência correta (E1). Então, desde que foi implantado (o núcleo) foi solicitado a todos nós que fosse criado os protocolos de segurança. Não sei se a (nome da coordenadora do NSP) já produziu tudo isso de cada setor. Por que da nossa parte foi de dietas, controle da dieta oferecida, questão de etiquetar as bandejas. São rotinas que já existem, já existiam os POPs e agente só formalizou em protocolo que é o de segurança (NSP4). Não temos o protocolo ainda, mas eu acho que os meninos conseguem identificar mais a questão da farmacovigilância que o evento interno. Uma queixa técnica eles tem mais liberdade de notificar (NSP2). Não lembro se discutiu a elaboração de protocolos. Eu me lembro de uma última reunião que a gente discutiu, por que a gente faz parte de hospital sentinela, foi para discutir quem ia fazer o treinamento lá no Albert Einstein (NSP9).

A análise dos dados permite evidenciar que os protocolos estão no âmbito prescritivo da instituição. Na prática, são desconhecidos ou não executados. Sabe-se que é preciso sistematizar práticas assistenciais para evitar danos e erros: no entanto, além dos protocolos não estarem operacionalizados, não havia POP's em todos os setores e estavam desatualizados; não havia implantação da SAE em todos os setores; sendo a sistematização uma prática pessoal que depende do enfermeiro que assume o setor.

Protocolos dizem respeito a processos que auxiliam a padronizar o tratamento, minimizar o erro, e promover a segurança do paciente. Contudo, com propensão para

protocolos e listas de verificação, a padronização não deve ser realizada às cegas, deixando de lado as histórias dos pacientes, que são os principais condutores de raciocínio diagnóstico (FINS, 2016).

A prática de profissionais de saúde reconhecida como prática social é resultante de um complexo sistema sócio técnico, no qual papéis e responsabilidades desafiam definições formais como as descrições das atividades do trabalho. Neste sentido, a distinção entre erro e violação tem sido discutida por autores como forma de compreender os processos envolvidos na ocorrência de um erro. A identificação e compreensão dos atos de violação possibilitariam a precoce identificação de situações vulneráveis à ocorrência de erro, já que a violação de normas prescritas é assumida como a etapa inicial de um processo de progressão que culmina na ocorrência de erro médico (COHEN et al., 2007). As afirmativas reforçam a necessidade de implantação de protocolos.

O descumprimento de protocolos assistenciais é um demonstrativo de falta de qualidade e segurança na assistência. Está comprovado que sua implantação melhora os resultados do tratamento e a qualidade dos cuidados em geral, evitando danos mais graves (FINS, 2016). No entanto, a sua introdução e sustentabilidade na instituição estudada revelou-se como um desafio. Esses itens são importantes na prevenção dos erros mais comuns que causam sérios danos ao paciente. Os resultados sinalizam as ações que necessitam de maiores investimentos técnico-científicos.

Outro aspecto que chama a atenção foi à distinção entre o trabalho desenvolvido no plantão diurno e no noturno. O enfermeiro e sua equipe se sentiam isolados por pertencerem ao plantão noturno, se referiram como excluídos das reuniões e das capacitações do hospital:

Trabalho à noite de forma a apagar incêndio. A equipe de técnicos de enfermagem está desmotivada, se sentem desvalorizados e sem esperança que ocorram mudanças (E31).

Eu acho que inclusive tem pouca participação e pouca adesão. Pouco envolvimento com a questão. Tenho contato só com o médico. Não tenho como te responder por que o contato que temos é mais para resolver coisas do plantão (noturno). Não temos assim reuniões, discutir melhorias, então normalmente não tem esse tipo de contato (E14).

Caso tem, eu não conheço. Não conheço o núcleo, não. Tem aqui no hospital? Por que eu trabalho a noite e, querendo ou não, a gente fica um pouco por fora dessas comissões. Enfermeiros do noturno não participam (E31).

Estes achados reforçam a tese desta pesquisa; para configuração de práticas cotidianas, no cenário da segurança do paciente, são necessárias mudanças estruturais, gerenciais e

principalmente processuais nas organizações hospitalares, devendo-se considerar o elemento humano.

Não obstante, o trabalho realizado nem sempre corresponde àquele prescrito, definido pelas regras e protocolos. É grande e imprevisível a variabilidade da ação no cotidiano, no momento da execução da tarefa, pois o trabalho se apresenta revestido de complexidade e envolvido pela atividade humana (REIS; SCHERE; CARCERERI, 2015).

### **5.3 A dimensão real das notificações de Eventos Adversos**

Esta categoria aborda a prática de notificações de EA e barreiras identificadas para uma prática efetiva, como lacunas no conhecimento, o medo de punição e a comunicação informal dos incidentes gerando subnotificações. Discute-se a compreensão dos participantes a respeito da importância da notificação, e a relação entre líderes e equipe e suas implicações nas notificações.

#### **5.3.1 A prática de notificações de eventos adversos**

Essa subcategoria descreve o cenário de notificação de EAs na instituição estudada. A prática de notificação é voluntária, manual, em formulários impressos, e após o registro é encaminhada ao NSP/Gerenciamento de risco. Em 2012, o formulário se restringia a notificações de queixas técnicas. Em 2013, passou para a forma de *check list*, campos de notificação de EA (complicações de acesso venoso, erro de medicação, queda do leito, úlcera por pressão, infecção hospitalar, perda de sondas, outros) havendo espaço para a identificação do profissional. Foram visualizados os POPs (Procedimento Operacional Padrão) descritivos sobre a forma de notificação do EA.

A despeito da disponibilização, pela instituição, dos formulários mencionados, houve relatos de desconhecimento da ficha de notificação:

Que eu saiba não. Se tiver alguma folha aí para notificar eu não sei (TE21).  
 Oh, nunca aconteceu comigo. Nunca aconteceu comigo de queda. Nenhum outro evento. Tem um para punção venosa lá na sala, um impresso próprio. Agora queda do leito, realmente nunca aconteceu comigo. Nunca vi outro impresso aqui não (E20).  
 Na nossa ficha, de evolução do paciente, eu escrevo queda da própria altura, queda da cama. Que eu saiba, não apresentaram outro (formulário) não (TE18).

O não preenchimento da ficha de notificação foi apontado pelos profissionais:

Nunca notifiquei não. Acho que tudo isso que eu falei (sobre os principais riscos que identifiquei na instituição) é o mais importante (TE27).

Um EA, nunca notifiquei (E3).

Eu acho que eles notificam verbalmente, vamos supor que aconteceu alguma coisa na ala, eles (TE) vêm até a farmácia, falam com a gente, mas não notificam. Eu peço para notificar, mas não temos retorno de todos (NSP11).

Alguns enfermeiros, técnicos de enfermagem e até mesmo membros do NSP têm pouco conhecimento sobre como notificar, caso ocorra um EA:

Até para mim, ainda tenho dificuldades. Não fiz nenhuma notificação ainda. Não fiz e acho que vou ficar meio perdida apesar de já terem me passado tudo (NSP5).

Mas acho que eles (técnicos) ainda não têm noção de como notificar (NSP9).

Ninguém nunca me ensinou! Eu não sei o quê fazer se, por exemplo, alguém cair do leito. Eu sei que no final do mês somam todos os índices, mas eu não concordo com tudo (E3).

Outro aspecto relevante no depoimento de E3 é a existência de discordância quanto ao processamento dos dados. Assim, os indicadores não revelam a realidade da instituição, na visão de alguns profissionais.

Já me procuraram por erro de medicação. Exemplo, um erro de dosagem, era 2,5 mg foi medicação de 5 e deu ela toda. Na verdade, não foi pior por que era uma dosagem baixa, mas acontece. Ela não notificou me procurou “o que eu faço?” (NSP11).

É possível identificar entraves na comunicação e a escassez de treinamentos. Os profissionais não se sentem preparados para notificar EA e restringem suas notificações em queixas técnicas:

Eu acho que os meninos conseguem identificar mais a questão da farmacovigilância que o evento interno. Uma queixa técnica eles tem mais liberdade de notificar (NSP2).

O tema segurança do paciente está relacionado com incidentes e EA, pois, interfere diretamente na saúde dos usuários do sistema de saúde. Vale ressaltar que as bases para um programa de segurança do paciente são os sistemas de notificações voluntárias, podendo utilizar diferentes meios para os relatos, quais sejam, formulários impressos, telefone, fax, intranet ou internet. O meio mais utilizado nos hospitais brasileiros ainda é o manual com

formulários impressos (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2013; CAPUCHO; ARNAS; CASSIANI, 2013). No entanto, países com maiores experiências como Austrália, Canadá, Estados Unidos da América e o Reino Unido possuem sistemas avançados para a notificação de incidentes (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD 2013).

Os achados da observação do impresso de notificação e a análise dos depoimentos sobre a implantação do processo de notificação na instituição estudada revelam a inobservância de alguns cuidados como, a orientação ao profissional para preenchimento do formulário e o anonimato na notificação.

Os formulários precisam ser elaborados de forma clara, simples e de preenchimento rápido, e ainda, os profissionais precisam ser orientados sobre o preenchimento e como garantir a confidencialidade das informações notificadas. O profissional deve fazê-lo de forma anônima, o que aumenta a confiança dos profissionais em notificar (WORD HEALTH ORGANIZATION, 2005; LORENZINI; SANTI; BÁO, 2014).

Ressalta-se ainda, que a despeito de estudos apontarem para o fato de a notificação poder ser manual ou informatizada, estudo demonstrou que a notificação em sistema eletrônico é mais vantajosa, aumentando em 58,7%, e 62% de aumento na qualidade dos relatos, com diminuição nas rasuras e maior participação dos profissionais, principalmente técnicos de enfermagem (CAPUCHO; ARNAS; CASSIANI, 2013).

Os resultados apresentados nesta subcategoria evidenciam a maneira de agir dos profissionais, divergindo do contexto prescritivo. Eles estão mais bem preparados para notificar as queixas técnicas (não atingiu o paciente ainda) que EA. Mesmo com o POP para orientar a prática, os profissionais alegam que não sabem notificar. Nesta mesma perspectiva, estudo divulgado em 2013 mostrou que apenas a implantação de normas e diretrizes não foram suficientes para alcançar melhorias significativas, necessitando adequações das informações fornecidas à equipe (ANTONOFF et al., 2013).

Em relação à notificação de queixas técnicas, são achados condizentes com estudo realizado em uma unidade hospitalar e apontou que os eventos mais notificados foram as queixas técnicas relacionadas à farmacovigilância (BEZERRA et al., 2013). A ocorrência dos demais incidentes que também comprometem a segurança do paciente, na instituição estudada, ainda configura-se um desafio devido à subnotificação.

Vale esclarecer, que a queixa técnica é qualquer alteração ou irregularidade de um produto ou empresa, relacionada a aspectos técnicos ou legais, podendo levar a agravos à saúde proveniente de tecnovigilância, farmacovigilância e hemovigilância (BEZERRA et al., 2013).

Em relação à prática de notificação na instituição na qual foi realizado o presente estudo, a análise realizada permitiu identificar que 58% dos participantes da pesquisa desconheciam a ficha de notificação e 67,7% nunca preencheram uma notificação. Resultados parecidos foram encontrados em uma pesquisa nacional na qual 76,8% dos indivíduos nunca preencheram uma notificação (MASSOCO; MELLEIRO, 2015). Assim, o processo de capacitação dos profissionais de saúde para a notificação é gradativo (BEZERRA et al., 2013), de construção contínua até que esteja no inserido no trabalho real, uma realidade vivida.

As iniciativas frente à ocorrência do EA variaram muito entre os entrevistados, com adoção de condutas individuais, isoladas e pessoais e não de acordo com as normas prescritivas da instituição, como aquelas descritas no POP de EA. Estudo anterior evidenciou a prática da comunicação informal e a omissão dos EA entre os profissionais (LEITÃO et al., 2013). A percepção e a conduta dos profissionais em relação ao erro podem variar de acordo com a cultura institucional (punitiva ou não) (DUARTE et al., 2015) e também está muito ligada a responsabilidade individual (CORBELLINI et al., 2011; WACHTER, 2013).

Desta forma, é importante o investimento na disseminação da cultura de segurança, com ênfase em conceitos, adoção de condutas baseadas em protocolos, diretrizes e POPs, ampliando o conhecimento em segurança, na perspectiva da construção contínua, levando em consideração a realidade da instituição e também os significados e valores que os profissionais atribuem à segurança do paciente. Estudo em serviços de saúde ingleses destaca a importância da educação, formação e desenvolvimento pessoal da enfermagem e de outros profissionais como significantes para a cultura de segurança do paciente, para melhorar a qualidade das práticas nestas instituições (GRIFFITHS; MABEN; MURRELLS, 2011).

A respeito do termo cultura de segurança, cabe salientar que o mesmo vem recebendo crescente atenção e prioridade internacional com o foco na segurança do paciente, e pode ser entendido, como o somatório de valores, vivências, costumes e práticas que definem o comportamento de um grupo. Alcançar uma cultura de segurança requer um entendimento de valores, crenças e normas sobre o que é importante em uma organização e que atitudes e

comportamentos relacionados à segurança do paciente são suportados, recompensados e esperados. O estabelecimento de uma cultura de segurança tem sido, pois, um elemento-chave de instituições de alta confiabilidade (PAESE; SASSO, 2013).

### ***5.3.2 Barreiras na prática efetiva das notificações de eventos adversos***

Nas notificações de EAs foram evidenciadas barreiras relativas à falta de conhecimento por parte de profissionais sobre noções básicas como erro, evento adverso e o conceito de segurança do paciente:

Não sei o que é evento adverso. Não porque aqui a gente passa para o enfermeiro e o enfermeiro é quem faz né? (TE28).

Tem a segurança do trabalho que está junto com a gente. Para não machucar, não correr risco. Tem o isolamento, tem precaução de contato, precaução de aerossóis, entendeu? Vem identificado com placa e tudo! Tem os procedimentos para a gente entrar lá (no quarto), com os EPI's certos (TE17).

Muita gente mudou o conceito e outros já tinham uma base do que era. Então, nas reuniões, por enquanto, estão esclarecendo essa questão da notificação. Quais os tipos de notificação. Para que serve cada uma, a quem deve recorrer, o que deve notificar e um alerta para que todo mundo do núcleo possa estar alerta para o que está acontecendo (NSP10).

Os profissionais relataram ainda, que a notificação de EA não é uma prática rotineira, falta preparo para a sua realização:

Eu ainda não me sinto preparada para notificar. Eu sei que tem que notificar. Eu sei que tem que iniciar esse costume, mas eu esqueço. Então, acontece uma coisa que eu sei que poderia ser notificado, mas na hora não pus maldade naquilo! Então, eu acho que eu e muitos setores ainda estamos pecando nisso. Não é que eu não quero notificar, mas eu esqueço que tem que notificar. Eu tenho que colocar isso no meu dia a dia do trabalho. Tanto é que eu não tenho notificações (NSP10).

Tudo eu notifico, mas eu acho que a maioria dos enfermeiros ainda não notifica. Conhecem porque foram treinados, mas foi passado para equipe técnica no início que não é só o enfermeiro que notifica, mas eles não gostam de notificar. Nunca vi técnico notificar (E25).

Foi possível identificar poucas notificações, e, alguns profissionais reconhecem e justificam a ação:

O problema é você ter que parar o que está fazendo para notificar, e isso é um tempo que você não tem (pausa) por que a gente trabalha muito com o improvisado. Por exemplo, uma extensão que não funciona na hora, você tem que resolver porque está com o paciente. E aí, depois você já teve outros problemas, como uma parada na sala, que é muito mais grave, e você fica uma ou duas horas com o paciente (NSP12).

Outro aspecto identificado que dificulta o processo de notificação de EA são as diferentes maneiras de agir dos profissionais, em situações de uma mesma rotina, frente ao EA. Há diferentes formas de comunicar o EA pelos técnicos de enfermagem; comunicação aos médicos ou enfermeiros; anotações em prontuário ou livro de ocorrência ou não sabem o que fazer. Nenhum afirmou usar a ficha de notificação.

Percebe-se ainda prevalece a cultura punitiva, o que dificulta a notificação:

Eles me esperam para notificar alguma coisa, porque no hospital, infelizmente, a mentalidade é punitiva. Tudo é punição! No discurso não, mas só no discurso (NSP9).

A cultura punitiva identificada repercute e reforça a subnotificação:

Acho que às vezes pode ficar mais no núcleo, nas pessoas que notificam; até mesmo nas enfermeiras, que a gente ainda trabalha com muita subnotificação. É uma coisa que o núcleo está sempre cobrando. Acho que a gente poderia divulgar mais, num quadro de aviso, o que mais está acontecendo (NSP8).

Tinha que preparar mais o funcionário para eles notificarem o acontecimento. Mas não assim: se eu falar eu vou ser advertido! Igual a um técnico lá na ala. Um paciente caiu, não é culpa diretamente dele. Mas ele não notifica porque acha que vai recair em cima dele, e ele vai ser penalizado. Tem que trabalhar mais isso (NSP7).

Para superar lacunas no conhecimento e a aumentar o compromisso na identificação e na redução de erros na prática profissional, e ainda, com vistas a superar as diversas formas de comunicar, ou omitir um EA, é necessário que a gestão institucional, com apoio dos profissionais, assuma posturas que reforcem esta cultura, o que pode ser realizado por meio de uma liderança comunicativa, postura não punitiva e desenvolvimento pessoal. Outro aspecto observado no presente estudo foi à inexistência de estratégias de envolvimento dos pacientes na análise e prevenção de incidentes. Estudos já comprovam a importância do relato dos incidentes pelos pacientes e sua relação com a segurança do paciente, auxiliando no desenvolvimento da cultura de segurança (BJERTNAES et al., 2015).

Os resultados da presente pesquisa mostram que há uma lacuna entre o conhecimento dos técnicos, enfermeiros e membros do NSP, com uma visão fragmentada sobre a segurança do paciente e o evento adverso. O desconhecimento sobre segurança do paciente, a falta de compreensão da equipe de qualquer profissional está sujeito ao erro, pode acarretar para o envolvido, sentimentos de vergonha, culpa e medo, o que pode ser agravado pela cultura

punitiva predominante na instituição em estudo, contribuindo para a omissão dos episódios (DUARTE et al., 2015).

É vital um programa de educação permanente, o estímulo a adesões a protocolo, diretrizes, aspectos que devem compor a lista de prioridades dos membros do NSP, gestores hospitalares e dos profissionais de saúde envolvidos no cuidado (MENDES et al., 2013).

Não obstante, o receio dos profissionais acerca da punição encontrado nos resultados poderá estimular a subnotificação (DUARTE et al., 2015). O fato de ser um hospital que participa da Rede de Hospitais Sentinela reforça a necessidade de que a instituição estimule as notificações. No entanto, na prática, observa-se que o ambiente é outro, sendo um dos motivos da não notificação, o medo de punições. A subnotificação pode ocorrer por diversos fatores como medo, culpa e tipo de sistema de notificação, sendo uma das principais dificuldades do método de notificação voluntária (CAPUCHO; ARNAS; CASSIANI, 2013).

Outros estudos também revelaram a existência de medo de notificar diante do processo investigativo e analítico, devido à responsabilização a ser seguida de orientação ou advertência (PAIVA; POPIM; MELLEIRO, 2014). Deste modo, a existência da cultura punitiva na instituição estudada, prejudica a notificação e o aprendizado com o erro, considerando que punição é diferente de responsabilização.

Observa-se que ainda é muito falha a conduta dos líderes e gestores da instituição, o que inclui os enfermeiros. É necessária a compreensão, por parte dos gestores da instituição, de que os EAs estão, muitas vezes, diretamente relacionados às falhas no sistema e aos processos de trabalho, e não no indivíduo, com descaso ou incompetência profissional (DUARTE et al., 2015). É necessária a compreensão, por parte dos gestores da instituição, de que os EAs estão, muitas vezes, diretamente relacionados às falhas no sistema e aos processos de trabalho, e não no indivíduo, por descaso ou incompetência profissional. Ao invés de buscar culpados, devem ser identificadas as fragilidades existentes no processo com adoção de medidas preventivas, melhorando assim as notificações e conseqüentemente o aprendizado com o erro (WACHTER, 2013; MENDES et al., 2013; DUARTE et al., 2015).

Vale ressaltar, que o risco é uma realidade constante nas organizações de saúde. Os resultados em saúde são incertos, muitas vezes expressos em erros e complicações. Estes resultados são determinados por diversos fatores como a atividade desenvolvida, condições do ambiente, fatores individual e organizacional, como habilidade e não adesão à norma, além de outros fatores aleatórios não explicáveis. Destarte, para que o resultado obtido seja próximo

do resultado esperado, demanda uma correta gestão do risco clínico, o que auxilia na obtenção de melhores resultados (MENDES et al., 2013; SOUSA; LAGE; RODRIGUES, 2014). Prevenir ou mitigar esses riscos para reduzir ou eliminar os EA evitáveis.

Um dos problemas identificados na instituição, cenário da pesquisa, que ameaça o gerenciamento de risco efetivo e impede a organização de alcançar resultados mais profícuos, se refere a competências em níveis micro e macro gestão e o envolvimento de todos os níveis hierárquicos no enfrentamento do problema. Para os técnicos, é como se a responsabilidade da notificação fosse dos enfermeiros; por outro lado, para os membros do NSP é como se a responsabilidade não fosse compartilhada por todos. A notificação de EA não é de responsabilidade de uma única categoria profissional. Entretanto, estudo revelou que a responsabilidade pela segurança não é compartilhada igualmente por todas as equipes (BOHOMOL; TARTALI, 2013).

Outro aspecto, diz respeito à ausência de análise das causas. Após a notificação há uma série de ações interligadas: analisar o evento e situações de risco, direcionar para o aprendizado, objetivando melhorar a segurança de pacientes durante sua internação (PAIVA; POPIM; MELLEIRO, 2014). Trata-se de um processo sistemático segundo o qual os fatores que contribuem para um incidente são identificados pela reconstrução da sequência de eventos e pelo constante questionamento do por que da sua ocorrência até a sua elucidação. Ações tomadas para reduzir, administrar ou controlar qualquer dano futuro. Essas ações podem ser pró ativas ou reativas. As ações pró ativas: podem ser identificadas por técnicas como análises de efeito e análise probabilística de risco. As ações reativas são aquelas tomadas em resposta aos aprendizados (*insights*) ganhos depois de um incidente ocorrido (NATIONAL QUALITY FORUM, 2010). Portanto, não basta notificar; além disso, os gestores devem delinear um processo para analisar os dados, dar *feedback* a equipe e identificar mudanças pró ativas.

Desse modo, a análise de causa raiz é uma ferramenta que precisa ser melhor utilizada para garantir a segurança do paciente, auxiliando nas ações a serem tomadas para reduzir e gerenciar danos futuro (TOFFOLETO; RUIZ, 2013). Portanto, não basta notificar, além disso, os gestores devem delinear um processo para analisar os dados, dar feedback a equipe e inserir mudanças de forma pro ativa. Problemas de comunicação, interações entre liderança, NSP e demais profissionais precisam ser solucionados.

### 5.3.3 A importância da notificação de eventos adversos

Apesar do cenário real retratado e das dificuldades encontradas no processo de notificação de EA, os entrevistados percebem a importância de notificar, referindo-se à notificação como fonte de informações úteis para melhorar a assistência ao paciente e subsidiar a educação permanente. Esse valor dado pode ser o passo inicial para mudança de prática:

A notificação é de grande importância porque ela deve ser a base para trabalhar a educação permanente; trabalhar as formas de como melhorar a assistência prestada. Mas a realidade é: a notificação é utilizada como punição (E1).

Alguns entrevistados afirmaram que a notificação auxilia na detecção das causas, na avaliação dos EA e na redução de ocorrências:

Se não tem notificação, não tem como saber se as questões relacionadas à segurança estão efetivas. Eu acho que deveria fazer mais (E3).

Acho que tem que notificar principalmente para identificar, principalmente, as causas, o que poderia ser feito para evitar. Então, quanto mais eu notifico, eu tenho uma estatística, vou trabalhar em cima dela para que não ocorra mais. Para diminuir os índices (E14).

É para a gente poder saber quantificar e poder trabalhar em cima. Montar ações para poder melhorar e evitar que aconteçam futuros (NSP24).

Porque eu acho que você só evita o que você sabe que existe. Por exemplo, este mês tiveram 10 notificações de queda do leito. Vamos ver o que está acontecendo para evitar que as pessoas continuem caindo. Eu acho que é para evitar eventos futuros (NSP6).

Os participantes da pesquisa reconhecem a importância da notificação e seus depoimentos vão ao encontro da discussão da OMS. A notificação reduz ou elimina ocorrências semelhantes no futuro, promove aprendizagem, e por meio da investigação e análise dos incidentes há levantamento de informações úteis para corrigir falhas. É imprescindível um sistema baseado em atitude permanente de repórter/notificação sem culpa, com foco no sistema, de aprendizagem, redesenho e geração de conhecimento aplicável, de proatividade em relação aos EAs (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2013).

O reconhecimento da importância da notificação revela um potencial para a melhoria dos resultados, podendo ser alcançado com investimento na equipe por meio de educação, estímulo às notificações, e uma postura gerencial que reforce uma cultura não punitiva.

Nesta perspectiva, alguns autores propõe a cultura justa; uma abordagem que diferencia os momentos em que um erro ou um ato inseguro deve ser tratado por uma abordagem sistêmica, da não culpabilidade, e as situações nas quais é necessária uma resposta mais centrada na responsabilização pessoal (WACHTER, 2013).

Com os resultados apresentados é possível identificar que, no âmbito das práticas profissionais, não prevalece a razão, mas sim um misto de sentimentos que problematiza as teorias (apresentadas neste estudo como as normas, as diretrizes estabelecidas) e remete a uma multiplicidade de experiências coletivas (MAFFESOLI, 1984), como a forma de comunicar o EA, o que exige atenção por parte dos gerentes. A eficácia funcional das diretrizes da segurança do paciente depende diretamente da estreiteza das interações de todos os profissionais que atuam no cenário hospitalar, principalmente os líderes, os membros do NSP e a equipe de enfermagem e não só de uma organização do trabalho no âmbito prescritivo.

Salienta-se que não há pretensão de enquadrar a verdade, ela é sempre factual e momentânea. Portanto, não existe uma realidade única; o vivido é heterogêneo, plural e exige uma compreensão ampla e integral. A retórica do fenômeno social aqui descrito, fala por si só (MAFFESOLI, 2009, p. 66).

#### **5.4 Fatores de (in) segurança do paciente**

Esta categoria discute o cenário real e suas limitações para o alcance da segurança do paciente no hospital estudado dividida em quatro subcategorias: A realidade relacionada a recursos materiais; A realidade relacionada aos recursos humanos; A realidade relacionada a fatores pessoais e; A realidade relacionada a fatores institucionais.

Ruciman (2009) classificou os EA quanto a tipo de incidentes: procedimentos clínicos; documentação; infecção; infusões intravenosas e medicações; sangue e hemoderivados; nutrição; oxigenioterapia e outros gases; características do paciente; equipamentos e produtos para a saúde; atitudes e comportamentos; infraestrutura e área física; e gerenciamento organizacional. Compreender essa classificação foi fundamental para a construção dessa categoria.

##### ***5.4.1 A realidade relacionada a recursos materiais***

Esta subcategoria permitiu apresentar e discutir a realidade de um hospital de ensino quanto à sua estrutura física, suas instalações, a falta de recursos materiais ou a ausência da qualidade nos materiais utilizados.

A acessibilidade a materiais e uma estrutura física adequada devem ser aspectos cuidadosamente considerados por uma instituição que prioriza a segurança do paciente. Ao serem interrogados sobre a segurança do paciente na instituição, cenário da pesquisa, os participantes consideraram uma unidade insegura associando a problemas de infraestrutura. Foram destacados a falta de grades nas camas, a falta de cadeiras, de macas, de campainhas de comunicação, sinalização no leito, cadeiras de banho inadequadas, camas em condições ruins, recursos materiais escassos, instalações antigas e inseguras, apresentados como preocupações dos profissionais de saúde e condições inapropriadas à realização do trabalho:

A grade não sobe. Tem o banheiro, podia ter umas coisas de segurar para os idosos sabe? Não tem. Podia ter mais coisas assim, sabe? (TE 23).

As cadeiras que não são adaptadas, cadeira de banho não tem encosto. Hoje a minha paciente quase caiu do banheiro porque a cadeira não tinha encosto. Só tem um ferrinho ali e ela reclamou de dor porque estava numa cadeira ruim (TE 18).

Recentemente, esse mês, aconteceu de colocar uma senhora idosa numa cama que não tinha nenhuma das grades e ela estava um pouco confusa. O acompanhante não estava no momento e ela acabou sofrendo uma queda (E14).

Ah a campainha! Não tem! Tem que chamar né? E ali você viu a questão de acompanhante? A grade da cama não está 100%. Então, põe uma cadeirinha por baixo, se caso soltar a cadeira segura. Levar um paciente para o raio x, as vezes falta cadeira. Tem vezes que tem dificuldade de encontrar uma maca (TE21).

É muita gente, atrapalha! Aqui é gente demais! Toda hora um chega um sai. Aqui, acho que é muito leito para um quarto só. São três para um quarto só. Acho que fica muito tumultuado (TE16).

Investiga (queda) porque pode ter vários fatores. A maioria é porque o paciente levantou e não chamou a enfermagem, mas também não tem a campainha, e ele tem que chamar no grito, ou o familiar. E é uma coisa que a gente briga, deveria ter campainha e não tem. Não tem aquela sinalização de luz na porta do leito. Nas alas de apartamento acende junto com a campainha, mas no SUS nem tem (ala C e D) e fica mais difícil (NSP2).

Destaca-se o depoimento de E14 que comprova a relação entre infraestrutura e ocorrência de EAs evitáveis. A queda de uma senhora pode estar associada a fatores profundos e variados, mas principalmente devido à ausência de grades na cama, uma limitação estrutural simples que pode causar danos a paciente, principalmente por se tratar de uma idosa. Neste caso, há o risco de queda. A queda do paciente dentro do hospital, seja do leito, no banheiro ou em qualquer outra dependência hospitalar, e a úlcera por pressão representaram, em um estudo brasileiro, cerca de 25% dos EAs evitáveis. Esses EAs só

podem ser prevenidos ou mitigados por meio de avaliação e reavaliação contínua do risco pela equipe de enfermagem (MENDES et al., 2013). E ainda, a administração deve trabalhar para controlar perigos e riscos, manter condições de segurança, prevenir os acidentes e as lesões (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2010).

Estudo realizado em Granada, Espanha, detectou como limitação para a segurança do paciente o aspecto dos recursos materiais. É difícil implantar segurança do paciente com recursos materiais inadequados ou escassos (MARTINEZ QUES; MONTORO; GONZALES, 2010).

Além disso, por meio dos depoimentos, foi possível observar o imprevisto, principalmente pela enfermagem, numa tentativa de atender a necessidade do paciente, inferindo a necessidade de mais investimentos em segurança do paciente nos hospitais que atendem pacientes do SUS. Sabe-se que muitos hospitais públicos sofrem com a escassez de recursos materiais e os profissionais usam de adaptações e improvisações numa tentativa de não interromper o atendimento. Desta forma, estudiosos na área de segurança comparam a área da saúde com a aviação, considerada confiável, na qual o valor atribuído às questões de segurança é nítido; com a disponibilização de financiamento para avaliação e gestão do risco; a aposta em tecnologia e ferramentas para prevenir acidentes; e *feedback* quando acontece um incidente. São aspectos que servem de exemplo para as organizações de saúde, para o aperfeiçoamento neste sentido (FRAGATA; SOUSA; SANTOS, 2014).

A gente tem o planejamento para futuramente informatizar os prontuários. A gente está trabalhando para isso. Justamente por isso, por causa da letra do médico, e a gente tá caminhando para isso, mas infelizmente a gente sempre cai no ponto do recurso. Para gente hoje está informatizando, é difícil, não tem computador em todos os postos, não tem impressora (NSP7).

Em relação a disponibilizar financiamento para avaliar e gerenciar os riscos nas organizações de saúde, a WHO discute que as razões econômicas para melhorar a segurança do paciente são indiscutíveis. Estudos de segurança mostram que em alguns países, até US\$ 19.000 milhões de dólares por ano são perdidos devido à prorrogação da permanência em hospitais, as infecções hospitalares, a incapacidade, a perda de produtividade e despesas médicas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005). Entretanto, a aceitabilidade do

desempenho da segurança é muitas vezes influenciada pelas culturas e normas locais ou internacionais (FRAGATA; SOUSA; SANTOS, 2014).

Observa-se que a instituição em estudo não tem características de investimento em recursos estruturais e de qualidade para maior segurança do paciente:

Não tem vácuo encanado nos leitos. Nenhum dos leitos tem vácuo e aspira paciente no ar comprimido porque é o que tem na instituição (E1).

É tem muita coisa, muita coisa, infraestrutura, material de má qualidade (E30).

Por exemplo, material com dispositivo de segurança, seringa que assegura o funcionário ou um aspirador. Um aspirador, já está velho e se a gente tivesse condições de comprar isso ai poderia trazer mais benefícios para o paciente. Ou maior quantidade de material, para ter mais quantidade nas alas, para na hora da urgência eu ter mais opções (NSP2).

Ah, aparelho de pressão! Tem hora que a gente não tem aparelho de pressão. Paciente tem que verificar pressão toda hora, aí é uma dificuldade, e também aparelho de glicemia (TE23).

Às vezes falta de equipamento, falta assim, material para você trabalhar (TE 22).

Trata-se de aspectos importantes, pois impossibilita a equipe de executar suas atividades cotidianas de forma segura. Essa realidade traz reflexões sobre a segurança do paciente e os cuidados inseguros realizados em países em desenvolvimento. Trata-se de um problema grave de saúde pública em todo o mundo. Em países desenvolvidos para um em cada 10 pacientes sofre algum tipo de dano durante a sua internação hospitalar. Pouco se sabe sobre a extensão das lesões produzidas por cuidados inseguros nos países em desenvolvimento, e que estes podem ser superiores aos dos países desenvolvidos, devido a limitações de infraestrutura, tecnologia e recursos humanos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008). Entretanto, em países como a Rússia, Polônia e Hungria já foram comprovadas a probabilidade de EAs serem ocasionados pelas péssimas condições das infraestruturas, dos equipamentos, a qualidade de medicamentos e a deficiência no controle das infecções (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002). Portanto, os EAs podem estar relacionados a problemas da prática clínica, dos produtos, de procedimentos ou do sistema de saúde.

Melhorar a segurança do paciente abarca uma avaliação sistêmica do ambiente em que é prestado o cuidado em saúde, incluindo equipamentos seguros, práticas assistenciais e gerenciais seguras. Além do suprimento inadequado de materiais, não há manutenção preventiva de equipamentos, o que provoca uma insegurança na prática profissional:

Chega ao ponto dos riscos dos equipamentos. Você pega um cardioversor, por exemplo, que tem que ter uma manutenção preventiva e não tem. Quem garante que na hora que o paciente vai chegar lá ele vai funcionar? Isso me preocupa. Hoje mesmo eu questionei com a administração. Como estão os nossos projetos? Corre o risco de a cama quebrar com o paciente. Risco de infecção porque está toda enferrujada. Faz a higienização, mas não é mais a mesma coisa. Então, isso é a minha preocupação. (NSP5).

Não tem manutenção. Essas grades você coloca elas e elas caem. Cadeirinha de subir está com pontas soltas e aquilo bate na sua perna, é um perigo. Tem anos que é aquela mesma cama. Tem umas cabeceiras que estão soltas, tem paciente que se deixar ele vaza lá embaixo. Todo mundo sabe que os monitores estão todos sucitados, que são 12 anos de UTI e nunca teve manutenção. Funciona 24 horas por dia, durante os 365 dias do ano uma hora vai dar defeito. E a gente avisando, avisando. Esse negócio do monitor me estressa, meu cabelo cai e ninguém paga minha conta lá no dermatologista (NSP9).

A manutenção preventiva desses equipamentos é um dos padrões da JCI de forte impacto na segurança dos pacientes, dentre outros quesitos de gerenciamento e segurança das instalações, de responsabilidade direta da administração da instituição de saúde. Padrões, neste sentido, trata-se de uma declaração que define as expectativas de desempenho, estruturas e processos que devem estar implementadas para que a organização ofereça cuidados, tratamentos e serviços de elevada qualidade (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2010).

Para assegurar que os equipamentos estejam funcionando, os responsáveis devem inspecionar, testar e manter os equipamentos médicos prontos para o uso e realizar um programa de manutenção preventiva, documentando todas essas etapas (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2010).

A falta de manutenção preventiva pode estar relacionada à EAs preveníveis ou evitáveis. Além disso, tem a questão da padronização de materiais de qualidade, o que não é seguido na instituição, ocorrendo aquisição de materiais com baixa qualidade, colocando em risco a saúde dos pacientes. Os EAs evitáveis têm relação com as condições dos equipamentos como, bomba de infusão endovenosa, deficiências em válvulas alterando a dose da medicação administrada, desfibriladores com bateria esgotada, carrinho de emergência com medicamentos vencidos, programação inapropriada de ventiladores (CANTILLO, 2007). Algumas dessas condições podem ser observadas nos depoimentos de NSP5 e NSP9:

Nós tivemos uma vez equipo que não controlava o gotejamento, por que não temos referência de qualidade para comprar material, e isso é péssimo para nós. É um erro grave que recai sobre a gente, porque ninguém quer saber se controlou gotejamento ou não. Equipo fechado, a medicação estava fechada, quando a gente olhou tinha corrido tudo. A gente já padronizou uma marca, mas vai lá ver se é a marca X. Luva,

jelco, equipo de bombas, mas tem um monte de equipo azul pra medicação. Que segurança é essa que estou dando? Porque o risco de errar é muito grande. Você ficar com nora adrenalina alta aí você ficar lá na bomba. Comecei a usar equipo fotossensível e é caríssimo, não tem condições. Estou fazendo de boba aqui. Você vê por aí o nível (NSP9).

Os resultados encontrados se aproximam de outros estudos realizados em hospitais públicos brasileiros. Foram destaques como barreiras para alcançar a segurança do paciente; a falta de materiais, a falta de manutenção de equipamentos; a inadequação na proporção de profissionais, a pressão assistencial e tempo (MARTINEZ QUES; MONTORO; GONZÁLES, 2010; OLIVEIRA et al., 2014).

Um estudo que analisou EAs evitáveis em pacientes internados mostrou que as principais falhas para que ocorresse esse tipo de evento foram falhas em tomar precauções para evitar lesões acidentais, em 47 (72,3% dos EAs evitáveis), seguido de falha em agir com base nos resultados ou exames, em 8 (12,3%), o que demonstra a relevância do problema e a premência por ações que atuem sobre a ocorrência de danos ao paciente considerados desnecessários e evitáveis (MENDES et al., 2013).

A ocorrência de incidentes devido à falta de material não pode recair sobre os profissionais, quando, na verdade, falta gerenciamento dos recursos. Para uma infraestrutura adequada, atentando para a segurança do paciente, se faz necessário compromisso político e organizacional ponderando às necessidades de acessibilidade, segurança, qualidade e relação custo eficácia.

A esse respeito, foi possível verificar ao longo dos depoimentos, casos de ocorrência de EAs adversos graves por falta de investimento em dispositivos e equipamentos médicos, inclusive em setores de alta complexidade como CTI, hemodiálise e BC. Além da estrutura física antiga, faltava material de qualidade, alterando as condições operacionais:

A gente tem alguns problemas aqui? Tem. Por exemplo, essas minhas instalações de tomada são antigas, a gente esta fazendo reforma. Nós começamos por uma sala e vamos fazer em outras, mas ainda não tem essa segurança total. Então, tem alguns eventos adversos que acontecem. Um monitor que desliga. Uma tomada que não liga. Um aparelho que não ascende, extensões que ficam como desencapadas. Temos esses problemas. (NSP 12).

Então assim, eu peço muito para eles não confiarem no monitor por que ele não alarma (NSP9).

Por exemplo, a máquina de diálise para durante o atendimento ao paciente e interrompe o tratamento e não foi notificado. E o paciente fica prejudicado (E1).

Uma estrutura física e um ambiente adequado, os equipamentos médicos e outros recursos, muitas vezes sustentam os cuidados clínicos prestados e, por isso, devem ser utilizados de forma segura e efetiva. Portanto, as instituições de saúde devem trabalhar para assegurar uma estrutura segura, funcional e assistencial aos pacientes, familiares e profissionais (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2010).

Dentre os principais EA identificados na assistência de enfermagem, descritos na literatura, estão os EAs relacionados a recursos materiais, principalmente pela falta de equipamentos e equipamentos com defeitos. No que tange as consequências dos EA estudados, 83,9% causaram dano temporário requerendo intervenção e/ou prolongamento do tempo de internação e 16,1% resultaram em óbito do paciente (DUARTE; STIPP; SILVA et al., 2015).

#### ***5.4.2 A realidade relacionada aos recursos humanos***

Esta subcategoria permitiu apresentar e discutir a realidade de um hospital de ensino quanto às dificuldades voltadas para os recursos humanos. Foram destaques nos depoimentos: o número reduzido de pessoal, a sobrecarga de trabalho, o estresse, os atrasos nos salários e a baixa remuneração, a alta rotatividade, aspectos que, na visão dos participantes da pesquisa, impactam na segurança do paciente.

O déficit quantitativo, principalmente do pessoal de enfermagem, para uma assistência que atenda os requisitos de segurança foi o aspecto mais citados pelos participantes da pesquisa:

Eu acho que a segurança do paciente ela deixa muito a desejar (silêncio). Como vou te explicar? Pelo quadro dos profissionais. Não aconteceu nada enquanto estou lá dentro, mas eu já vi durante a soma final de indicadores que teve quedas, dentro desse período. Paciente que não tinha úlcera por pressão e depois da internação ou depois de ser transferido de um setor para outro e teve úlcera por pressão. Eu acho que o quadro de funcionários é insuficiente (equipe de enfermagem) (E1).

Às vezes é o setor muito tumultuado. Setor muito tumultuado, e às vezes falta funcionário. Não tem funcionário para ajudar (E20).

Eu não desistir ainda. Mas a gente não tem funcionário. A gente não tem secretário. O hospital paga a gente no 17º dia do mês. Então, assim, você vai pedindo, vai pedindo. Lá vem ela! Vou mesmo! Tudo documentado (NSP9).

O déficit de pessoal não está somente entre os técnicos de enfermagem. Foi citado um número insuficiente de médicos e enfermeiros, o que na visão dos participantes são aspectos básicos e iniciais para uma instituição que quer oferecer segurança:

Não concordo com os médicos não, porque eles só, só residente que atende aqui (TEC18).

Acho que a gente tem que começar do início. Tem muito, muito que caminhar para segurança do paciente. A gente tem é um núcleo formado, mas que a gente ainda não tem condições de executar algumas estratégias. Algumas porque não temos recurso, outras não. Aquilo que não precisa de dinheiro a gente tenta fazer e muitas das vezes a gente precisa de pessoas para fazer, e a gente tem um número muito reduzido de pessoas na equipe de trabalho (NSP 9).

Como eu já consegui aumentar o quadro de enfermeiros a tendência é aumentar mais, para a gente poder conseguir deixar um enfermeiro em cada ala (NSP24).

Durante a observação de campo foi possível observar que os enfermeiros assumiam mais de uma unidade de internação durante o dia, assumindo em torno de trinta pacientes, e, no plantão noturno, era apenas um profissional para todo o hospital, exceto para o pronto atendimento e o CTI. Estudo realizado em um hospital público brasileiro que objetivou identificar dificuldades para a instituição alcançar a certificação de qualidade também apontou uma maior necessidade de quantitativo de enfermeiros, principalmente no período noturno. O autor chama a atenção para a necessidade de maior envolvimento entre as equipes multidisciplinar no atendimento ao paciente. Por outro lado, apontaram a preocupação com a saúde do trabalhador em decorrência da sobrecarga e a complexidade do trabalho, sua capacitação e supervisão contínua (KOBAYASHI, 2010). São aspectos que, se não observados, reduzem as chances de oferecer maior qualidade e segurança na assistência, e podem ser observados no presente estudo:

À noite a gente tem um enfermeiro só, para o hospital todo, aí você imagina. Ele resolve tudo. Por exemplo, tudo que acontece liga para ele, sendo relacionado à enfermagem ou não. Então ele fica a noite por conta de tudo. E fica um no CTI, um no PA e um para o restante, as alas. Acontece uma urgência na ala C e na ala D ao mesmo tempo, e aí? Fica difícil. A noite fica difícil trabalhar. A gente tem os profissionais no limite para trabalhar. E como a gente tem um número grande de atestados, vira uma bola de neve. Funcionário dobrando, porque tem que dobrar, porque o outro está de atestado, e aí, tudo vai diminuindo a qualidade do serviço. Funcionário trabalhando cansado, enfim (NSP2).

As ausências e o número reduzido de pessoal acarretam uma sobrecarga de trabalho, o que influencia significativamente a segurança do paciente. As altas cargas de trabalho prejudicam melhores resultados nos cuidados, a confiabilidade e a segurança, pois reduzem a percepção do paciente quanto à confiabilidade na assistência prestada (TENG; DAI; SHYU, 2009), conforme depoimentos:

Temos aqui hoje, em relação à assistência, um número reduzido de pessoal e pode gerar uma queda do leito, porque às vezes temos três técnicos para atender uma unidade com 30 leitos, 30 leitos ocupados (NSP6).

Eu acho que é sobrecarga de trabalho deles. Muita sobrecarga para o enfermeiro. Tudo na ala é o enfermeiro (NSP2).

A dificuldade que eu acho é o excesso de paciente que a gente assume neste setor (TE27).

Trabalha em três funcionários aqui, são dez pacientes para cada um é muito. É considerado muito, o COREN não permite isso né? Só que nós trabalhamos unidos. A jornada de trabalho é muito puxada, o que me atrapalha mais, porque eu acho que a carga horária é muito puxada para a gente conseguir desenvolver um trabalho legal (TE26).

Estudo realizado na Espanha mostrou que o quadro de funcionários, a insatisfação no trabalho por sobrecarga, as condições de trabalho e a alta jornada de trabalho foram destaques, como pontos fracos, para a cultura de segurança (GAMA; OLIVEIRA; HERNANDÉZ, 2013). Essas condições também estão associadas à qualidade do cuidado. Uma pesquisa divulgada em 2011 avaliou a influência do dimensionamento da equipe de enfermagem na qualidade do cuidado e encontrou o aumento das taxas de infecções, mortalidade, quedas, pneumonia na ventilação mecânica e tempo de internação, com relação direta com o quantitativo de enfermagem (VERSA et al., 2011). Apesar de ser uma pesquisa realizada em CTI, o cuidado ao paciente hospitalar, em qualquer setor, é complexo e o dimensionamento da equipe é fundamental para atender os princípios de segurança, não só do paciente como do profissional. Estudo realizado em um hospital universitário, de grande porte, no sul do Brasil com uma amostra de 11 unidades de internação, analisou a carga de trabalho da equipe de enfermagem e sua relação com a segurança do paciente. O estudo sugere que o aumento do número de pacientes para a equipe aumenta a taxa de queda do leito; infecções relacionadas a cateter venoso central; rotatividade de profissionais e absenteísmo (MAGALHÃES; DALL'AGNOL; MARCK, 2013).

Durante a pesquisa de campo, em conversas informais com os profissionais, observou-se um nível de insatisfação no trabalho. Eles temem falar sobre o assunto e alegam sobrecarga de trabalho. Os técnicos de enfermagem do plantão noturno se mostraram ainda mais preocupados: “estamos largados, a enfermagem está muito largada. Pacientes estão ficando nas mãos de residentes. Erram muito, já vi até prescrição de Tylenol venoso.” Enquanto realizava entrevista com um, os outros também queriam falar, desabafar, mas na hora de gravar a entrevista demonstravam medo e receio em relatar a realidade.

A insatisfação no trabalho é um ponto de discussão importante. Profissionais se sentem inseguros e insatisfeitos com o trabalho é um fator considerado negativo, uma vez que a satisfação profissional está diretamente relacionada com a qualidade da assistência e a ocorrência de erro. Instituições com profissionais insatisfeitos com o trabalho apresentam maiores taxas de rotatividade, o que por sua vez está associada à ocorrência de EA (RIGOBELLO et al., 2012). Portanto, a satisfação no trabalho, o diálogo, e o suporte da administração à equipe são essenciais para garantir a segurança do paciente. Em se tratando de uma instituição de referência em ensino e pesquisa, que zela pela qualidade, é fundamental a mobilização de recursos humanos para o alcance das metas.

No entanto, não foram evidenciados aspectos de valorização e desenvolvimento pessoal por parte da instituição, aspectos caracterizados pela alta rotatividade de pessoal, profissionais trabalhando estressados, atrasos e baixos salários:

É funcionário trabalhando estressado, pouco salário, o salário é ruim ai tem que trabalhar em vários lugares (E30).

Quem que quer vir para ganhar esse salário de novecentos e oitenta reais e ter a responsabilidade que tem. Estou com uma treinando, duas de licença que provavelmente não vão voltar porque arrumaram outro tipo de serviço. E ai essa rotatividade que mata a gente e a gente fica sobrecarregado. Não tem como falar não vai fazer nada. Estou até agora sem almoço, agora que liberei as meninas para almoçar. Isso é praticamente todos os dias (NSP12).

Tenho duas enfermeiras que trabalhavam no setor há muito tempo e depois saíram e entraram duas novas e isso também pega muito porque você tem que começar treinar a equipe de novo demanda mais da gente, cansa mais a gente (NSP7).

A gente não tem plano de carreira no hospital. Isso é péssimo, por que você não valoriza as pessoas que estão ficando. Então, as pessoas não são motivadas. Muitas vezes larga pra lá. Ninguém quer nada com nada, “ninguém me dá valor” e isso é péssimo para instituição. Eu conversei diretamente com o diretor que, assim, a enfermeira que está à noite, que entrou, o que ela ganha a noite, que é mais cansativo, mesmo com adicional noturno, é cento e pouco reais a mais do que o que está na ala. Trabalha 8h por dia, não trabalha final de semana. Então, assim, vamos perder por que ela não vai ficar [...]. Eu peço tela na janela, ninguém põe. Eu peço a cama, que está enferrujada, ninguém vai lá pintar a cama, e fica aquele negócio, e isso desanima nossa bastante (NSP9).

As elevadas taxas de rotatividade sugerem que o dimensionamento de pessoal está inadequado, aspecto discutido anteriormente, o que dificulta a continuidade do cuidado e contribui para (in) segurança do paciente, devido à fadiga e a rotatividade da equipe (MAGALHAES; DALL’AGNOL; MARCK, 2013). Os achados corroboram com pesquisa que identificou a falta de incentivos e de motivação como barreiras ou limitações e afetam o desenvolvimento de estratégias de segurança (MARTINEZ QUES; MONTORO;

GONZÁLEZ, 2010). Esses fatores já foram apontados como causa de EA. A própria teoria do queijo suíço compara as vulnerabilidades dos sistemas de saúde aos buracos do queijo. Nos hospitais, esses fatores estão relacionados ao ambiente de trabalho, estresse e sobrecarga de trabalho (REASON, 2002; CALVALCANTE et al., 2015).

Eu participo da CIPA e a gente montou um ambulatório psicológico para os funcionários. A gente notou que a maioria tem dois empregos. Fica sobrecarregado, nem sempre está tão disposto, não estão felizes. E aí decidimos voltar para o lado emocional do colaborar, e isso reflete diretamente no paciente (NSP6).

Os resultados e as discussões apresentados nesta subcategoria levam a reflexão sobre o “fator humano”, fator que tem sido estudado para melhor compreender o “erro humano” (REASON, 2002; LEAPE, 1994). Reason desenvolveu estudos para compreender os mecanismos do comportamento humano na ocorrência do erro, no qual o fator humano deve ser considerado, podendo ser um fator contribuinte ao erro, dentro de uma abordagem holística e não individualizada (REASON, 2002).

Destaca-se que o fator humano associado ao maior número de EA é a falta de comunicação (SANTOS; GRILO; ANDRADE et al., 2010), há também a exaustão (bornout) que acomete os profissionais de saúde, principalmente, enfermeiros e cirurgiões (SHANAFELT, BALCH, BECHAMPS et al., 2010) e fatores relacionados com a atividade profissional de saúde (BRASIL, 2013). São fatores humanos contribuintes ao erro, mas fica a cargo da administração criar condições para que o erro do profissional não atinja o paciente, como por exemplo, implantando a prescrição eletrônica, protocolo de passagem de plantão e de transferência de paciente, a dispensação de medicamentos por dose unitária e evitar que o profissional trabalhe fatigado ou sob intenso estresse (BRASIL, 2013).

A assistência segura ao paciente é de responsabilidade de cada profissional. Entretanto, mesmo considerando o fator humano, é importante considerar também as condições de trabalho, os aspectos estruturais e as atividades desenvolvidas, relacionados ao desencadeamento de erros (PADILHA, 2006).

#### ***5.4.3 A realidade relacionada a fatores pessoais***

Dentro da perspectiva do fator humano, esta subcategoria permite apresentar os fatores relacionados ao profissional, ou seja, características individuais que influenciam o

comportamento ou a atividade profissional, tais como o conhecimento; a qualificação e a experiência profissional; as atitudes; a motivação e a intenção, aspectos que impactam na segurança do paciente durante a internação ou cuidados no hospital.

A respeito do conhecimento técnico científico, pode ser identificado nos depoimentos:

A farmácia, por exemplo, não tem nenhum profissional que trabalha lá que tem um curso voltado para área. Então a farmácia dispensa muita medicação errada, e é só uma farmacêutica (E25).

Modifica muito o pensamento da gente, mais de quem tá no núcleo, porque assim, não é de todos também não, mas as pessoas que procuram realmente, que gostam de conhecer, algumas coisas diferentes, elas costumam não ficar só ligada naquilo que o núcleo está fornecendo. Vou pra casa, leio, entro na internet, pego alguma coisa né? (NSP9).

Sempre tem muito o quê melhorar e tem muito o quê aprender também. A gente nunca sabe tudo, você entendeu? (TE17).

A gente esta com escassez de técnico de enfermagem. Então, está muito difícil de conseguir técnico. A gente não está conseguindo fazer o processo seletivo. Então, os que estão aparecendo, vão entrando. A gente está qualificando eles aqui dentro. Avaliando no período de experiência. Então, essa é uma grande dificuldade (NSP24).

Na visão dos entrevistados, o conhecimento está atrelado também à qualificação e à experiência profissional, fatores pessoais que podem influenciar as práticas de segurança do paciente:

Enfermeiros mais novos, técnicos mais novos. E que já vêm com experiência. Contratamos um enfermeiro agora e não tem nem um mês e já está fazendo notificações. Tem conhecimento (NSP2).

O compromisso, o conhecimento, a confiança, dos colegas também. Isso entra muito nesse tema. Às vezes a gente esta com dúvida, a gente vai atrás do colega para poder ajudar, de um que tem mais experiência do que a gente (TE19).

O compromisso, o conhecimento, a experiência, a disposição individual e outras atribuições pessoais podem contribuir em proporcionar a melhor assistência e, principalmente, utilizar o melhor do conhecimento, se constituem em fatores essenciais do cuidado, porém na atualidade, são insuficientes para garantir uma assistência segura e eficaz. As organizações não podem assumir um caminho de isenção de responsabilidades (QUINTO NETO, 2006).

No que tange a atitude ou comportamento relacionado com a segurança do paciente, destaca-se os depoimentos:

Tem o quesito esquece. Deixa por exemplo, para notificar depois e esquece (NSP7). Mas eu sempre falo nas reuniões, não é só o financeiro. Se tiver boa vontade de fazer, dá para fazer outras coisas, mas às vezes o pessoal fica resistente colocando a culpa no dinheiro, entendeu? Ah não posso fazer não porque não tem dinheiro, mas na verdade é por falta de boa vontade mesmo. Poderia fazer e não faz (NSP2).

O dificultador mesmo eu te falo que está nos profissionais. Não sei se é da nossa parte também, toda mudança, tudo que a gente quer implantar tem uma resistência muito grande de profissionais. Então, se você quer dar uma palestra ninguém tem tempo, ninguém pode, agora tenho que fazer medicação. Então assim, não sei se é falha nossa por não insistir. Falha do outro por falta de interesse, ou se é uma sobrecarga de trabalho (NSP5).

A intenção não é de prejudicar o paciente, mas identificou-se que a (in)segurança muitas vezes está relacionada à falta de habilidade:

Nessa instituição? Ah, eu acho positiva, pelo menos a gente tenta fazer o máximo possível para ele ficar seguro. Principalmente esses acamados. Que às vezes nem acompanhante esta junto, fico sempre de olho nas prescrições dele, querendo saber do médico se está certo, se não está. Alguma coisa que eles passam errado, que você sabe como é né? É isso aí, eu acho que é positivo (TE18).  
Tem muita coisa que ainda precisa melhorar [...] a questão ética que acredito que faz parte da segurança do paciente. São coisas que ainda precisam melhorar bastante. O que percebo é que os profissionais principalmente os que estão chegando agora, estão muito despreparados (E25).

A falta de habilidade e atenção foram determinantes para ocorrência de falhas durante a assistência de enfermagem a pacientes de recuperação pós-anestésica (CHIANCA, 2006). Além disso, a dificuldade em realizar a atividade, pela complexidade do procedimento, por exemplo, e fatores de performance, individual ou da equipe, são fatores voltados para a atividade humana determinantes do resultado em saúde (FRAGATA; SOUSA; SANTOS, 2014).

O comprometimento também emerge como fator para melhorar a segurança do paciente:

Então assim, eu não sei se é por falta de ser uma cabeça mais aberta, ou se é a maioria tem dois empregos, ou se é falta de interesse mesmo. Se você tem igual aqui tenho vinte funcionários, cinco até interessa e preocupa o resto não (NSP12).  
Então, tem pessoas que se comprometem, trabalham, está ali. Agora, tem outros que você não pode contar mesmo. Hoje a parte de gestão de pessoas, de humano, está muito complicada. Cada um pensa de um jeito (NSP7).  
Eu acho que o dificulta é o comprometimento dos funcionários. O único problema é esse. Não vejo facilidades. Eu acho que inclusive tem pouca participação e pouca adesão. Pouco envolvimento com a questão (E14).  
Normalmente eu sempre acompanho na clínica cirúrgica as admissões. Acompanho aprazamento das medicações, se estão sendo feitas no horário correto. O pessoal tem mania de adiantar as medicações. Mas eu acho que não é uma preocupação de todos (enfermeiros). Não é o que todo mundo faz. Eu acho que é uma questão de treinamento e não formação (E20).  
A diferença de um setor para outro eu atribuo a fase inicial (da Segurança do Paciente) e que alguns setores, algumas coisas por conta própria, e outros não. Algumas pessoas fazem outras mesmo sabendo que tem que fazer não faz. A identificação do paciente, por exemplo, vai muito da relação enfermeiro equipe. Infelizmente se a gente não ficar no pé, não cobrar não faz. Se a gente não ficar lá

lembrando todo dia o que tem que fazer, que tem que colocar, não faz. É comprometimento. São coisas que não atrasa o serviço, faz parte do seu serviço. É uma questão de compromisso mesmo (E25).

Os recursos humanos são apontados por Donabedian como fatores preponderantes para a qualidade em saúde, quantitativamente e qualitativamente. Somente com compromisso e responsabilidade dos envolvidos é possível o alcance de uma cultura organizacional de qualidade (DONABEDIAN, 1990). Além disso, o comportamento é muitas vezes influenciado por pares, a prontidão de uma pessoa a se comportar de uma determinada maneira, que é considerada como o antecedente imediato de comportamento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Interessante destacar, que uma instituição hospitalar é constituída por muitos agentes (médicos, enfermeiros, pacientes, administradores, fornecedores...) que tendem a aprender, a adaptar-se e a auto organizar-se. Ou seja, são profissionais que tendem a trabalhar dentro de uma rede profissional e social, mas também de forma independente, por interesses próprios e, muitas vezes conflitantes, e ainda, são agentes inteligentes que ganham cultura (experiência que muda em função do tempo, adaptações, num processo de auto-organização) e não há como controla-los. São agentes mais facilmente influenciáveis no seu comportamento que no controle direto (FRAGATA; SOUSA, SANTOS, 2014). Os depoimentos a seguir corroboram com a afirmativa que não há controle direto sobre o comportamento dos profissionais:

Há o risco de erro no procedimento porque não tem um padrão, apesar de ter POP cada um exerce da maneira que acha correto (E1).

Você tem que estar muito atento, bem consciente, mas é de cada técnico. Eu costumo fazer a medicação com o nome, o leito e gritar o nome do paciente: “oh José Maria”, para ele me atender. Mas cada um tem a sua técnica. Tem muita gente desatenta, muito leiga. Não tem medo. Os técnicos de hoje que entram na enfermagem não tem medo. Eles aventuram (TE16).

O depoimento de E1 demonstra a existência de práticas pessoais sem seguir um padrão ou sem adesão às práticas baseadas em evidências. Da mesma forma, uma pesquisa identificou 68 fatores contribuintes para a ocorrência de 65 EAs evitáveis. Em três casos foram atribuídos mais de um fator. O fator contribuinte mais frequente foi a não adesão à norma, isto é, não verificou ou não seguiu o protocolo ou diretriz clínica (55,9%), erro técnico (14,7%) e a habilidade do profissional (11,8%) (TENG; DAI; SHYU et al., 2009). Neste mesmo raciocínio, uma pesquisa na área de cirurgia segura, enfocou que os processos e as práticas baseadas em evidências, que são conhecidos para reduzir a incidência de infecção

cirúrgica, tendem a ser pouco utilizado na prática de rotina. Os autores descrevem que melhorar a consciência por parte dos profissionais, por melhores práticas, pode reduzir a infecção de sítio cirúrgico, o que só é possível por meio de uma iniciativa educacional (SKOUFALOS; CLARKE; NAPP, 2012).

Portanto, a questão da conscientização e do comprometimento profissional com prática seguras se esbarra também no treinamento e na responsabilidade ética:

As outras pessoas, que vão fazer aquilo que você acha que tem que ser feito, nem sempre tem a mesma mentalidade que você. Por falta de conhecimento ou até por falta de treinamento, de explicar, fazer a pessoa entender o que ela tá fazendo (NSP9).

A maioria dos profissionais não tem consciência dos danos que eles podem causar ao paciente e acabam fazendo na inocência, vamos dizer assim, por não ter o conhecimento adequado sobre isso (E1).

Estudo realizado na Dinamarca mostrou que a prática de monitoramento clínico variou consideravelmente entre os enfermeiros com diferentes níveis individuais de profissionalismo, e a consciência profissional também foi fator decisivo. Diferentes níveis de envolvimento pessoal convergem em diferentes práticas nas enfermarias, apesar de rotinas, diretrizes e locais semelhantes, ou seja, o profissionalismo influencia a prática profissional. O conceito de profissionalismo implica o envolvimento pessoal, a reflexão sobre a prática, os conhecimentos, as habilidades e a experiência. Assim, para melhorar a segurança do paciente, iniciativas precisam abraçar atributos individuais e organizacionais (BUNKENBORG; SAMUELSON; AKESON et al., 2012).

Em relação à responsabilidade ética, ações negligentes dos profissionais, ações imprudentes ou realizadas sem conhecimento ou habilidade técnica, necessários para um atendimento seguro, são ocorrências éticas e, imprescindivelmente, precisam ser gerenciadas e avaliadas as condições de trabalho dos profissionais (FREITAS; OGUIISO; MERIGHI, 2006).

É uma coisa que você em que entrar com a responsabilidade (TE16).

Não acho que nenhuma ação seja intencional, mas talvez, falta de atenção. O próprio descaso para terminar o serviço logo, e isso é muito inerente ao ser humano. Ele quer terminar o dele, ir embora para ser feliz, e largar o resto para trás (NSP 9).

Portanto, além do fator humano, deve se considerar a história política e a ética, fatores que predeterminam e atuam na construção e no desenvolvimento da organização real do trabalho, repercutindo na constituição dos modos, conteúdos e dinâmicas comunicacionais em

que se constroem os laços de confiança, reconhecimento, cooperação e comprometimento dentro das organizações (DEJOURS, 2002). Além disso, há a questão da responsabilização pessoal, elemento fundamental no sistema seguro, em nível individual, administrativo e organizacional (WACHTER, 2013). Erros cometidos por indivíduos incompetentes, habitualmente descuidados, ou por aqueles que não estão dispostos a seguir normas, cabe o equilíbrio entre a não culpabilidade e a responsabilidade pessoal (WACHTER, 2013).

Destarte, um exercício profissional ético, a gestão de recursos físicos e humanos, assegurar as condições de trabalho, o planejamento estratégico, no sentido de proporcionar maior segurança para o paciente e para a equipe, ampliam o objetivo de uma política de segurança. São aspectos de governabilidade do enfermeiro e da administração da instituição (KOBAYASHI, 2010). Entretanto, a prevenção e o controle das ocorrências éticas exigem investimentos materiais e humanos; envolve custo e vontade política para implementar mudanças nas dinâmicas e nas condições de trabalho. Assim, todo o esforço de enfermeiros seria insuficiente para o enfrentamento de ocorrências éticas se não houver um comprometimento da instituição em zelar pela segurança (FREITAS; OGUIISO; MERIGHI, 2006; OLIVEIRA et al., 2014).

São aspectos que, se não observados, contribuem para um “cuidado inseguro” que para Donabedian (2003), expressa no aumento do risco de danos desnecessários ao paciente, que podem ter impactos negativos nos resultados do cuidado de saúde.

#### ***5.4.4 A realidade relacionada a fatores institucionais***

A segurança do paciente precisa ser vista a partir de uma perspectiva sistêmica, abrangendo fatores organizacionais ou institucionais, para além dos fatores humanos e tecnológicos, pois, há impacto direto da cultura e das políticas organizacionais na eficácia do controle e mitigação do risco. Neste sentido, considerar os fatores organizacionais é considerar o contexto hospitalar como potencial em afetar o comportamento e o desempenho do indivíduo ou da equipe (FRAGATA; SOUSA; SANTOS, 2014).

Portanto, esta subcategoria discute aspectos como, política institucional, com atrasos e baixos salários (discutidos como fatores de recursos humanos), falta sistema de recompensa, prioridade estratégica com pouco envolvimento administrativo, e uma gestão mais envolvida com o Programa de Segurança.

Apesar de a instituição estudada transportar na sua Missão “promover um atendimento de alta qualidade, investindo em aprimoramento dos colaboradores e em tecnologia” os participantes da pesquisa relatam uma instituição que não condiz com a missão declarada:

Comissão daqui, comissão dali e é só papel, eu goste de ver as coisas em prática. Ai eu citei tal problema essa funcionária vem atrás de mim todos os dias e eu falo que é problema administrativo. Ela me entrega um relatório, eu respondo para ela e agora eu quero saber o que você faz com este papel que eu te respondo? Ah eu arquivo. Então para quê? Estamos fazendo papel de bobas (NSP5).

O hospital insiste em fazer pregão, tem o esquema de três preços, mas insiste e ai compra qualquer coisa. Por mais que você tem a comissão, mas ela não funciona. Já desistir. Micropore é uma tristeza. Já joguei uns dois no lixo ontem. Quem paga é o hospital é o famoso barato que sai caro. Mas a mentalidade é muito pequena [...] Eu acho que a instituição tem pouco a oferecer e a pessoa tem muito para dar. E ai ela não consegue dar nada. Porque não tem um equilíbrio. Então, é a mentalidade administrativa do hospital, para mim não tem essa mentalidade. Acha que você tem que fazer qualidade, mas não sabe o que está dizendo, o que precisa para ser feito, acho que isso é o que dificulta mais (NSP 9).

Como estratégia para a melhoria da segurança do paciente, é fundamental a implantação de uma política institucional de cultura de segurança, sendo necessário realizar o levantamento dos fatores da organização que dificultam a formação dessa cultura (CAVALCANTE et al., 2015). Dessa maneira, um dos aspectos dificultadores é a própria administração. Observa-se uma administração que não investe em aprimoramento e qualidade. Dentro desta política, identificou-se atrasos nos pagamentos dos funcionários, baixos salários, ausência de uma política de recompensa e de valorização profissional, o que na visão dos entrevistados, impactam na segurança do paciente:

Ah o que o pagamento tem haver? Tem tudo. Funcionário desmotivado, afeta demais, o cuidado com o paciente. Ai o técnico de enfermagem falou oh aqui é assim, eu acho sinceridade ele não vai te operar, ele vai te enrolar, então é melhor você ir embora e tentar resolver isso com seu secretario de saúde porque aqui você está perdendo seu tempo. E foi bem na semana que o pagamento estava atrasado. Então, funcionário fica nervoso, fica irritado, e acaba falando isso. Ela foi embora do hospital (paciente), simplesmente saiu, não assinou termo (NSP10).

A questão do sigilo, o atraso salarial. O hospital atrasa com frequência! Funcionário vai na rádio e fala no programa da cidade sobre atraso do salário. A população fica sabendo. Se o funcionário não está satisfeito, reclama de tudo, tudo prejudica o setor, trabalha mal e o paciente vai colher os frutos. Se for olhar tudo esbarra no paciente. É muita coisa! Por isso que eu falo que estou engatinhando (NSP7).

Como o salario é baixo eles costumam ter dois, três empregos. Então, têm vários, mas o interessante que troca os funcionários técnicos, os que têm outros cargos não. Eu não sei se é remuneração. A remuneração na área da saúde é o problema maior. Não temos (enfermeiros) o (salário) que deveria ter, mas é melhor um pouquinho (NSP13).

Os depoimentos contribuem com a reflexão que atualmente, a ocorrência de incidente, erro ou EA não resulta de um único fator contribuinte, mas de uma cascata de fatores contribuintes, vivos e alinhados no sistema, como num processo aleatório, mas de difícil explicação e causalidade, o que justifica a formação de organizações de alta confiabilidade, cujo foco primário está no sistema e nos processos de trabalho, e não nos indivíduos. Uma organização de alta confiabilidade busca estabelecer uma consciência coletiva em relação à segurança, e o compromisso se dá em todos os níveis da organização, incluindo a alta administração. Portanto, o compromisso das lideranças é componente fundamental para difundir a ideia da necessidade de mudança de comportamento e cultura (FRAGATA; SOUSA; SANTOS, 2014; REIS, 2014).

Durante a pesquisa de campo, por meio de conversas informais e não gravadas com os técnicos de enfermagem, foi possível perceber certa angústia quanto à (in) segurança dos pacientes: “*os pacientes não estão seguros*”. “*A instituição está mais preocupada com os custos*”. Comparam a segurança do paciente com um trânsito perigoso a todo tempo, para pacientes e funcionários. O depoimento de uma integrante do NSP também expõe quais as prioridades com os custos da instituição:

Estou falando que tem que por antena e falam que não têm verba. Porque na hora que eu falo de dinheiro, o que eles falam esse dinheiro aqui é para medicação. Eu explodi! Como vocês tem verba para comprar microondas para administração, geladeira para administração, forminho para administração, e eu já fiz esse orçamento para antena não sei quantas vezes. E o meu problema é que eu gosto de ver as coisas acontecerem, e na segurança do paciente eu não vejo! No geral, eu acho que não estamos resolvendo muita coisa (NSP5).

Destaca-se que a organização de saúde, ao contrário das organizações tradicionais que focam em uma gestão para minimizar custos, deve ser gerida para maximizar o valor, a qualidade e a segurança (FRAGATA; SOUSA; SANTOS, 2014). Na visão dos entrevistados, falta um interesse maior da administração com melhorias de segurança do paciente, e prioridade estratégica:

Na instituição eu vejo assim que temos muitas pessoas empenhadas a fazer, mas muitas das vezes a gente não tem muito recurso e a gente não tem uma visão administrativa muito grande em relação a isso. Eu acho que isso dificulta (NSP 9). Só quem desenvolve o serviço sabe do seu trabalho. A administração não sabe o que você necessita e só você sabe do seu trabalho. Tinha reunião do grupo gestor com

mais frequência, hoje não segue muito uma peridiocidade. Quando tem é resolutive (NSP 4).

Esse treinamento em São Paulo a gente tem que colocar alguém da administração! Tá certo, eu sei o paciente precisa de medicamento, mas eu preciso dar segurança a ele em relação a equipamentos. O que adianta eu dar para ele medicamento se na hora que precisa um cardioversor não funciona, um eletro não funciona, o respirador não funciona na hora (NSP5).

Observa-se pouco envolvimento da administração. A cultura da organização, a hierarquia rígida e a ausência de competências interpessoais são fatores que contribuem fortemente para erros operacionais, erros que podem ser potencializados pela existência de um clima no qual os profissionais têm dificuldades em expressar a sua opinião, ou mesmo de falar sobre a ocorrência de erros envolvendo a si mesmos ou a outros profissionais (FRAGATA; SOUSA; SANTOS, 2014). A dificuldade de acesso à administração, dificuldades em expressar a opinião e falar sobre os erros ocorridos podem ser observados nos depoimentos:

Pagamento sempre atrasado e isso também atrapalha muito a cabeça da gente. A gente trabalha o mês todo e não sabe que dia que vai receber pagamento. Isso atrapalha até o físico da gente, não pode comentar (TE16).

Às vezes os enfermeiros ou qualquer gerente tinha muita resistência com a administração e a gente entra como intrometido mesmo. Vamos resolver (NSP2).

A enfermagem, por exemplo, tem muito medo de notificar, muito medo. Até mesmo quando é relacionado a outro funcionário. Eu sou da CIPA e sei. Eu sei de casos de erro de medicação que não foi notificado. Não prejudicou o paciente e a pessoa ficou calada. Mas desabafou com alguém dentro do ônibus, e eu conhecia (NSP8).

Estabelecer uma política institucional voltada para a segurança do paciente é um trabalho amplo, requer a cultura punitiva ser substituída pela cultura justa, de avaliação do processo, instituindo-se uma política institucional de notificação e a utilização de ferramentas de análise da causa desses erros, corrigindo-se o sistema, prevenindo novas ocorrências (CORBELLINI et al., 2011). Requer uma gestão adequada à realidade e necessidade da instituição, além de reforçar uma metodologia de comunicação institucional que garanta a qualidade e a segurança da assistência (MARTINS et al., 2015).

Identificou-se também uma preocupação dos participantes da pesquisa com a adesão do hospital como Hospital de Ensino sem a preparação necessária para receber os residentes e os estudantes:

Como agora o hospital é um hospital de ensino, o volume de gente circulando é alto, o volume de estudante, de residente é muito alto. Muita gente circulando, muita gente mexendo no prontuário, muita gente manipulando papel então o risco de prejudicar o paciente nisso aí aumentou (E25).

A gente tem o problema de residente que hoje nós viramos um hospital de ensino, mas a gente não tinha estrutura para receber tanta gente. Então, os procedimentos

demora mais, você gasta mais material. Você ocupa mais o tempo da equipe. Porque eles demandam mais da equipe, toda hora eles estão perguntando. Eles querem saber, você tem que ensinar isso tudo. Na hora de prescrever eles erram muito na prescrição (NSP 9).

Os resultados apresentados apontam para a reflexão da necessidade de mais financiamento e colaboração para a pesquisa sobre a segurança do paciente, visando melhorar a qualidade do atendimento dentro das instituições de saúde. Além disso, são necessários melhores sistemas de informação e uma maior colaboração entre países desenvolvidos e os países em desenvolvimento rumo às metas internacionais de segurança do paciente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

É imprescindível o estabelecimento de estratégias para diminuir os riscos, oferecendo mais segurança ao paciente e ao profissional, estratégias para melhorar a comunicação entre a alta administração e os profissionais, alinhando os objetivos de melhorar e fazer da segurança do paciente uma diretriz estratégica. Para Cantillo (2007) melhorar a segurança do paciente exige um enfoque geral e multifacetário, que permite identificar e questionar os reais riscos e potenciais e encontrar soluções a longo prazo.

Os resultados apresentados nesta categoria demonstram que as falhas de segurança do paciente têm caráter multifatorial e a fonte do problema, muitas vezes, tem origem na tríada definida por Donabedian (1998), estrutura, processo alterando o resultado. Portanto, para estudar a raiz do problema em relação à segurança do paciente, o enfoque deve ser dado na análise da estrutura, dos processos e dos resultados, de forma indissociável, considerando que um resultado menos favorável, ou a ocorrência de um EA, exige a adoção de abordagens globais e integradas (SOUSA, 2006).

Urge a necessidade de a instituição atuar e avaliar as causas; os fatores humanos, estruturais, processuais e de gestão envolvidos nesse processo de modo a permitir a implementação de barreiras de prevenção e diminuir os riscos para os pacientes.

Portanto, os fatores que influenciam a segurança do paciente apresentados nesta categoria também acarretam dificuldade para padronização de processos e procedimentos, e requerem a adoção de práticas gerenciais que elevam ao máximo os benefícios para a população. Estas dificuldades constituem desafio adicional ao gerenciamento em saúde, o de solucionar problemas com flexibilidade, de maneira sistemática e com aprendizado contínuo; desafio para compreender e reduzir a distância entre o prescrito e o real.

O avanço vai exigir olhares para dentro e para fora da organização, reconhecer práticas efetivas, trazer à luz deficiências, problemas pouco visíveis, e perseguir operações num plano mais abrangente, aproximando a relação recursos e demanda. Desafio para fazer mais e melhor, com um dado recurso, ou seja, perseguir melhores práticas com atributos de eficiência, eficácia e efetividade. Nesse sentido, a busca de melhores práticas é importante para os serviços de saúde (CARVALHO, 2004).

## **5.5 Práticas de segurança do paciente na Unidade de Internação**

Nesta categoria são abordadas algumas práticas de enfermagem na Unidade de Internação, enfatizando as mudanças alcançadas no atual cenário, discutindo as práticas do cuidado, identificação de risco de quedas, admissão e identificação do paciente. Há destaque para o processo de administração de medicação, haja vista ser uma realidade que ainda precisa ser transformada para melhorar a segurança do paciente.

### ***5.5.1 Práticas de enfermagem na Unidade de Internação***

Nas unidades de internação foram identificadas mudanças nas práticas de enfermagem na tentativa de alcançar melhorias na qualidade do cuidado, práticas que vão ao encontro das metas internacionais de segurança do paciente.

A unidade de internação é parte obrigatória de um hospital geral, definida como local de prestação de atendimento de assistência à saúde em regime de internação, com atendimento a pacientes que necessitam de assistência direta programada por período superior a 24 horas (BRASIL, 2012).

As atividades desenvolvidas pelo enfermeiro em uma unidade de internação hospitalar são baseadas em rotinas, normas, prescrição médica e de enfermagem. Há que ressaltar também a complexidade do ambiente de internação, com equipamentos modernos, profissionais especializados, serviços de apoio, grau de dependência e número de pacientes que irão facilitar ou dificultar o trabalho do enfermeiro no desenvolvimento de seu cuidado (SHIMBO; LACERDA; LABRONICI, 2008).

É o enfermeiro quem gerencia o cuidado e a unidade. O gerenciamento do cuidado corresponde às ações diretas desenvolvidas para o paciente, ou seja, o processo ou

sistematização de enfermagem, instrumento privativo do trabalho do enfermeiro, no qual aplica o método científico para identificar as situações de saúde-doença e as necessidades de cuidados de enfermagem, bem como de subsidiar as intervenções de recuperação e reabilitação da saúde (SHIMBO; LACERDA; LABRONICI, 2008).

Portanto, o enfermeiro é um agente de mudança. Ele pode desenvolver estratégias simples e efetivas para prevenir e reduzir riscos nestes serviços. O enfermeiro deve ter uma visão ampliada do sistema de segurança do paciente e dos processos dentro da sua unidade de trabalho. Assim, mesmo face aos desafios enfrentados o enfermeiro pode se apropriar de instrumentos da qualidade para prevenir e reduzir riscos na unidade de internação.

As mudanças na prática de enfermagem incluíram alterações na admissão do paciente, com adoção de identificação de riscos assistenciais e físicos; destaque para risco de queda e úlcera por pressão, com adoção de impressos próprios e uso da escala de Braden; A identificação do paciente; A adoção de estratégias de comunicação eficaz, com reuniões multiprofissionais, desenvolvimento de simulação realística da ocorrência do erro e do EA, e grupos de estudos semanais.

As mudanças estão voltadas, principalmente, para o gerenciamento dos riscos. Dentre as ações iniciadas, os participantes destacaram a identificação dos riscos assistências e do ambiente, a notificação de EA, o que anteriormente era restrito a notificação de queixas técnica, e a implantação de impressos para avaliar risco de queda e de úlcera por pressão.

Vale ressaltar, que muitos esforços têm sido despendidos para assegurar uma assistência de qualidade e de segurança, pois, no período de internação, no quarto ou na enfermaria, o paciente pode sofrer mais de um tipo de EA evitável. Esses danos podem ser evitados com ações voltadas para a prevenção de infecção, de complicações cirúrgicas e de condições sensíveis ao adequado cuidado de enfermagem (MENDES et al., 2013). Por isso, é tão importante o desenvolvimento de atividades de melhoria de qualidade nas unidades de internação. Os achados mostram algumas ações nessa direção e que foram desenvolvidas mesmo diante de dificuldades estruturais.

Em relação à identificação dos riscos relacionados ao paciente, foi implantado um formulário que passou a ser preenchido pelo enfermeiro na admissão do paciente. Nele são avaliados o risco de queda e os fatores que o predis põem como, uso de medicamentos, idade, alteração do estado mental, e outras condições e, em seguida, a realização de um plano de cuidado, caso haja o risco de queda:

Durante a admissão do paciente, quando a gente vai admitir o paciente, a gente tem um impresso pra gente conhecer melhor o paciente e levantar tem um check list pra você identificar que risco aquele paciente apresenta. Então a gente trabalha com este instrumento. É um instrumento pra avaliar a queda, mais voltado pra queda, da idade, se faz uso de medicamento psicotrópico. Implantou há um ano mais ou menos (E14).

A prática de identificação dos riscos também foi destaque em outra pesquisa de Oliveira et al. (2013) ao analisar as estratégias para promover a segurança do paciente no âmbito hospitalar. A atitude de identificação compartilhada dos riscos pode ser considerada a primeira estratégia para o estabelecimento da cultura de segurança na instituição.

Por meio da análise documental e das entrevistas foi possível observar, no presente estudo, que para avaliação dos riscos também foi adotada como ferramenta a Escala de Braden, e os enfermeiros passaram a trabalhar atentando para os riscos na assistência e buscando melhores práticas no sentido de melhorar a segurança do paciente.

O pessoal consegue identificar melhor o que é um risco, o que é um evento adverso, o que está relacionado (NSP2).

É ter uma rotina no seu dia a dia de trabalho em que você se preocupe em proporcionar a segurança do paciente. Estar atento a toda a situação que pode levar a algum tipo de risco, qualquer coisa que possa prejudicar ou trazer algum risco para ele (E14).

Nossa assistência, no dia a dia, agora é atentando para a troca de medicação, troca de paciente, quedas de pacientes, troca de material, paciente certo. Este tema está sendo bem discutido agora (E30).

Mediante os resultados apresentados observa-se que foram adotadas práticas para a prevenção e a mitigação do risco de queda e de úlcera por pressão. Neste sentido, a prática de prevenir quedas envolve a identificação da sinergia entre os múltiplos fatores que contribuem para esse incidente, fatores intrínsecos (fatores individuais como idade, patologias, uso de fármacos) e extrínsecos (perigo ambientais como pouca iluminação, camas e cadeiras inadequadas) (SOUSA et al., 2014), sendo utilizados diversos instrumentos para essa avaliação, como a escala de Braden, utilizada na instituição em estudo, e outras, como a Stratify (MENDES et al., 2013) e a Escala de Morse (SOUSA et al., 2014).

Na prática profissional também foi inserida a notificação de EA, o que contribui para as melhorias na assistência, na visão dos entrevistados:

Uma visão mais ampla do que é realmente a segurança do paciente e qual é o papel do enfermeiro no processo como todo. Quando o núcleo foi implantado a responsável treinou os enfermeiros principalmente, na questão das notificações, de

eventos sentinelas e depois do treinamento comecei a notificar. Notificar tudo que acontecia até hoje. Eu acho que contribui bastante (E25).

Olha, é bom por que cada dia mais isso de notificar é melhorar assistência do paciente. Então, é importante por que melhora a qualidade de assistência do paciente (E20).

O que fazemos aqui no hospital hoje, a gente trabalha muito com as notificações para ver se a gente consegue melhorar a qualidade do atendimento ao paciente. Eu observo que através das notificações tá tendo melhora entendeu?[...] temos que melhorar muito, mais já vi bastante melhora (E30).

Portanto, a equipe de enfermagem passou a desenvolver o trabalho atentando para as questões de segurança do paciente. Os depoimentos apontam que surgiram inquietações por parte dos profissionais de enfermagem, relacionadas ao erro e as suas consequências para o paciente:

A parte burocrática, a gente sempre fala, essa tem conserto. Vamos dar mais atenção para o paciente, testes corretos, na técnica correta, para evitar o erro, porque se errar não tem como voltar atrás. Então, eu faço educação continuada, seguindo as mudanças e metas do ministério da saúde, que está implantando. Estou sempre buscando [...]e passando para a minha equipe e até para o hospital todo (E13).

Na verdade, antes os funcionários não tinham nem noção do que seria essa Segurança do Paciente. Na verdade todo mundo sabe que o paciente tem que estar bem cuidado, bem olhado e tudo, mas não com tanta ênfase nisso. Não trabalhava voltado pra isso. O que fazia era automático, não posso deixar o paciente cair, não posso dar medicação errada, agora é mais sistematizado. Isso que eu observei (NSP11).

Para melhorar a segurança do paciente na unidade de internação, foi adotada a prática de identificação do paciente com proposta de implantar a pulseira com código de barras:

A identificação do paciente, por exemplo, [...] A identificação é uma coisa que deve ser feita na hora que o paciente chega. Não vai tomar 10 segundos avaliar o risco pra queda e pra úlcera, e é o enfermeiro que faz. Então, já faz a admissão e só tem que transcrever pra folha de identificação. São coisas que não atrasa o serviço, faz parte do seu serviço (E25).

A gente tem feito coisas boas, como a identificação do paciente, que a gente já faz. A gente conseguiu implantar o protocolo de avaliação da ulcera por pressão, a gente consegue fazer a escala de Braden, Então, a gente conseguiu fazer essa identificação do paciente, que ajuda muita a gente ter essa identificação no leito (NSP6).

Junto ao impresso de identificação do paciente o enfermeiro registra a existência do risco de queda e do risco para úlcera por pressão, ficando o registro sob a cabeceira do leito. Trata-se de cuidados importantes para o paciente, pois, são EAs evitáveis que podem prolongar os dias de internação, deixar sequelas ou até mesmo levar a morte (MENDES et al., 2013; SOUSA et al., 2014). A adoção de um plano de cuidado é fundamental, pois, a

prevenção de quedas não se restringe a avaliar o risco, mas envolve intervenção nos fatores de risco, treinamento dos profissionais, e aprendizado com a ocorrência do erro, possível por meio da análise das notificações ou indicadores (SOUSA et al., 2014). Algumas dessas ações foram adotadas pela equipe da unidade de internação.

A equipe também destacou a prática de educação permanente a qual inclui reuniões formais e grupos de estudos, inserindo temas voltados para a segurança do paciente, conforme os depoimentos:

A notificação é de grande importância porque ela é a nossa base para trabalhar educação permanente, trabalhar as formas de como melhorar a assistência prestada (NSP24).

A gente está montando estratégias para tentar mudar esse cenário (trabalho individualizado) e fazer reuniões multidisciplinares, saber mais um do trabalho do outro, comunicar mais. Ter uma comunicação mais efetiva sobre o paciente e trabalhar mais em conjunto sobre isso. Inicialmente, já foi feita uma reunião por motivo de uma feira de saúde que ocorreu. Foi feita entre assistente social, psicólogo, enfermeiro, nutrição e médicos. Agora, pretendemos convocar todos os profissionais envolvidos na assistência e colocar em foco a segurança do paciente. Reuniões mensais e prioridades nas possíveis ações. Essa equipe já tem noção de segurança do paciente, mas são ações individuais. Eles dão importância para os riscos que o paciente está correndo ali dentro, o risco de queda, o risco nutricional. Eu comunico muito com a equipe (E1).

Com os treinamentos, os projetos de extensão que a universidade tem com a gente nesta área, a simulação realística que aconteceu, juntando os setores a gente consegue ver que melhorou. Agente fez um levantamento das notificações de 2012 pra cá e começamos a separar por setor pra fazer educação permanente. Com esse levantamento de 2012 pra cá teve ano com 6 notificações no ano e agora até maio já tinha quase 40 notificações e aí obriga também o NSP a ir atrás pra resolver (NSP 2).

Por meio dos depoimentos e observação de campo foi possível identificar que os enfermeiros iniciaram estratégias para que a segurança do paciente possa ser vista como responsabilidade de todos e não só do enfermeiro, com iniciativas de reuniões multidisciplinares, treinamentos pautados em dados como a notificação, desenvolvimento de simulação realística da ocorrência do erro e do EA, e grupos de estudos. Observou-se também, a parceria com a universidade local, com projetos de extensão na área de segurança e da qualidade, auxiliando na prática de educação permanente. A interdisciplinaridade aparece como estratégia para melhorar a prática.

Constatou-se que uma das práticas que mais preocupa os participantes da pesquisa, foi à administração de medicamentos, o que será abordado na próxima subcategoria. Apesar dos esforços da equipe de enfermagem em melhorar a segurança do paciente, com mudanças no processo de trabalho, também há a preocupação dos participantes em desenvolver melhores

práticas, mas alguns fatores afetam diretamente o trabalho desenvolvido. Os profissionais destacaram a sobrecarga de trabalho, devido ao número reduzido do pessoal de enfermagem e a alta rotatividade da equipe, aspectos já discutidos anteriormente.

Como abordado anteriormente, a OMS propôs metas internacionais de segurança que correspondem à identificação correta do paciente, à comunicação clara e efetiva, aos cuidados relativos aos medicamentos, aos aspectos que conferem maior segurança em cirurgias, diminuição dos riscos de infecção e riscos de queda do paciente (BRASIL, 2013; VELHO; TREVISO, 2013). Os dados apontam a maior preocupação da equipe de enfermagem em adotar melhores práticas, atualizações e aprimoramentos do conhecimento para acompanhar as propostas da OMS.

Em se tratando de uma unidade de internação, não se aplica somente o *check list* de cirurgia segura. Entretanto, não houve destaque para práticas desenvolvidas para alcançar as metas relacionadas à administração de medicamento de forma segura, e em relação ao controle de infecção, apenas uma participante citou a adoção de estratégia multimodal de higienização das mãos. Tais achados revelam aspectos que podem ser melhorados para a segurança do paciente no setor.

O cumprimento de todas as metas representa significativo aumento na segurança ao paciente e possibilita às instituições a melhoria de seus processos, permitindo segurança também ao trabalhador, que por sua vez se sente mais seguro e tranquilo para realizar seu trabalho (VELHO; TREVISO, 2013).

Em relação às ações para melhorar às práticas de segurança na unidade de internação, a interação social aparece nos depoimentos como decisiva para chegar aos resultados de melhorias. A comunicação, a educação permanente, a interação com demais categorias profissionais caracterizam essa interação. Salienta-se que a comunicação eficaz é determinante para a segurança do paciente. Para tanto, são fundamentais o trabalho e a diversidade interdisciplinar, certificando que houve treinamento e educação adequada para o desempenho das funções, compartilhando saberes (NATIONAL QUALITY FORUM, 2010).

Portanto, a adoção de estratégias de educação permanente de forma multiprofissional e pautada em dados das notificações são achados condizentes com pesquisa divulgada em 2012, a qual mostrou que as principais estratégias para reduzir EAs evitáveis em pacientes pediátricos incluíam a formação de pessoal com base em segurança do paciente, treinamento por meio da análise de causa raiz, classificação de EA; a adoção de indicadores e liderança em

enfermagem (PETERSON; TEMAN; CONNORS, 2012). As intervenções educativas contínuas, concentradas nos protocolos, com práticas baseadas em evidências, ajudam a mudar padrões (OLIVEIRA et al., 2014).

A adoção dessas estratégias é condizente com a configuração da prática profissional como prática social. Uma prática que articula atuais e potenciais parceiros, fomentando e desenvolvendo novas ações face à realidade; capaz de promover mudanças nos serviços e práticas de saúde por meio de suas potencialidades para relações, interações e associações (REED, 1997; ERDMANN et al., 2006).

Esses achados reforçam que a segurança do paciente envolve pessoal/trabalhadores, os atores sociais envolvidos na dinâmica organizacional, e devem ser vistos como agentes protagonistas, capazes de superar as dificuldades e atuar como corresponsável pela aquisição, elaboração e articulação de conhecimentos e, portanto, capaz de melhorar suas práticas profissionais (ERDMANN et al., 2006). Assim, foi possível identificar que a segurança do paciente, para a equipe de enfermagem na unidade de internação, se expressa na preocupação com o outro, em uma convivência diária com o paciente, o que torna cada paciente uma pessoa singular. Além disso, os profissionais agem de maneira a atingir um objetivo, decidido e apreendido por meio das relações construídas no âmbito da dimensão social:

Olha, assim que ele internou a gente observa o estado dele. Se ele tem condições de estar no leito sozinho, a doença, o tipo de doença que ele internou. Se ele precisa de um acompanhante, a gente conversa com a família. E mesmo assim, a gente ainda está de olho. Ao mesmo tempo em que a gente esta aqui separando a medicação, a gente está de olho[...] a gente está com o paciente 24 horas em cima dele [...] A gente passa nos quartos todo momento (TE17).  
É mantê-lo o mais confortável possível. É ter uma boa, como que eu falo? Ter uma boa interação com ele, manuseá-lo com mais segurança. Saber que o que eu estou fazendo é para o paciente. Saber o que ele tem também, pra poder saber os procedimentos corretos. Isso é segurança do paciente (TE18).

A adoção de estratégias para melhorar a segurança do paciente na unidade de internação pela equipe de enfermagem envolve a aquisição de novos comportamentos, novas práticas, conhecimentos, competências e habilidades necessárias para o alcance de melhores resultados. Neste sentido, os esforços devem ser contínuos e provenientes de todas as direções, na tentativa de garantir a promoção da cultura de segurança no hospital.

Portanto, para adoção de práticas seguras para uma melhor assistência à saúde, é imprescindível a ação do enfermeiro. Mesmo face às dificuldades, o enfermeiro, em destaque, conseguiu articular ações de gerência do cuidado e da unidade para melhorar a segurança do

paciente e conseqüentemente, melhorias na qualidade do cuidado. Estes achados reforçam a reflexão que líderes devem estar envolvidos no processo de criar e transformar a cultura de segurança do paciente, com a intenção de sensibilizar, responsabilizar, habilitar e agir em favor da segurança dos pacientes (NATIONAL QUALITY FORUM, 2010).

Como agentes sociais, os enfermeiros podem promover trabalho em equipe, estabelecer um enfoque proativo, sistemático e organizacional de formação em trabalho em equipe, com construção de habilidades e melhoria dos desempenhos das equipes para diminuir os danos preveníveis (NATIONAL QUALITY FORUM, 2010).

Os resultados e as discussões desta subcategoria demonstram que o enfermeiro tem desenvolvido seu trabalho atentando para os riscos existentes na unidade de internação, buscando melhores práticas assistenciais e gerenciais, numa perspectiva de alcançar as metas internacionais de segurança do paciente.

A concepção de melhores práticas exige o reconhecimento do princípio de melhoria contínua, de repensar a organização do trabalho e conquistar melhores resultados. Os resultados também apontam para a reflexão de Erdman e colaboradores (2006); a equipe tem potencial para um trabalho colaborativo, tem potencial para aprender a ser, a fazer, a reaprender e a inovar na busca de melhores práticas mesmo em condições diversas de ambientes (a falta de recursos materiais e de pessoal), contextos (pouco apoio da administração), limites, possibilidades e oportunidades. São capazes de atuar com criticidade, reflexividade e autenticidade. É sob esta ótica que as práticas de profissionais de saúde se configuram como práticas sociais.

### ***5.5.2 A prática de administração de medicação na Unidade de Internação***

Com a pesquisa realizada, constatou-se que um dos processos que preocupa os participantes da pesquisa, e que se destacou nas entrevistas e na observação de campo foi à prática relacionada à administração de medicamentos. A administração de medicamentos em instituições hospitalares é considerada um processo complexo e multidisciplinar, no qual a equipe envolvida deve prestar assistência de qualidade, com objetivo comum de zelar pela segurança do paciente, atingindo as metas internacionais da IOM (FRANCO et al., 2010).

Este processo envolve diferentes etapas, desde a padronização e compra dos medicamentos, até a prescrição, transcrição, distribuição, preparo e administração. Os EAs

relacionados aos medicamentos podem correr em qualquer uma destas etapas. Qualquer ocorrência de erro em uma delas representa risco para a segurança do paciente e pode ocasionar danos à sua saúde, além de comprometer a equipe multiprofissional e a instituição.

Segundo Franco et al. (2010), as principais recomendações apresentadas pela American Society of Hospital Pharmacists, para um processo de administração de medicamentos de forma segura, evitando erros, são: prescrição eletrônica, utilização de código de barras para medicamentos e identificação do paciente, dispensação por dose unitária, preparação de medicação intravenosa pela farmácia, notificação de eventos adversos, interação multidisciplinar (farmácia, médicos e enfermeiros) e revisão da prescrição por farmacêuticos.

O conceito de erro de medicação pode ser definido como qualquer evento evitável que pode causar ou induzir ao uso inapropriado de medicamento ou prejudicar o paciente enquanto o medicamento está sob o controle do profissional de saúde. Esses EAs evitáveis podem estar relacionados à prática profissional em relação à etapa de dispensação; distribuição; administração; educação; monitoramento e uso do medicamento (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2009; CAMERINI; SILVA, 2011).

Analisando a realidade da unidade de internação estudada e as recomendações da ASHP, observou-se que nenhuma das etapas foi adotada: não havia prescrição eletrônica, não utilizam a identificação do paciente por meio do código de barra, todos os medicamentos eram dispensados juntos dentro de um saco plástico e administrados pela equipe técnica de enfermagem, sem a revisão do farmacêutico em todas as prescrições; mas há uma iniciativa de notificação de EA. Cada etapa será discutida a seguir.

O processo se inicia pela *prescrição*. Durante a observação de campo foi possível encontrar, em mais de um prontuário, a prescrição médica realizada em impresso de receita médica, grampeada junto ao do impresso de prescrição da instituição, em branco. Essa recebia a checagem da enfermagem, como um registro numa folha em branco. O predomínio dessa prática demonstra processos precariamente elaborados e executados com base na experiência e não na evidência, o que fragiliza a segurança do paciente e esbarra em preceitos éticos dos profissionais de saúde. Os depoimentos exemplificam:

Paciente às vezes fica sem prescrição. Muitos médicos esquecem de prescrever e a gente que tem que ficar correndo atrás (TEC 15).  
As prescrições também (aspectos dificultadores), por que o que tem acontecido, vem às prescrições médicas sem a dosagem. Tem acontecido muito na verdade. Captopril

por exemplo sem dosagem. Ai fica naquela libera ou não, porque ontem estava prescrito, ou não libera. O acesso ao médico é muito complicado. A gente tenta! (NSP 11).

É o medico que não evolui o paciente, tem muitos aqui no hospital, é letra ilegível, pode pegar qualquer prescrição ai, principalmente de ortopedista, não dá pra ler nada (NSP9).

A prescrição médica na instituição estuda era manual, muitas vezes ilegível e com rasuras e, por vezes, com erros. Os depoimentos também expressam a ausência da prescrição eletrônica, e as preocupações de participantes da pesquisa:

O que tá faltando na assistência, seria a prescrição, é o prontuário eletrônico mesmo que está faltando pra gente. Ai tem que ter computadores na ala. Temos o modulo do custo, quanto o paciente custa para o hospital, controle de estoque de farmácia, faturamento, financeiro, folha de pagamento tudo integrado, mas não temos prontuário eletrônico. Pra implantar pulseirinha do paciente tá fácil, mas o que vem da receita do SUS mal da pra comprar medicação (NSP7).

Já vi assim, prescrição que às vezes o médico fez, uma colega foi lá e pegou a medicação que nem era pra ser feita via oral era pra ser sublingual, a colega fez essa via oral, ai quando fui pegar essa medicação que pega sempre no horário, todo o dia, eu vi que aquela medicação não era via oral, era sublingual. Fui atrás da farmacêutica, fui atrás do medico, supervisão, pra poder ver se era aquilo mesmo, mas não era. Eu fico o mais atenta possível, é o que eu posso fazer (TE18).

A prescrição medicamentosa tem papel fundamental na prevenção de EAs. Estudo de Gimenes et al. (2009), sobre a influência da redação na prescrição médica na administração de medicamentos apontou prescrições ambíguas, com rasuras, ilegíveis ou incompletas. O uso de abreviaturas e a presença de rasuras são fatores que podem contribuir com os EAs. O estudo sugere a implantação do sistema computadorizado de prescrições, associada à prática da educação permanente.

Analisando os depoimentos anteriores, a equipe de enfermagem parece se sentir limitada, com ações restritas em relação à prescrição médica. No entanto, cabe aqui uma reflexão sobre o enfermeiro, um profissional com formação técnica e científica capaz de prever situações de risco e atuar de forma a mudar a organização do trabalho em prol da segurança do paciente. Como afirma Dejourns e colaboradores (1997), nenhum sujeito é passivo nas organizações. É um ser pensante capaz de mudar situações no trabalho, suas condições, e pode reagir e reorganizar este processo em função de suas interpretações.

As limitações, no entanto, devem ser reconhecidas no que concerne aos recursos. Para implantar a prescrição eletrônica faltam recursos básicos como computadores nas alas. Entretanto, medidas de baixo custo, como a utilização de métodos de análise de risco podem proporcionar conhecimento dos problemas existentes, detectar riscos no cuidado, determinar

as causas fundamentais e propor medidas corretivas e preventivas, corretas e oportunas. O método de análise FMEA é um dos métodos utilizados, caracterizando uma análise proativa, prospectiva, não estatística e sistematizada (SILVA; CASSIANI, 2013).

Por outro lado, é possível observar no depoimento a menção de um erro de administração de medicação evitável, que pode ser inibido pela observação atenta da etapa seguinte: o *preparo e administração* da medicação. Os depoimentos seguintes expressam que esse processo na instituição estudada é falho:

Nem sempre a pessoa que administra foi a que foi na farmácia e conferiu. Acha que tá certo e a gente sabe que tem muitas ampolas que são iguais, tem frascos iguais e tem muita gente que não tem essa noção (E25).

Eu preparo a medicação, pego a folha, e na hora de dar eu vou checando e conferindo de novo antes de dar. Se a bandeja está muito cheia eu não levo tudo para não dar confusão. Eu prefiro dar dez pernadas no corredor, mas bandeja cheia eu não carrego para o quarto. Eu prefiro levar separado porque sei que não vou fazer confusão com seringa nem nada. Mas você vê que tem colega que enche a bandeja e estão muito despreparados (TE16).

Em concordância com o depoimento de TE16, com a observação de campo verificou-se a administração de medicação assistemática. Técnicos de enfermagem administravam as medicações levadas em pequenas bandejas desorganizadas, com várias seringas, agulhas, copos, comprimidos, solução fisiológica, com pouca ou nenhuma identificação. Muitas vezes a identificação era restrita ao número do leito do paciente. No processo que antecede o preparo e administração, todas as medicações ficavam em caixas plásticas, sem divisórias, identificadas pelo leito.

Estudo, realizado em um hospital da Rede Sentinela, objetivou identificar a frequência dos erros que ocorrem no preparo de medicamentos intravenosos e os autores encontraram taxas de erros acima de 70,00%. Os erros foram: não trocar agulhas, não realizar desinfecção de ampolas, não realizar limpeza da bancada e hora e dose erradas. As taxas de erro foram superiores a 50,00% em todas as categorias, com exceção de dose errada (6,58%) enfermeiros (CAMERINI; SILVA, 2011).

O ponto básico a se destacar aqui é a contribuição do enfermeiro na organização do processo de administração de medicação nos setores. Ao enfermeiro compete, desde a regulamentação da profissão, a organização do serviço e controle sistemático dos danos que possam se causados ao paciente durante uma assistência de enfermagem (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM, 1986).

Em face à organização prescrita do trabalho, nesses achados encontramos uma organização real. São ocorrências que desorganizam o ordenamento inicial, descritos em POPs e manuais de rotinas. Enfermeiros motivados e competentes podem atuar efetivamente na segurança do paciente reduzindo a distância entre o prescrito e o real em relação à prática de administração de medicação. Cabe aqui, a definição do Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE), que define o enfermeiro de prática avançada como “um enfermeiro que adquiriu a base de conhecimentos especializados, habilidades complexas na tomada de decisão e competências clínicas para a prática expandida, cujas características são moldadas pelo contexto e/ou país em que está credenciado para praticar. (ICN, 2009; ZUG et al., 2016).

No entanto, foi possível observar uma *realidade* com rotinas frágeis e mais propensas a acontecer erros:

A medicação é feita por um técnico para todos administrarem. Um técnico prepara as medicações que todos os outros vão administrar. Eu avalio isso como um risco na administração de medicação muito grande [...] A questão da medicação é uma questão padronizada pelo setor há muito tempo, mesmo sabendo que esta errada, eles continuam fazendo, eu ainda não consegui mexer nisso ai, mas eu venho tentando em outras coisas (E1).

Salienta-se que o erro de medicação é um EA evitável. Um estudo constatou uma taxa de erro de 62,69% no preparo de medicamentos (CAMERINI; SILVA, 2011). Apesar do erro de medicação ser uma questão multiprofissional, com as atribuições do enfermeiro, ele é um dos profissionais que podem contribuir com a organização do trabalho e é o responsável pela organização dos processos que envolvem o plano terapêutico do paciente. Desta forma, há necessidade de o enfermeiro lançar um novo olhar sobre suas práticas profissionais e identificar falhas no processo de administração de medicação possíveis de gerar erros.

Destaca-se também, que o preparo de medicamentos é um procedimento que demanda conhecimentos complexos. No entanto, nos hospitais, a enfermagem tem desenvolvido essa tarefa de forma mecânica, realizando-a como uma tarefa simples, atribuída sem distinção a auxiliares, técnicos ou enfermeiros (CAMERINI; SILVA, 2011).

Em relação à rotina de *dispensação* de medicação, foi a etapa observada que mais causou inquietação. Os medicamentos eram dispensados para as 24 horas, no balcão da farmácia geral, a qual atende todo o hospital, pois não há farmácia satélite, nem no CTI. Antes de ser preparado e administrado, muitas vezes não havia nova conferência da medicação, o que poderia acarretar um erro. Além disso, após ser retirada da farmácia pelo técnico de

enfermagem, a medicação era guardada em caixas plásticas identificadas pelo leito do paciente. O depoimento a seguir corrobora com os dados da observação:

Então, a farmácia dispensa muita medicação errada, e é só uma farmacêutica. As medicações são conferidas no balcão, mas são conferidas com pressa, porque funcionário tem que voltar para o setor para dar andamento no seu serviço. É corre o risco dele não conferir de novo, levar uma medicação errada para o setor (E25).

Outro exemplo, as soluções de KCl em concentrações diferentes são colocadas no mesmo ambiente e ainda há resistência na mudança para trocar de lugar, para armazenar o material, porque sempre foi ali; os profissionais já sabem onde ficam (E1).

Mais por essas questões como que você modifica a dispensação de materiais na farmácia, com uma farmácia daquele tamanho, com pessoas que não sabem mexer com medicação, tendo só a (cita o nome) como farmacêutica. Então, assim, a gente para num limite que a gente não consegue progredir (NSP 9).

A farmácia dispensa pra nós de uma forma muito arcaica. Joga aquilo tudo dentro do saco e manda para o setor. Chega aqui a gente tem que conferir um por um, depois a gente tem que separar. Manda de 24 horas, põe tudo dentro do saco. Por exemplo, o leito 9, tudo que você imaginar tem na prescrição dele, porque é um paciente muito grave, tudo vem dentro do saco. 5 soros de mil tá lá, mais as medicações, tudo jogado ali dentro. Quando a gente vai conferir, confere um por um, e depois separar. Esse é o meu maior medo, porque na hora que você confere, há distração, porque você está dentro de um CTI (NSP 9).

Observou-se que o processo de administração de medicação, de modo geral, não contribui para a segurança do paciente. É preciso rever toda a organização do trabalho de forma multiprofissional. Estudo divulgado em 2015 também revelou falhas na forma de dispensação de medicações, com medicamentos trocados, dispensação de medicamento para paciente errado, administração do medicamento em paciente errado, seguidos de dispensação de medicamento com volume que indica via errada, dispensação de medicamento com a dose errada, medicamento não dispensado, dispensação de medicamento com o nome da etiqueta diferente do medicamento, dispensação do medicamento com tampa não estéril, dispensação de medicamento com corpo estranho entre o êmbolo e a seringa, dispensação de medicamento com a validade vencida, troca de nome nas fitas dos pacientes e medicamento administrado duas vezes artigo (D'AQUINO et al., 2015).

São etapas de um processo que envolve a organização e a identificação de fatores contribuintes ao erro. No entanto, o enfermeiro, como gerente da unidade e do cuidado, possui um papel fundamental nos mecanismos de detecção, nas ações de melhorias nos processos que envolvem a toda a assistência ao paciente, incluindo a administração de medicamentos:

Tem muita coisa que ainda precisa melhorar, em relação à medicação principalmente, a questão ética que acredito que faz parte da segurança do paciente.

São coisas que ainda precisam melhorar bastante. O que percebo é que os profissionais principalmente os que estão chegando agora, estão muito despreparados, tem um índice grande de erro e medicação, muita medicação sendo trocada, medicação com a dosagem errada, tem muito medico que prescreve errado, a gente tem muito residente. Os internos prescrevem também, por exemplo, já vi ASS prescrito para ser endovenoso. Se você pega um técnico de enfermagem que não tem essa noção e faz? É um risco muito alto para o paciente (E25).

Ele [médico] vai e prescreve outra coisa que é incompatível com a ferida do paciente, e você fala eu não vou fazer. A resposta que ele dá é: eu sou médico se eu prescrevi você tem que fazer. Mas não é tudo que o médico prescreve a gente faz. Até porque o médico também erra. Esse médico foi até a equipe de enfermagem e perguntou a equipe técnica a quem eles obedeciam. Qual era a orientação que eles seguiam se era orientação médica ou orientação do enfermeiro do setor. E eles falaram, a gente vai seguir o que o enfermeiro falar para gente fazer. E ele perguntou por que e teve a resposta se acontecer alguma coisa errada quem vai estar lá para defender ou culpar é o enfermeiro e não o médico (E5).

Os depoimentos apontam a falta de segurança em relação à administração de medicação. De forma recorrente emerge a ausência de protocolo tanto para prescrição quanto para a administração de medicamentos:

O problema é a medicação, já vi erro de via de administração, de administração. Teve um dia que a técnica de enfermagem deixou de dar o medicamento por conta dela. Ela achava que o paciente não precisava daquele medicamento agora. Porque ele estava com sintoma tal. Só que ao invés de comunicar a médica ela tirou por conta própria. Não era uma coisa atribuída a ela. Nebulização, já cansei de ver quatro gotas, mas ai ele diminui por conta própria “paciente vai ter uma taquicardia” . Eu falo que tem que colocar o que está na prescrição. Eles tomam as decisões sem a presença do enfermeiro (E3).

No carrinho de emergência, na próxima conferência vamos identificar o kcl por exemplo. Colocar papel contráctil vermelho com etiqueta alta vigilância. O certo seria a dispensação na própria farmácia ser separada, ser diferenciada, mas, até por falta de verba a gente não consegue começar por agora. A nossa realidade não permite. Não criei protocolo ainda. Seria interessante (NSP11).

Os entrevistados expressam suas inquietações e o planejamento para destacar as medicações de alto risco antes de ser dispensado pela farmácia e melhorar a segurança do paciente. Os depoimentos reforçam que o processo de administração de medicação depende não somente da enfermagem, mas também da interação de outros profissionais como o médico que prescreve, o farmacêutico e os auxiliares de farmácia que separam e dispensam a medicação. Todos os elementos e etapas mencionadas devem favorecer a segurança do paciente.

Sabe-se que no âmbito da assistência de enfermagem os erros mais frequentes estão relacionados à administração de medicamento. Os medicamentos Potencialmente Perigosos (MPP) possuem risco aumentado de provocar danos significativos ao paciente (BRASIL,

2013). Práticas de melhorias nesta área estão voltadas em reforçar as etapas básicas de administração de medicamentos com a equipe, sendo a abordagem mais universal para reduzir o erro; além disso, a utilização dos “nove certos” de forma a aumentar os mecanismos de segurança. A análise de três casos de erros de medicação envolvendo o enfermeiro reforçou a ideia de que esse erro pode ser identificado como falha no processo, podendo aumentar a morbidade e mortalidade do paciente (HILLIN; HICKS, 2010).

A equipe de enfermagem é o grupo de profissionais de saúde mais envolvido no processo de administração de medicamentos, e a forma mais segura, é a eliminação de todos os riscos. Para tanto, o profissional precisa entender os riscos e o dano potencial, compreender melhor o serviço e todos os processos que envolvem a administração de medicação, e permanecer vigilantes durante os períodos de administração de medicamentos (HILLIN; HICKS, 2010).

Ações de segurança na redução do erro também envolvem: a identificação de medicações de alto risco, ou de alerta, conhecidos pela propensão de causar danos se mal utilizados; utilização de soluções tecnológicas, como bombas inteligentes ou outros dispositivos de assistência como examinar o armazenamento e a proximidade dos dois produtos e acesso de produtos potencialmente perigosos, como os que têm nomes semelhantes. Além disso, antes de administrar o medicamento pode utilizar o método de checar os itens corretos por dois enfermeiros, o “check-double” (HILLIN; HICKS, 2010). Vale destacar que são medidas que não necessitam de grandes investimentos e são efetivas.

As causas de erro muitas vezes estão relacionadas à gestão dos processos organizacionais. Cabe aos serviços farmacêuticos do hospital elaborar medidas de segurança que organiza a distribuição e a dispensação de medicamentos.

Os resultados apresentados corroboram com pesquisas na área do erro de medicação, e as recomendações de Silva e Cassiani (2013) são acolhidas. É preciso investir em ações de educação continuada, com orientações aos profissionais; replanejamento e redistribuição das atividades de enfermagem, visando à redução da sobrecarga de trabalho (SILVA; CASSIANI, 2013). E ainda, que o preparo do medicamento seja baseado na prescrição e não em etiquetas transcritas, prescrições em receituário ou recomendações verbais. Também é importante a elaboração multiprofissional de padrões, manuais e protocolos, e utilizar a identificação do paciente descrita na categoria anterior, favorecendo a administração segura de medicação.

No entanto, pode não ser suficiente, se não conduzir toda a mudança do processo baseado no diálogo com os atores envolvidos. Considerar o discurso de cada ator envolvido revela uma leitura coerente, mas diferente, parcial e partidária da realidade social. Enquanto as mudanças nas organizações traduzirem concepções diferentes da realidade da organização social, corre-se o risco das mudanças ficarem apenas no âmbito prescritivo. As mudanças devem ser propostas considerando a realidade social, como um produto reconstruído pelos seus atores. Portanto, compreende-se que toda mudança organizacional implica em transformação das mentalidades, ou seja, uma inovação cultural (AMADO; LAURENTE, 2001).

Essas mudanças organizacionais requerem envolvimento e empenho da alta gestão. Chanlat (2000a) aborda que as mudanças nas organizações possuem a implementação de revisão de modelos de gestão entendidos como “o conjunto de práticas administrativas colocadas em execução pela direção de uma empresa” para alcance de seus objetivos (CHANLAT, 2000a, p. 119). Desse modo, para atingir a inovação cultural podem ser necessárias mudanças que envolvam práticas de gestão para que a segurança do paciente seja uma realidade estratégica da organização.

## **5.6 A segurança do paciente e sua interface com a prática médica**

Esta categoria aborda alguns aspectos que interferem negativamente no desenvolvimento da cultura de segurança e suas interfaces com a prática médica. Sob a ótica dos participantes, falta colaboração dos médicos para avançar na segurança do paciente. São abordadas questões de responsabilização, ética e formação profissional, dificuldades de institucionalização médica e suas interfaces com a segurança do paciente.

Por meio da análise dos dados, foi possível observar que a segurança do paciente esbarra em dificuldades que envolvem o modelo médico hegemônico, o qual enfatiza o poder, o saber médico, produtor de procedimentos:

Eu acho que o que depende da parte médica é mais difícil de alcançar. O médico é um profissional muito difícil de lidar. Porque o enfermeiro você reúne o corpo administrativo, coloca essas metas, passa as necessidades do hospital, e eles são funcionários do hospital. Eles querem trabalhar em equipe, eles vão trabalhar em conjunto para aquilo ali. O médico não. Tudo que envolve ele... o médico é autônomo, e eu sinto que na cidade o médico não tem tanto comprometimento com o hospital. Ele pensa muito nele, o que é bom para ele, o paciente dele! Mas ele não

se preocupa com o que o hospital precisa. Ele não quer ter trabalho com o hospital. Então, para alcançar algumas metas você precisa do médico. Eu acho aqui muito difícil essa aproximação. O médico aqui é independente. Ele está acima de tudo, ele fala você abaixa a cabeça e obedece. Então, é muito difícil, você questionar. A falha que aconteceu e começou pelo médico, você não tem essa liberdade de chegar e ter esse diálogo (NSP 10).

O modelo médico hegemônico impacta no núcleo do cuidado. Composto um “trabalho morto” sem considerar as bases relacionais do cuidado, a forma integralizada e a centralização no paciente (MERHY; FRANCO, 2003). Nesta perspectiva, foi possível identificar dificuldades de relacionamento entre os médicos e os demais profissionais, além da dificuldade de coresponsabilização pelo o desempenho de toda a organização, e o envolvimento nas propostas de melhorar a segurança do paciente. No cenário estudado, ainda há a compreensão de que a medicina é uma prática liberal e autônoma, sem nenhuma necessidade de união da categoria profissional com os demais membros da equipe de saúde.

Quando se trata de uma falha que envolve a categoria médica, os depoimentos apontam para a dificuldade do NSP se aproximar, gerenciar o erro, gerenciar o conflito e há predomínio do controle médico. Neste sentido, estudos de Kohn (2000) já apontavam como um dos fomentadores das condições de insegurança do paciente, o silêncio que cerca a questão do erro médico. Entretanto, os médicos são seres humanos, e, portanto, podem desapontar os pacientes no sistema de saúde (WACHTER, 2013).

Nos EUA, a mera menção de um erro no cuidado de saúde diante de um médico evoca imediatamente a questão de ser processado por má prática. A abordagem da não culpabilidade representa a única esperança de fazer com que os médicos participem das iniciativas de segurança (WACHTER, 2013).

Vale ressaltar que no depoimento de NSP 10 identifica-se a prevalência de uma hierarquia que desencadeia dificuldades na comunicação e interação médica e demais profissionais. Essas complexas interações (médicos e outros profissionais, médicos e alta administração) são determinantes na segurança do paciente, pois dificilmente essa consegue ser garantida sem o trabalho em equipe. Além disso, a inexistência de equipe torna as ferramentas para aprimorar a comunicação menos efetivas (BARCELOS, 2014).

Os resultados mostram que devem se considerar os desafios que o NSP, responsável por propor ações de melhorias de segurança enfrenta para desenvolver a cultura de segurança na lógica de organização do serviço marcada pela coexistência do modelo biomédico, médico

centrado, com dificuldades da institucionalização médica, ou seja, sentimento de fazer parte da organização e dificuldades na comunicação.

As práticas profissionais devem ser direcionadas mediante o estabelecimento de princípios éticos, de evidências clínicas e de articulação multiprofissional, com foco no paciente. No entanto, de forma recorrente, a comunicação aparece como entrave para o alcance das metas de segurança do paciente:

Tem médico aqui que é mais antigo, que teria que ter uma secretaria para estar lançando tudo, igual tem no BC hoje para fazer o lançamento de folha de sala. Porque mesmo que ele tenha condições de estar lá lançando a prescrição, ele não tem tempo, não tem paciência. Não vai para o computador. Se ele estiver acostumado a fazer manualmente vai ter que ter outra pessoa para transcrever (NSP7).

Com os médicos que é bem difícil eles dificultam o acesso, mas a gente precisa conversar. Quando eles precisam vem, mas se não, é a gente que tem que correr atrás. Talvez o que é a cabeça da equipe dificulta mais, é bem complicado. A gente consegue resolver, com grande intervalo de tempo, mas consegue (NSP11).

A esse respeito, Quinto Neto (2006) apontou antecedentes que dificultam a implantação da cultura para o paciente, dentre elas a conservadora autonomia do médico e o “modelo artesanal” da assistência. O autor chama a atenção para o fato de os médicos e outros profissionais de saúde terem sido treinados para uma atuação independente, sendo o hospital, cenário apenas de aplicação de suas técnicas em seus pacientes. Os médicos, em particular, sentem-se independentes do hospital e de sua estrutura organizacional, aspectos correspondentes com os resultados apresentados nesta pesquisa.

Ademais, a tradição dos valores do médico, baseada na autonomia profissional e na responsabilidade pessoal, refletem-se no modelo assistencial em que o sucesso é inteiramente creditado ao médico, enquanto eventuais fracassos dependem das debilidades dos pacientes, ou mesmo da infraestrutura oferecida pela organização.

É vital o reconhecimento do contexto atual em que há, cada vez mais, a necessidade da tecnologia e outros elementos estruturais, tornando o hospital um ambiente terapêutico altamente complexo. Esse novo cenário reforça a existência da fragmentação assistencial, o que exige um novo modelo assistencial que privilegie a comunicação e o trabalho em equipe (QUINTO NETO, 2006).

Precisa ser melhorado. Porque a gente trabalha com o problema dos médicos, que são um pouco difíceis. E temos o problema de pouca quantidade de pessoal, e muito para ser feito e poucos para fazer, e muita correria (NSP 6).

Os médicos não querem mesmo. Aqui tem muito problema de o médico fazer o que ele quer. E a segurança do paciente envolve todos desde a higienização até a parte médica (NSP 7).

Do corpo clínico, hoje 10% está disposto a colaborar o resto não (NSP10).

Entretanto, para o trabalho em equipe, devem ser feitas intervenções com foco em comunicação, gestão, resolução de conflitos, carga de trabalho e treinamento (BARCELOS, 2014). Para tanto, o trabalho em equipe considera a interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade como estratégias para a prática profissional. Como prática interdisciplinar são compreendidas a interdependência, a interação, a comunicação e integração entre os campos do saber, visando à unidade do conhecimento (ERDMANN et al., 2006; BOHOMOL, CUNHA, 2015) A transdisciplinaridade estimula uma nova compreensão da realidade, articulando elementos para além das disciplinas, numa busca de compreensão da complexidade. Trata-se de uma atitude empática de abertura ao outro, permitindo a soma dos diferentes saberes para a divulgação do conhecimento e do desenvolvimento de competências (ERDMANN et al., 2006; BOHOMOL, CUNHA, 2015).

Todo o corpo clínico da instituição deve estar envolvido e comprometido com as metas de segurança do paciente, uma vez que reduzir erros e atingir os objetivos envolve um trabalho com múltiplos objetivos, pois trata-se de um Programa que envolve práticas individuais e coletivas, práticas de gestão, ambiente e condições de trabalho. Os erros diagnósticos são um bom exemplo para reforçar o envolvimento dos médicos, e são minimizados quando as práticas e competências de cada um dentro de uma equipe de saúde estão bem delimitadas e assim, não há sobreposição de atividades a nenhum profissional. Os protocolos e as diretrizes institucionais para determinados tipos de casos podem auxiliar na transição da prática pessoal para a prática profissional (BARCELOS, 2014).

A gente tem demanda de cirurgia parada. Paciente esperando para ser operado na fila. Vaga ociosa no BC, vaga no hospital, e o médico amarrando, não deixa nenhum médico entrar. O CRM entrou no BC e viu lá vários pacientes em salas diferentes anestesiados, alguns com bloqueio, e um anestesista só. A administração percebe tanto é que a administração denunciou no conselho de medicina. Esse médico, agora já foi enviado até para o ministério público. É aquela guerra não declarada. Às vezes a pessoa está trabalhando aqui e nem sabe o que está acontecendo, mas o clima tá pesado (NSP10).

O depoimento de NSP 10 aponta para uma prática profissional que fere os princípios do Código de Ética Médica: “a proibição de executar atos danosos ao paciente que caracterizem imperícia, imprudência ou negligência, bem como atos desnecessários” (CFM, 2009). A conduta descrita no depoimento incide sobre a segurança do paciente e pode envolver questões de responsabilização pessoal, um elemento fundamental de um sistema seguro (WACHTER, 2013).

A gente pega muita prescrição errada, eles (os técnicos) precisam ir até o enfermeiro para saber. Nestas situações você vê que eles (médicos) são muito individualistas. A maioria não está muito preocupada com esta questão de segurança do paciente. Se bobiar, nem sabem da existência das metas (E5).

O hospital não é dele. Então tem gente que acha que é. Isso é um problema que a gente enfrenta, imenso! E eles não querem chamar a atenção de um colega dele, normalmente. O que eu tenho de problema na comissão de prontuário! É o médico que não evolui o paciente, tem muitos aqui no hospital, é letra ilegível. Pode pegar qualquer prescrição aí, principalmente de ortopedista, não dá pra ler nada. Eu não faria um nada no paciente. Você volta por médico pede ele pra ler ele mesmo não consegue ler (NSP9).

A responsabilização pessoal discutida por Wachter (2012) é uma abordagem para tentar equilibrar a “não culpabilidade” com a responsabilização pessoal, visto que para alguns erros cabe a não culpabilidade, mas não para todos. Em alguns casos cabe a responsabilização pessoal; a institucional; e o grau de imposição da responsabilização pessoal por elementos externos (como colegas, pacientes, sistemas de saúde ou agências regulatórias) ou pelos próprios profissionais.

No entanto, evitar as abordagens disciplinares, sobretudo quando os culpados são médicos, tem sido uma atitude influenciada pelas características do sistema de saúde. Devido a maioria dos médicos se caracterizar como profissionais autônomos, que não trabalham para hospitais, ocorreu historicamente, que gestores hospitalares atraíam médicos para a sua instituição, pois os mesmos traziam consigo seus pacientes. Como os médicos podem ameaçar sair do hospital se estiverem insatisfeitos, poucos gestores mostram-se dispostos a adotar e aplicar normas de comportamento e prática. O resultado é uma tradição de não responsabilização dos médicos, mesmo em hospitais que adotam medidas disciplinares contra enfermeiros (WACHTER, 2013).

Outro destaque importante é a interação comprometida entre alguns médicos e a alta administração. Como consequência, não há quem assuma o cargo de diretor técnico, o que

seria fundamental para sensibilizar o corpo clínico quanto à importância da melhoria da qualidade e segurança do paciente, e apoiar o trabalho do NSP:

Em relação aos médicos e administração eu percebo um clima bem hostil, bem pesado. Atualmente o hospital tem um diretor clínico que detesta administração. Ele foi eleito, uma eleição forjada para provocar a administração porque é uma pessoa extremamente polêmica e complicada. O hospital está sem o diretor técnico, já tem uns 8 meses porque ninguém quer assumir (NSP10).

Observa-se que além da resistência dos profissionais médicos no envolvimento das questões de segurança do paciente, existem conflitos internos, problemas administrativos, falta de transparência no envolvimento de práticas de gestão e supressão de cargos gerenciais importantes. Se por um lado, o diretor clínico não dialoga com a alta administração; por outro, não há quem assuma a responsabilidade de assegurar condições adequadas de trabalho e meios para uma boa prática médica, com cumprimento de princípios éticos (atribuições do diretor técnico) CFM, 1.352/1992. São aspectos que influenciam o espaço organizacional, pois se trata de um espaço configurado por determinantes econômicos, políticos e simbólicos.

Vale lembrar que o cenário hospitalar, visto como organização, abriga um sistema de múltiplos interesses, muitas vezes de choques internos, e as divergências que polarizam os indivíduos nas organizações são resultados das posições sociais ocupadas por esses indivíduos. No caso específico da prática médica, os aspectos descritos distanciam-se da perspectiva praxeológica proposto por Reed (1997) e predomina a perspectiva política da gestão, na qual prevalecem os sistemas de poder, e, pessoas ou grupos buscam influenciar o processo decisório, resultando em falta de interação para transformar as práticas e inseguranças em relação aos resultados organizacionais.

Isso porque a gestão sob a perspectiva política é permeada por conflitos de interesse e incertezas; os processos decisórios alteram de acordo com os poder existente, e abrange uma concepção de gestão direcionada a regular os conflitos entre grupos de interesse, por meio do exercício do poder (REED, 1997). Desse modo, identifica-se uma série de incoerências na ocupação de posições estratégicas, com cargos sendo ocupados para atender interesses particulares em detrimento de interesses coletivos, evidenciando entraves no processo de melhoria e segurança:

Então assim, tem um conselho de ética que é formada por três médicos que um é muito irônico, o outro nem vem aqui, e o outro vive fazendo coisa errada. Você vê ficha suja, não preenche nada direito, como uma pessoa pode ficar na ética? Existe

essa panelinha e os que são muito certinhos não querem assumir, não querem se envolver. Mas é difícil (NSP 5).

Destarte, melhorar a segurança do paciente passa por atividades que dependem essencialmente da prática médica, tanto no âmbito gerencial como assistencial; o desenvolvimento e implementação de protocolos clínicos, participar ativamente das comissões, cuidados com a segurança de medicação e o registro adequado no prontuário do paciente. Algumas transformações que perpassaram pela qualidade da assistência no Brasil, iniciado na década de 1990, atraíram alguns profissionais médicos, mas também criou resistência em outros, com medo de perderam sua autonomia (ALVES; FELDMAN, 2011).

Desta forma, infere-se que a resistência médica ao Programa de Segurança do Paciente passa por questões como, medo de perder a autonomia e a liberdade de trabalhar “do seu modo”, insistência na lógica de equipes de saúde fragmentadas, com predomínio do saber médico, e, o processo de formação.

A análise documental e a observação de campo também apontaram comissões que permanecem no âmbito prescritivo da instituição, e na realidade estão estagnadas por falta de atuação médica:

Tem o grupo de humanização, de prontuários, que é uma que está parada porque depende do médico. Por isso que eu estou te falando, tem as que não dependem de médico que está indo a todo vapor. As que estão paradas tem que ter médico pela legislação para estar atuando aqui com a gente. (Os médicos) tem muitos compromissos e não dá tempo de tudo. Então, o tempo que eles têm aqui dentro do hospital, porque eles têm consultório, às vezes um atende na prefeitura disso, prefeitura daquilo e atende vários lugares ai deixa a desejar nisso. Porque às vezes passa aqui correndo ai deixa de preencher uma coisa aqui, outra coisa lá. Tem o quesito esquece. São coisinhas que não deveriam acontecer, mas acontecem (NSP 7).

Não há quem assuma as comissões ou elas são ocupadas por profissionais que agem de forma contraditória à ideologia da Comissão, o que tende a repercutir negativamente na imagem profissional, como é o caso do médico que assumiu a comissão ética. Essas comissões são preconizadas pela ANVISA em RDCs afins e podem contribuir para a consolidação de práticas voltadas para a segurança do paciente. Estudo realizado em hospitais brasileiros, divulgado em 2016, apontou problemas como, a falta de criação, atuação e ações continuadas dessas comissões; a composição com profissionais que acumulam muitas atividades e não priorizam as ações da comissão. Problemas estruturais como, a escassez de profissionais para compor as comissões e a falta de equipamentos, como computadores, foram

sinalizados reforçando a lógica de que muitos dos incentivos para a segurança do paciente também dependem da tomada de decisão institucional (SERRA; BARBIERE; CHEADE, 2016).

Observa-se que a alta administração não consegue interferir neste jogo de interesses e no ambiente conflituoso, os quais constituem particularidades do contexto social. Ressalta-se, que prática de gestão como prática social leva em consideração os dilemas éticos e políticos que os gestores enfrentam em seu trabalho. Por isso, é contestada a capacidade do controle de mecanismos institucionais inerentes à interação social (REED, 1997). Os conflitos técnicos internos, as contradições, caracterizam a organização *real* e são aspectos não controláveis de uma organização, a exemplo do hospital cenário da presente pesquisa.

Este cenário se faz refletir sobre a produção da saúde, a qual ocorre em um lugar onde sujeitos trabalhadores, individuais e coletivos, governam espaços e agem de forma interessada, isto é, de acordo com projetos próprios, sejam estes de uma dada corporação, ou mesmo da pessoa. Trata-se de um lugar de permanente tensão face aos diversos interesses neste espaço de produção. Naturalmente, há o encontro de diferentes desejos, como os dos próprios trabalhadores, dos usuários, do governo instituído, dos mercados que se entrecruzam na esfera da saúde, entre outros (MERHY, FRANCO, 2003). São aspectos que caracterizam a organização real e não alcançam o âmbito prescritivo.

Questões ligadas as condições de trabalho e a formação médica também precisam ser considerados nesta reflexão. Considerar as condições de trabalho privilegia o “pensamento sistêmico” (REASON, 2000). Trata-se de apontar deficiências do sistema, sua concepção, organização e funcionamento como principais fatores responsáveis pela ocorrência de erros, ao invés de culpar isoladamente os indivíduos. É preciso considerar as estratégias da organização, sua cultura, condições de trabalho, a abordagem à gestão da qualidade, o processo de capacitação, apoio da gestão hospitalar entre outros. Portanto, para se alcançar a qualidade e melhorar as práticas de saúde visando à segurança do paciente, uma das primeiras ações é avaliar a realidade da instituição.

A respeito da formação médica, o PNSP estabeleceu que as instituições de ensino na área da saúde incluam em seus currículos a discussão sobre EA e de conteúdos que envolvam a segurança do paciente (BRASIL, 2013a). No entanto, estudo publicado em 2015 revelou que mesmo em escolas de referência em medicina, no que concerne ao ensino sobre segurança do paciente, verificam-se lacunas, prevalecendo a proposta formativa baseada em uma

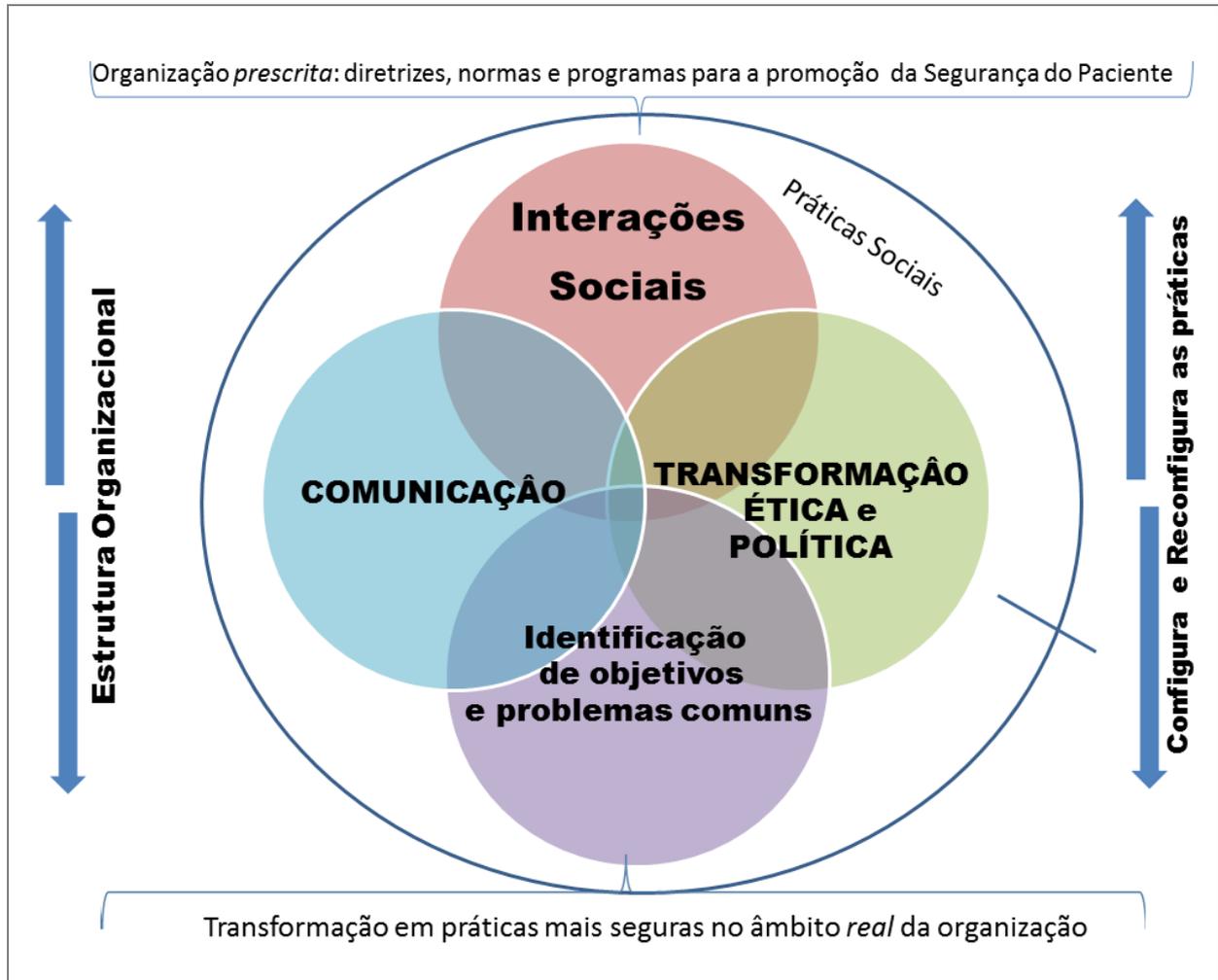
estrutura tradicional, centrada em disciplinas e na formação específica, com pouca ênfase sobre a falibilidade humana. Temas relacionados a “Aprendendo com os erros para evitar danos” não foram encontrados em nenhuma das 65 unidades curriculares analisadas (BOHOMOL; CUNHA, 2015).

Verificou-se ainda, que nenhum dos temas propostos forma ensinados em sua totalidade durante o período de formação do futuro médico. O curso de medicina ainda é muito focado em habilidades clínicas, como diagnóstico e tratamento da doença, pós-tratamento, procedimentos cirúrgicos e acompanhamento. Portanto, o ensino sobre segurança do paciente é uma proposta recente e existem desafios de uma formação baseada em estruturas tradicionais (BOHOMOL; CUNHA, 2015).

Desse modo, esta categoria aponta desafios para a prática profissional (assistencial e gerencial), tanto no contexto macro como microsocial, no alcance das metas e objetivos do Programa Nacional de Segurança do Paciente, o que envolve as pessoas, suas interações e influências contextuais sobre essas práticas, aspectos coerentes com o âmbito *real das organizações*.

Com os resultados e discussões apresentados e por meio do referencial teórico utilizado, foi elaborada uma figura esquemática (FIGURA 4) que auxilia a compreensão do distanciamento entre o prescrito e o real e, como as práticas redigidas no âmbito prescrito poderiam ser concretizadas no âmbito real da organização.

Figura 4 - Da prática prescritiva à prática profissional



Fonte: elaborado para fins deste estudo com base na teoria de Reed (1997) e Chanlat (2006).

O estudo permitiu identificar que os protocolos, as diretrizes, a criação do NSP juntamente com o PSP são fundamentais para a organização do trabalho, o que envolve as práticas de profissionais de saúde. Porém, mantê-los apenas no âmbito prescritivo não é suficiente. Para transformar a prática de profissionais alcançando práticas mais seguras e mudar o âmbito real da organização hospitalar é preciso percorrer o processo que envolve os princípios da prática social. O referido processo é dinâmico, contínuo, permanente, uma vez que a organização hospitalar é dinâmica, permeável a mudanças no quadro de colaboradores com complexidade tecnológica e das relações.

Outro aspecto importante é a estrutura da organizacional, com a disposição do pessoal, equipamentos, materiais, o que constitui um importante lugar para alcançar a segurança do paciente. No entanto, vale lembrar, que algumas práticas não são dependentes de

equipamentos e insumos e podem ser desenvolvidas com excelência pela equipe profissional em cenários com recursos escassos.

Sob esta perspectiva, avançando na reflexão, para as transformações da segurança do paciente chegar à prática profissional e impactar a assistência, tendo como foco o paciente e mudar a realidade da organização, é preciso considerar as interações sociais. A ação intersubjetiva, ou seja, práticas realizadas por pessoas que se sentem parte da equipe e que se apropriam de um mesmo objetivo. Neste entendimento, a comunicação efetiva; o que inclui a realização de educação permanente orienta essa prática, aspectos fundamentais para conscientizar os atores envolvidos e modificar as formas de pensamento, melhorar o compromisso ético e político e só então, configurar e reconfigurar as práticas, dessa forma, construídas socialmente.

Esse processo pode gerar uma reconfiguração da prática e alterar o seu aspecto prescritivo, algo que deve ser reconhecido e considerado pela administração, como meio de adaptar as normas às características reais da organização e alcançar práticas mais seguras.

## *CONSIDERAÇÕES FINAIS*

---

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo objetivou compreender a dimensão prescrita e real das práticas de profissionais de saúde na implantação do programa de Segurança do Paciente. Partiu-se do pressuposto que no cenário hospitalar havia um distanciamento entre as dimensões prescritas no planejamento das práticas de segurança do paciente e as dimensões reais das práticas de profissionais de saúde, atrelado a vários fatores, tais como deficiências de infraestrutura e equipamentos, a deficiência na oferta de profissionais, ambientes inadequados para a prestação de cuidados, oferta e qualidade dos medicamentos e deficiências no gerenciamento do serviço de saúde. Além disso, o mau desempenho do pessoal devido baixa motivação ou habilidades técnicas insuficientes e problemas com recursos aumentavam esse distanciamento.

A perspectiva analítica adotada pressupôs um distanciamento entre a dimensão prescrita e a dimensão real. O prescrito é o componente formal, descrito em diretrizes, normas, rotinas; e o real é o informal, o concreto, o dinâmico porque perpassa a interação humana, determinado pelas relações sociais. Assim, a intersubjetividade aparece no cerne da organização.

A perspectiva analítica adotada ainda pressupôs a prática de profissionais de saúde como prática social, a perspectiva praxeológica, uma visão mais realista da configuração das práticas, determinante e determinada pelo contexto social em que se desenvolvem, ou seja, o contexto macro e microssocial da organização hospitalar. Nesta ótica, a prática profissional considera os dilemas éticos e políticos, e se compõe e recompõe a partir das interações sociais.

Os achados descritos nos resultados e discussão reforçaram a tese desta pesquisa; para a configuração de práticas profissionais seguras, no âmbito da segurança do paciente, são necessárias mudanças estruturais, gerenciais e principalmente processuais nas organizações hospitalares, devendo ser considerado o elemento humano.

Dessa maneira, por meio da análise dos dados foram definidas algumas categorias de análise aplicáveis às pesquisas empíricas, consideradas relevantes e pertinentes para a compreensão do âmbito prescrito e real de práticas de profissionais de saúde na promoção da segurança do paciente. Ressalta-se a importância da estratégia de coleta dos dados utilizada na

apreensão do âmbito prescrito e real, para alcance dos objetivos, ou seja, a entrevista, a observação e a análise documental.

Os resultados e a discussão apresentados contribuem com o avanço do conhecimento a respeito dos processos em que o programa de Segurança do Paciente se engendra, e a que a aplicação prática depende de múltiplos fatores. As transformações ocorridas como a criação do núcleo e plano de segurança do paciente, se iniciaram com algumas ações voltadas para a prevenção de erros e a inserção da instituição na Rede de Hospitais Sentinelas, o que culminou na criação de uma comissão de gerenciamento de riscos e a prática de notificação de queixas técnicas (hemovigilância, tecnovigilância e farmacovigilância). Em 2013, com a RDC nº36, implantaram o NSP e iniciaram as notificações de eventos adversos, a implantação de protocolos e indicadores, o que, no entanto, foram mais evidenciadas nas concepções prescritivas do que na prática.

No âmbito prescritivo, o núcleo está estruturado, nomeado pelo Diretor Administrativo, com representatividade de todos os setores da instituição, exceto uma representatividade médica. No âmbito real, falta mais interação do núcleo com demais profissionais, assumindo competências gerenciais para auxiliar no desenvolvimento de uma cultura de segurança, bem como melhorar os processos de comunicação e capacitação da equipe, e ainda, avaliação das ações com metas e estratégias de trabalho mais definidas.

A prática de notificação de eventos adversos estava marcada pelo medo, com lacunas no conhecimento e, principalmente a equipe técnica, não estava preparada para notificar um evento adverso. Necessária se faz a superação das diversas formas de comunicar o evento adverso, superar a realidade punitiva e de subnotificações. Salienta-se que o passo a passo para realizar uma notificação de eventos adversos estava descrito no procedimento operacional padrão, mas infere-se que a descrição de normas, de uma forma geral, não é suficiente ou determinante, para alterar comportamentos, ou seja, a prática profissional.

Sob a ótica dos participantes, a instituição é uma organização insegura associada a diversos fatores, apresentados a seguir. A realidade hospitalar está permeada por dificuldades de recursos materiais: faltam grades nas camas, cadeiras, macas, campainhas de comunicação, sinalização no leito, recursos escassos, instalações antigas e inseguras. Além disso, falta manutenção preventiva dos equipamentos, um dos quesitos de segurança. Dificuldades com recursos humanos: número reduzido de pessoal, sobrecarga de trabalho, estresse, atrasos nos salários, baixa remuneração e alta rotatividade. Nesta perspectiva, o período noturno é o mais

crítico e se reduzem as chances de oferecer mais segurança ao paciente e ao profissional. Problemas ou fatores pessoais que influenciam o comportamento tais como, o nível de conhecimento técnico científico, a qualificação, a experiência, a habilidade, o compromisso, a motivação e a intenção. E ainda, fatores institucionais como a política organizacional (atrasos nos salários, falta de recompensa e valorização profissional), diretriz estratégica para alcançar a segurança do paciente com pouco envolvimento da administração com o programa. Na visão dos participantes, a instituição está mais preocupada com os custos a segurança e qualidade. Os resultados ainda apontam para as dificuldades de acesso à administração e um clima em que os profissionais têm dificuldades em expressar sua opinião.

São fatores de (in) segurança, processuais e de caráter multifatorial, que impactam negativamente na prática profissional, e, portanto, na qualidade e segurança do paciente. Os resultados apontaram alguns eventos adversos evitáveis citados nos depoimentos dos participantes. A análise contribui para a afirmação que evento adverso não resulta de um único fator contribuinte.

Em relação às práticas de enfermagem na unidade de internação, foram identificadas algumas mudanças como, a identificação de riscos assistenciais e físicos, com destaque para a alterações na admissão do paciente, com identificação do risco de queda e úlcera por pressão, com adoção de impressos próprios e uso da escala de Braden. A notificação de eventos adversos como nos demais setores da organização; a identificação do paciente; estratégias para melhorar a comunicação com educação permanente, desenvolvimento de simulação realística da ocorrência do erro e EA, grupos de estudos semanais e reuniões de forma multiprofissional. Observa-se que as principais mudanças estão voltadas para o gerenciamento dos riscos. Em relação às mudanças alcançadas nas práticas de segurança na unidade de internação, a interação social aparece como aspecto decisivo para chegar aos resultados de melhorias. A comunicação, a educação permanente, a interação com demais categorias profissionais caracterizam essa interação.

O processo de administração de medicação na *realidade* da unidade de internação se configura com fragilidades ao que se refere à segurança do paciente. O processo se esbarra em problemas de organização, falta de recursos e colaboração administrativa para implantar a prescrição eletrônica, não utilizam a identificação do paciente por meio do código de barra, os medicamentos são dispensados, armazenados e administrados de forma insegura, aspectos que impactam negativamente na segurança do paciente.

Outro aspecto que dificulta a segurança do paciente na instituição estudada se refere a colaboração da equipe médica; dificuldades que se concentram principalmente em problemas de comunicação e interação dos médicos com demais profissionais. Foram identificadas questões de responsabilização pessoal, ética e formação profissional, as dificuldades de institucionalização médica e suas interfaces com a segurança do paciente.

Portanto, evidenciou-se que o hospital apresenta dificuldades para o desenvolvimento de uma cultura de segurança. A perspectiva analítica adotada permitiu identificar que a transição de uma organização insegura para uma organização de alta confiabilidade depende de normas e diretrizes; depende do ambiente que altera condições operacionais, mas principalmente, depende da intersubjetividade na produção da saúde, o que, portanto, envolvem pessoas, suas interações e influências contextuais sobre as práticas de segurança do paciente. A ação intersubjetiva que vai configurar e reconfigurar a prática. Esse processo pode alterar o seu aspecto prescritivo, algo que deve ser reconhecido/considerado pela administração, como meio de adaptar as normas às características reais da organização e obter práticas mais seguras. Destarte, prática construída socialmente, configurando um âmbito prescrito mais compatível com as características das situações de trabalho e, sobretudo, de suas especificidades. Dessa maneira, o *real* seria mais próximo do *prescrito* e, portanto, apresentando práticas profissionais seguras, alcançando assim, o objetivo da organização.

No entanto, a segurança do paciente foi evidenciada prioritariamente no âmbito prescritivo; evidenciando a comunicação e a prática gerencial importantes entraves entre o real e o prescrito.

O presente estudo teve como limitação a coleta de dados ter ocorrido apenas dois anos após a formação do Núcleo de Segurança do Paciente na instituição, o que implica que o processo ainda era imaturo devido ao tempo de implantação, resultando em mudanças principiantes na prática profissional.

Ainda como limitação deste estudo, a mais evidente, é referente à escolha do método de pesquisa, refere-se ao fato de que o estudo de caso não permite generalizações. São, no entanto, estudos generalizáveis às proposições teóricas e não às populações ou aos universos.

Almeja-se que este estudo proporcione elementos relevantes para subsidiar novos estudos e novas discussões voltadas para a prática segura na assistência à saúde, o que torna pertinente outros estudos em diferentes serviços de saúde, tendo em vista sua heterogeneidade social, cultural e histórica.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Assistência Segura**: uma reflexão teórica aplicada à prática. Rio de Janeiro, 2013.

\_\_\_\_\_. Boletim Informativo sobre a Segurança do Paciente e Qualidade Assistencial em Serviços de Saúde. **GGTES/Anvisa**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, jan./jul. 2011.

\_\_\_\_\_. **Resolução RDC nº 36, de 26 de julho de 2013**: ações para a segurança do paciente em serviços de saúde. Rio de Janeiro: ANVISA Publicações Eletrônicas, 2013b.

AIKEN, L. H. et al.. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. **JAMA**, [S.l.], v. 288, p.1987-1993, 2002.

ALVES, M. et al. O trabalho na prática de saúde. **Saúde e espiritualidade**, 2012.

ALVES, V. L. S.; FELDMAN, L. B. **Gestores da Saúde no âmbito da qualidade**: atuação e competências, abordagem multidisciplinar. São Paulo: Marinari, 2011.

AMADO, G.; FAUCHEUX, C.; LAURENTE, A. Mudança organizacional e realidades culturais: contrastes franco-americanos. In: CHANLAT, J. F. (Coord). **O indivíduo na organização**: dimensões esquecidas. São Paulo: Atlas, 1994. v. 2

ANÉAS, T. V.; AYRES, J. R.C. M. Significados e sentidos das práticas de saúde: a ontologia fundamental e a reconstrução do cuidado em saúde. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, [S.l.], v. 15, n. 38, p. 651-62, jul./set. 2011.

ANTONOFF, M. B. et al. Who's covering our loved ones: surprising barriers in the sign-out process. **Am J Surg**, [S.l.], v. 205, n. 1, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.amjsurg.2012.05.009>>. Acesso em: 23 ago. 2014.

ARANAZ, A. J. M. et al. Incidence of adverse events related to health care in Spain: results of the Spanins National Study of Adverse Events. **J Epidemiol Community Health**, [S.l.], v. 62, p.1022-1029, 2008.

AVELING, E. L.; KAYONGA, Y.; NEGA, A. Dixon-woods M. Why is patient safety so hard in low-income countries? A qualitative study of healthcare workers' views in two African hospitals. **Globalization and Health**, [S.l.], v. 11, n. 6. p.1-8, 2015.

BARCELLOS, G. B. Comunicação entre os profissionais de saúde e a segurança do paciente. In: SOUSA, P.; MENDES, W. **Segurança do paciente**: criando organizações de saúde seguras. Rio de Janeiro: EAD/ENSP Fio Cruz; 2014.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011. 281 p.

BATALDEN, P. B.; STOLTZ, P. K. A framework for the continual improvement of health care. **Jt Comm J Qual Improv.**, [S.l.], v. 19, p. 424-447, 1993.

BEZERRA, A. L. Q. et al. Análise de queixas técnicas e eventos adversos notificados em um hospital sentinela. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4. p. 467-472, 2009.

BJERTNAES, O. et al. The association between patient-reported incidents in hospitals and estimated rates of patient harm. **Int J Qual Health Care**, [S.l.], v. 27, n. 1, p. 26-30, Feb. 2015.

BOHOMOL, E.; TARTALI, J. A. Eventos adversos em pacientes cirúrgicos: conhecimento dos profissionais de enfermagem. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 26, n. 4, 2013. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000400012>>. Acesso em: 28 ago. 2014.

BOHOMOL, E.; CUNHA, I. C. K.O. Ensino sobre segurança do paciente no curso de Medicina da Universidade Federal de São Paulo. **Einstein**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 7-13, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária** (Notivisa). Brasília, 2014b. Disponível em:<<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/notivisa/apresenta.htm>>. Acesso em: out. 2014.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, 2013. Disponível em:<<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/portaria-529>>. Acesso em: 24 ago. 2014.

BUNKENBORG, G. et al. Impact of professionalism in nursing on in-hospital bedside monitoring practice. **Journal of Advanced Nursing**, [S.l.], v. 69, n. 7. p.1466-1477. 2012.

CAMERINI, F. G.; SILVA, L. D. Segurança do paciente: análise do preparo de medicação intravenosa em hospital da rede sentinela. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 41-49, jan./mar.2011.

CANTILLO, E. V. Seguridad de los pacientes: um compromiso de todos para um cuidado de calidad. **Salud Uninorte**, Barranquilla, v. 23, n. 1, p.112-119, 2007.

CAPUCHO, H. C. et al. Segurança do paciente: comparação entre notificações voluntárias manuscritas e informatizadas sobre incidentes em Saúde. **Rev Gaúcha de Enferm**, Porto Alegre, v. 34, p.164-172, 2013.

CASSIANI, S. H. B. Enfermagem e a pesquisa sobre segurança dos pacientes. **Acta Paul Enfermagem**, São Paulo, v. 6, n. 23, Editorial, 2010.

CAVALCANTE, A. K. C. B. et al. La atención segura al paciente: contribuciones de enfermeira. **Revista Cubana de Enfermería**, Havana, v. 31, n. 4. p.1-13, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº1352/92**. Estabelece normas sobre responsabilidade e atribuições do diretor técnico e diretor clínico. Brasília, 1992. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br>>. Acesso em: 23 out. 2016.

CHABOYER, W. et al. Bedside handover: quality improvement strategy to “transform care at the bedside”. **J Nurs Care Qual.**, [S.l.], v. 24, n. 2, 2000.

CHANLAT, Jean-François. **Ciências Sociais e Management: reconciliando o econômico e o social**. São Paulo: Atlas. 2000b.

\_\_\_\_\_. Ciências Sociais e Management. **Revista de Administração da FEAD- Minas**, Belo Horizonte, v. 3, n. 2, 2006, p.

\_\_\_\_\_. **Gestão empresarial uma perspectiva antropológica**. São Paulo: Cengage Learning, 2011.

\_\_\_\_\_. Modos de gestão, saúde e segurança do trabalho. In: DAVEL, E.; VASCONCELOS, J. (Org.). **“Recursos” humanos e subjetividade**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2000a.

\_\_\_\_\_. **O indivíduo nas organizações: dimensões esquecidas**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1993. v. 1.

CHEETHAM, G.; CHIVERS, G. The reflective (and competent) practitioner: a model of professional competence which seeks to harmonise the reflective practitioner and competence-based approaches. **Journal of European Industrial Training**, Bingley, v. 22, n. 7, p. 267-76, 1998.

CHIANCA, T. C. M. Falhas de enfermagem no pós-operatório imediato de pacientes cirúrgicos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 6, 2006.

CHIZZOTTI, A. A pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais: evolução e desafios. **Rev Portuguesa de Educação**, Lisboa, v. 2, n. 16, p. 221-236, 2003.

COHEN T. et al. Reevaluating recovery: perceived violations and preemptive interventions on emergency psychiatric rounds. **J Am med inform assoc**, [S.l.], v. 14, n. 3, p. 312-319, 2007.

CORBELLINI, V. L. et al. Eventos adversos relacionados a medicamentos: percepção de técnicos e auxiliares de enfermagem. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 64, n. 2. p. 241-247, 2011.

D’AQUINO F. F. R. et al. Incidentes relacionados a medicamentos em uma instituição hospitalar: subsídios para a melhoria da gestão. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 616-612, set./out. 2015.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas, 1997.

\_\_\_\_\_. **Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, Brasília: Paralelo 15, 2008. 369p.

\_\_\_\_\_. **O fator humano**. 3. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2002. 104p.

DI BENEDETTO A. et al. What causes an improved safety climate among the staff of a dialysis unit? Report of an evaluation in a large network. **J Nephrol.**, [S.l.], v. 24, n. 5, 2011.

DONABEDIAN, A. **An Introduction to Quality Assurance in Health Care**. New York: Oxford University Press; 2003.

\_\_\_\_\_. The definition of quality and approaches to its assessment. In: \_\_\_\_\_. **Explorations in quality assessment and monitoring**. Ann Arbor: Health Administration Press; 1980. v. 1.

\_\_\_\_\_. The quality of care: how can it be assessed? **JAMA**, [S.l.], v. 260, n. 12. p.1743-1748, 1988.

\_\_\_\_\_. The seven pillars of quality. **Arch. Pathol Lab Med**, [S.l.], v. 114, n. 11, p. 1115-1118, 1990..

DUARTE, S. C. M. et al. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 68, n.1, p. 144-154, jan./fev. 2015.

ERDMANN, A. L. et al. Gestão das práticas de saúde na perspectiva do cuidado complexo. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 483-491, Jul./Set. 2006.

FELDMAN, L. B. et al. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a Acreditação. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 213-9, 2005.

FELDMAN, L. B. O gestor da área de gerenciamento de riscos. In: ALVES, V. L. S.; FELDMAN, L. B. **Gestores da Saúde no âmbito da qualidade**. São Paulo: Martinari, 2011.

\_\_\_\_\_. A sociologia e a modernidade. In: CONGRESSO PORTUGUÊS DE SOCIOLOGIA, 2., 1972, Lisboa **Comunicação...** Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1972. p. 1-28

FERNANDES, H. S. et al. Gestão em terapia intensiva: conceitos e inovações. **Rev Bras Clin Med.**, [S.l.], v. 9, n. 2, p.129-137.2011.

FERREIRA, P. A.; ALENCAR, E. Administração, Sociologia e Análise Multiparadigmática. VI Encontro de Estudos Organizacionais da ANPAD. Florianópolis: ENEO, 2010.

FINS, J. J. What's Wrong with Evidence-Based Medicine? **Hastings Center Report**, [S.l.], v. 46, n. 1, Jan./Feb. 2016. Disponível em:<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hast.534/abstract>>. Acesso em: 23 ago. 2014.

FONSECA, T. M. G. Epistemologia. In: JACQUES, G. C. et al. **Psicologia social contemporânea: livro-texto**. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2001. p. 36-48.

FRAGATA, J.; SOUSA, P. S.; SANTOS, R. S. Organizações de saúde seguras e confiáveis. In: SOUSA, P.; MENDES, W. (Org.). **Segurança do Paciente: criando organizações de saúde seguras**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014.

FRANCO, J. N. et al. Percepção da equipe de enfermagem sobre fatores causais de erros na administração de medicamentos. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 63, n. 6, p. 927-932, 2010.

FREITAS, G. F.; OGUIISO, T.; MERIGHI, M. A. B. Motivações do agir de enfermeiros nas ocorrências éticas de enfermagem. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 1, n. 19, p. 76-81, 2006.

GAMA, Z. A. S. OLIVEIRA, A.C. S.; HERNÁNDEZ, P. J. S. Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p.283-293, fev. 2013.

GIL, A.C.; LICHT, R. H. G.; SANTOS, B. R. M. Por que fazer pesquisa qualitativa em saúde? **Caderno de saúde**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, jul. 2006.

GILLESPIE, B. M. et al. The impact of organisational and individual factors on team communication in surgery: a qualitative study. **Int J Nurs Stud.**, [S.l.], v. 47, n. 6, p. 732-741, Jun. 2010. Disponível em:< [http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489\(09\)00356-3/abstract](http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489(09)00356-3/abstract)>. Acesso em: 28 ago. 2014.

GIMENES, F. R. E. et al. Influencia de la redación de la prescripción médica en la administración de medicamentos en horarios diferentes al prescripto. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 380-384, 2009.

GRIFFITHS, P.; MABEN, J.; MURRELLS, T. Organizational quality, nurse staffing and the quality of chronic disease management in primary care: observational study using routinely collected data. **Int J Nurs Stud.**, [S.l.], v. 48, n.10, p.1199-1210, 2011.

GUTIERREZ, F.; SMITH, K. Reducing falls in a definitive observation unit: an evidence-based practice institute consortium project. **Crit Care Nurs Q.**, [S.l.], v. 31, n. 2, p. 127-139, 2008. Disponível:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18360143>>. Acesso em: 28 ago. 2014.

HARADA, M.J.C.S. et al. **O erro humano e a segurança do paciente**. São Paulo: Atheneu, 2006.

HILBORNE, L. H. Setting the Stage for the Second Decade of the Era of Patient Safety: Contributions by the Agency for Healthcare Research and Quality and Grantees. **Health Serv Res.**, [S.l.], v. 2, n. 44, p. 623-627, Apr. 2009.

HILLIN, E.; HICKS, R.W. Medication errors from an emergency room setting: safety solutions for nurses. **Crit Care Nurs Clin N Am**, [S.l.], v. 22, n. 2, 2010. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20541067>>. Acesso em: 26 nov. 2014.

INSTITUTE OF MEDICINE. *To err is human: building a safer health system*. Washington DC: **National Academic Press**, 1999.

INSTITUTO BRASILEIRO PARA SEGURANÇA DO PACIENTE. **Práticas de segurança**. São Paulo, 2015. Disponível em: <[www.segurançadopaciente.com.br](http://www.segurançadopaciente.com.br)>. Acesso em: 26 nov. 2014.

JHA, A.K. et al. Patient safety research: an overview of the global evidence. **Qual Saf Health Care**, [S.l.], v. 19, p. 42-47. 2010. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20172882>>. Acesso em: 26 nov. 2014.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. *Padrões de acreditação da Joint Comission International para hospitais*. 4. ed. Rio de Janeiro: Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde, 2010.

JUNQUILHO, G. S. Administração pública e gerentes no contexto brasileiro. In: DAVEL, E.; MELO, M. C. O. L. **Gerência em ação: singularidades e dilemas do trabalho gerencial**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

KLIEMANN NETO, F. J.; BORBA, G. S. Gestão Hospitalar: identificação das práticas de aprendizagem existentes em hospitais. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 44-60, 2008.

KOBAYASHI, R. M.; SILVA, A. B. V.; AYOUB, A. C. Gerenciando dificuldades para acreditação hospitalar em hospital cardiovascular. **Rev. Rene**, [S.l.], v. 11, n. 4. p. 19-28; 2010.

KOHN, L.T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. (Ed.). **To err is human: building a safer health system**. Washington. D.C.: National Academy Press; 2000.

LEAPE, L. Error in medicine. **JAMA**, [S.l.], . v. 272, n. 23. p. 1851-1857, 1994.

LE FREVE, R. A. **Aplicação do processo de Enfermagem: uma ferramenta para o pensamento crítico**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

LEITÃO, I. M. T. A. et al. Análise da comunicação de eventos adversos na perspectiva de enfermeiros assistenciais. **Rev Rene**, [S.l.], n. 14, v. 6, 2013.

LORENZINI, E.; SANTI, J. A. R.; BÁO, A. C. P. Segurança do paciente: análise dos incidentes notificados em um hospital do sul do Brasil. **Rev Gaúcha Enferm.**, [S.l.], v. 35, n. 2. p.121-127, Jun. 2014.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D.A. **Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 2013. 128p.

MACHADO, J. P. et al. Avaliação da qualidade do cuidado hospitalar no Brasil: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 29, v. 6, p.1063-1082, jun. 2013.

MAFFESOLI, M. **A conquista do presente**. Rio de Janeiro: Rocco; 1984.

\_\_\_\_\_. **O conhecimento Comum:** introdução à sociologia compreensiva. Porto Alegre: Sulina, 2007. 295p.

MAGALHAES, A. M. M.; DALL'AGNOL, C. M.; MARCK, P. B. Nursing workload and patient safety, a mixed method study with an ecological restorative approach. **Rev Latino Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, n. 21, (espec). p.1-9. 2013.

MARTINEZ QUES, A. A.; MONTORO, C. H.; GONZALEZ, M. G. Fortalezas e ameaças em torno da segurança do paciente segundo a opinião dos profissionais de enfermagem. **Rev Latino Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, 2010.

MARTINS, Mônica. Qualidade do cuidado em Saúde. In: SOUSA, P.; MENDES, W. (org.). **Segurança do Paciente:** conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014.

MARTINS, S. F. et al. Performance em processo de acreditação de hospitais públicos de Minas Gerais/Brasil: influências para a qualidade da assistência. **Revista Enfermeria Global**, [S.l.], n. 37, p. 298-397, 2015

MASSOCO, E. C. P.; MELLEIRO, M. M. Comunicação e segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem de um hospital de ensino. **Rev Min Enferm.**, Belo Horizonte, v. 19, n. 2, p.187-191, 2015.

MCDONALD, R. et al. Rules and guidelines in clinical practice: a qualitative study in operating theatres of doctors' and nurses' views. **Qual Saf Health Care**, [S.l.], v. 14, n. 4, 2005.

MENDES, D. P.; MORAES, G. F. S.; MENDES, J. C. L. Análise da gestão de risco no trabalho de enfermagem em uma instituição psiquiátrica. **Trabalho & Educação**, [S.l.], v. 20, n.1, p.73-84, jan./abr.2011.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, out./dez. 2008. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2014.

MENDES, W. et al. The assessment of adverse evenst in hospitals in Brazil. **International Journal for Quality in Health Care**, [S.l.], v. 21, n.4. p. 279-284. 2009.

\_\_\_\_\_. PAVÃO, A. L. B. et al. The feature of preventable adverse events in hospitals in the State of Rio de Janeiro, Brazil. **Rev assoc med bras.**, [S.l.], v. 59, n. 5, p. 421-428, 2013.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. set./dez. 2003.

MERHY, E. E. Perda da dimensão cuidadora na produção da saúde uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência In: \_\_\_\_\_. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o Público**. São Paulo: Ed. Xamã, 1998.

\_\_\_\_\_. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface – Comunic. Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 4, n. 6, p. 109-116, 2000.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 406 p.

MOTTA FILHO, G. R. et al. Protocolo de Cirurgia Segura da OMS: O grau de conhecimento dos ortopedistas brasileiro. **Rev. Bras. Ortop.**, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 554-562, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rbort/v48n6/pt\\_0102-3616-rbort-48-06-00554.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbort/v48n6/pt_0102-3616-rbort-48-06-00554.pdf)>. Acesso em: 21 out. 2015.

NATIONAL COORDINATING COUNCIL FOR MEDICATION ERROR REPORTING END PREVENTION. **Taxonomy of medication errors – 1998-1999**. Disponível em: <<http://www.nccmerp.org/aboutMedError.htm>>. Acesso em: 21 out. 2015.

NATIONAL QUALITY FORUM. **Safe Practices for Better Healthcare: update: a consensus report**. Washington, 2010.

NÓBREGA, J. F. et al. Sociologia compreensiva de Michel Maffesoli: implicações para a pesquisa em enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Porto Alegre, n. 17, v. 2, p. 373-6, 2012.

OLIVEIRA, A. C.; PAULA, A. O. Infecções relacionadas ao cuidar em saúde no contexto da Segurança do paciente: passado, presente e futuro. **Rev Min Enferm.**, Belo Horizonte, v. 17, n.1, p. 216-220, 2013.

OLIVEIRA, R.M. et al. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidência. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, 2014.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **Manual Brasileiro de Acreditação: organizações prestadoras de serviços de saúde**. Brasília: ONA. ISQua; 2014.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Sistemas de notificación de incidentes en América Latina**. Washington, 2013.

PADILHA, K. G. Ocorrências iatrogênicas em Unidade de Terapia Intensiva (UTI): análise dos fatores relacionados. **Rev Paul Enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 18-23, 2006.

PADILHA, M. I. C. S.; MANCIA, J. R. Florence Nightingale e as irmãs de caridade: revisitando a história. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 58, n. 6. p. 723-726, 2005.

PAESE, F.; SASSO, G. T. M. D. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.2 2, n. 3. p. 302-310, 2013.

PAIVA, M. C. M. S. et al. The reasons of the nursing staff to notify adverse events. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 5, p. 747-754, 2014.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

PEDUZZI, M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. **Revista trabalho, educação e saúde**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 75-97, 2002.

PETERSON, T. H.; TEMAN, S. F.; CONNORS, R. H. A Safety Culture Transformation: Its Effects at a Children's Hospital. **J Patient Saf**, [S.l.], n. 8, v. 3, 2012.

PITTET, D.; BOYCE, J. M. Hand hygiene and patient care: pursuing the Semmelweis legacy. **Lancet Infect Dis.**, [S.l.], v. 1, p. 9-20, Apr. 2001.

PORTO, A. R. et al. Teorias de enfermagem e modelos que fortalecem a prática profissional. **Rev Pes. cuidado. Fundam.**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 5, p. 155-161, 2013. Disponível em: <[http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1720/pdf\\_1017](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1720/pdf_1017)>. Acesso em: 23 ago. 2014.

QUINTO NETO, A. Segurança dos pacientes, profissionais e organizações: um novo padrão de assistência à saúde. **RAS**, São Paulo, v. 8, n. 33, p. 153-158, out./dez. 2006.

REASON J. Human error: models and management. **Br Med J.**, [S.l.], v. 320, p. 768-770, 2000.

REASON, J. **Human error**. Cambridge: University Press, 2002.

REED, M. **Sociologia da gestão**. Lisboa: Celta, 1997. 167 p.

REIS, C. T. Cultura em segurança do paciente. In: SOUSA, P.; MENDES, W. (Org.). **Segurança do Paciente: criando organizações de saúde seguras**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014.

REIS, W, G.; SCHERER, M. D. A.; CARCERERI, D. L. O trabalho do Cirurgião-Dentista na Atenção Primária à Saúde: entre o prescrito e o real. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 56-64, jan./mar. 2015.

RIGOBELLO, M. C. G. et al. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, n. 25, v. 5, p. 728-735, 2012.

RUNCIMAN, W. et al. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. **International Journal for Quality in Health Care**, [S.l.], v. 21, n. 1, p. 18-26, 2009.

SANTOS, M. et al. Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. **Rev Port Saúde Pública**, Lisboa, v. 10. p. 47-57, 2010.

- SCHOUT, D.; NOVAES, H. M. D. Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4. p. 935-944. 2007.
- SERRA, J. N.; BARBIERE, A. R.; CHEADE, M. F.M. Situação dos hospitais de referência para implantação/funcionamento do núcleo de segurança do paciente. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 21, n. esp., p. 1-09, 2016.
- SHANAFELT, T.D. et al. Burnout and medical errors among American surgeons. **Ann Surg.**, [S.l.], n. 251, v. 6, p. 995-1000, 2010.
- SHIMBO, A.Y.; LACERDA, M. R.; LABRONICI, L.M. Processo de trabalho do enfermeiro em unidade de internação hospitalar: desafios de uma administração contemporânea. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 2, n. 13, p. 296-300, jan./mar. 2008.
- SILVA A. E. B. C.; CASSIANI, S. H. B. Prospective risk analysis of the anti-infective medication administration process. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. spe, jan./fev. 2013.
- SILVA, A. R. L.; CARRIERI, A. P.; JUNQUILHO, G. S. A estratégia como prática social nas organizações: articulações entre representações sociais, estratégias e táticas cotidianas. **Rev. Adm.** São Paulo, v. 46, n. 2, p. 122-134, abr./jun. 2011.
- SIMAN, A. G.; BRITO, M. J. M.; CARRASCO, M. E. L. Participação do enfermeiro gerente no processo de acreditação hospitalar. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 35, n. 2, p. 93-99, 2014.
- SIMAN, A.G.; CUNHA S.G. S; BRITO, M. J. M. Mudanças nas ações gerenciais após a Acreditação Hospitalar. **Rene**, Fortaleza, v. 17, n. 2, p. 165-175, mar./abr. 2016.
- SKOUFALOS A. et al. Improving Awareness of Best Practices to Reduce Surgical Site Infection: a multistakeholder approach. **American Journal of Medical Quality**, [S.l.], v. 27, n. 4. p. 297-304, 2012.
- SOUSA, P.; LAGE, J. M.; RODRIGUES, V. Magnitude do problema e os fatores contribuintes do erro e dos eventos adversos. In: SOUSA, P.; MENDES, W. **Segurança do paciente: conhecendo os riscos na organização de saúde**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP Fio Cruz; 2014.
- SOUSA, P. Patient safety: a necessidade de uma estratégia nacional. **Acta Med Port.**, Lisboa, v. 19, p. 309-318, 2006.
- SOUSA, P. et al. **Segurança do doente: eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacto e evitabilidade**. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública; 2011.
- SOUSA, P. et al. Estimating the incidence of adverse events in Portuguese hospitals: a contribution to improving quality and patient safety. **BMC Health Services Research**, [S.l.],

2014, v. 14, p. 311-318, 2014. Disponível em: < <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/311>>. Acesso em: 25 ago. 2014.

SOUZA, A. R.; MOREIRA, C. R. B. S. A Sociologia Weberiana e sua Articulação com a Pesquisa em Políticas Educacionais. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 41, n. 3, p. 931-949, jul./set. 2016.

SOUZA, R. F. F.; SILVA, L. D. Estudo exploratório das iniciativas acerca da segurança do paciente em hospitais do Rio de Janeiro. **Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro**, v. 22, p. 22-28, 2014.

TENG, C. L. et al. Professional Commitment, patient safety, and patient-perceived care quality. **J Nurs Scholarsh.**, [S.l.], v. 41, n. 3, 2009.

THE NATIONAL QUALITY FORUM. **Safe Practices for Better Healthcare: 2010 update**. Washington: The National Quality Forum, 2010.

TOFFOLETTO, M. C.; RUIZ, X. R. Improving patient safety: how and why incidences occur in nursing care. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 47, n. 5, p. 1099-1107, 2013.

TRINDADE, L.; LAGE, M. J. A perspectiva histórica e principais desenvolvimentos da segurança do paciente. In: SOUSA, P.; MENDES, W. **Segurança do Paciente. Conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005.

VELHO, J. M.; TREVISIO, P. Implantação de programa de qualidade e acreditação: contribuições para a segurança do paciente e do trabalhador. **Rev Adm Saúde**, São Paulo, v. 15, n. 60, 2013.

VERSA, G. L. G. S. Influência do dimensionamento da equipe de enfermagem na qualidade do cuidado ao paciente crítico. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 20, n.4, p. 796-802, 2011.

WACHTER, R. M. **Compreendendo a segurança do paciente**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

WACHTER, R. M. Personal accountability in healthcare: searching for the right balance. **BMJ Qual Saf.** [S.l.], v. 22, p. 176-180, 2013.

WEBER, M. **Ensaio de sociologia**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1979.

WORLD HEALTH ORGANIZATION . **55ª Assembleia Mundial de Saúde: Resolução WHA55.18 de 18 de maio de 2002**. Genebra, 2002. Disponível em: <[http://www.who.int/patientsafety/about/wha\\_resolution/en/](http://www.who.int/patientsafety/about/wha_resolution/en/)>. Acesso em: 15 nov. 2014.

\_\_\_\_\_. 10 datos sobre a seguridad del paciente.2005 Disponível em:  
<[http://www.who.int/features/factfiles/patient\\_safety/patient\\_safety\\_facts/es/index6.html](http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/patient_safety_facts/es/index6.html)>.  
Acesso em: 15 nov. 2014.

\_\_\_\_\_. Guidelines on hand hygiene in health care. Geneva, 2009. p. 270.

\_\_\_\_\_. Patient safety research. Genebra, 2009. 16p.

\_\_\_\_\_. World Alliance for Patient Safety: forward program 2008-2009. Geneva, 2008.  
Disponível

em:<[http://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/reports/Alliance\\_Forward\\_Programme\\_2008.pdf](http://www.who.int/patientsafety/information_centre/reports/Alliance_Forward_Programme_2008.pdf)>. Acesso em: 26 dez. 2013.

\_\_\_\_\_. World Alliance for Patient Safety: forward program 2005. Geneva, 2005. Disponível em:<[http://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/reports/Alliance\\_Forward\\_Programme\\_2005.pdf](http://www.who.int/patientsafety/information_centre/reports/Alliance_Forward_Programme_2005.pdf)>. Acesso em: 6 jan. 2014.

\_\_\_\_\_. World Alliance for Patient Safety: forward program 2006-2007. Disponível em:  
<[http://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/WHO\\_EIP\\_HDS\\_2006.1.pdf](http://www.who.int/patientsafety/information_centre/WHO_EIP_HDS_2006.1.pdf)>. Acesso em: 26 dez. 2013.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman. 2015.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa qualitativa do início ao fim**. Porto Alegre: Penso, 2016.

ZOBOLI, E. L. C. P.; SCHVEITZER, M. C. Valores da enfermagem como prática social: uma metassíntese qualitativa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 3. p. 8, maio/jun. 2013.

ZUG, K. E. et al. Advanced practice nursing in Latin America and the Caribbean: Regulation, education and practice. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, p. 2807, 2016.

## APÊNDICE A- Artigo de Revisão elaborada pela autora

### AÇÕES DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM INSTITUIÇÕES HOSPITALARES: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA PATIENT SAFETY ACTIONS IN HOSPITAL INSTITUTIONS: A REVIEW INTEGRATIVE LITERATURE ACCIONES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN INSTITUCIONES DE HOSPITAL: UN INTEGRADORA DE LA LITERATURA

Andréia Guerra Siman<sup>I</sup>, Simone Grazielle Silva Cunha<sup>II</sup>, Maria José Menezes Brito<sup>III</sup>

I Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais. Professora Assistente I na Universidade Federal de Viçosa. Departamento de Enfermagem e Medicina. Viçosa-MG-Brasil.

II Enfermeira. Mestranda em Enfermagem na Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte-MG-Brasil.

III Enfermeira. Pós-doutorado pela UFSC. Professora Associada Departamento de Enfermagem Aplicada da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte-MG-Brasil.

Autor Correspondente: Andréia Guerra Siman. Endereço: Avenida Peter Henry Rolfs, s/nº Campus Universitário, Viçosa, MG. CEP: 36570-900. (31) 3899-2200. E-mail: [ago.80@hotmail.com](mailto:ago.80@hotmail.com)

#### RESUMO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura com o objetivo de analisar a produção científica sobre as ações gerenciais e assistenciais que envolvem o enfermeiro e foram adotadas para alcançar a segurança do paciente nas instituições hospitalares. Utilizou-se as bases de dados: Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e Base de Dados em Enfermagem (BDENF). Foram selecionados 15 artigos após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão. As principais ações foram o gerenciamento dos riscos e identificação de eventos adversos. Além disso, a comunicação efetiva e o enfoque na educação têm proporcionando uma assistência mais segura. Portanto, a segurança deve ser instituída enquanto processo cultural. Considerando as metas internacionais de segurança não foram encontrados estudos abordando identificação do paciente.

**Descritores:** Segurança do paciente; Enfermagem; Assistência à Saúde.

#### RESUMEN

Se trata de una revisión integradora de la literatura con el fin de examinar la literatura científica sobre la gestión y el cuidado acciones que implican las enfermeras y se adoptaron para lograr la seguridad del paciente en los hospitales. Utilizamos las bases de datos:

Literatura Latinoamericana en Ciencias de la Salud (LILACS), Análisis de la literatura médica y recuperación del sistema en línea (MEDLINE) y Base de Datos de Enfermería (BDENF). 15 artículos fueron seleccionados después de aplicar los criterios de inclusión y exclusión. Mejoras y acciones fueron la gestión de riesgos y la identificación de los eventos adversos. Además, la comunicación efectiva y un enfoque en la educación están prestando una atención más segura. Por lo tanto, la seguridad debe establecerse como un proceso cultural. Teniendo en cuenta los objetivos de seguridad internacionales hubo estudios que abordan la identificación del paciente.

### **ABSTRACT**

It is an integrative literature review in order to examine the scientific literature on the management and care actions involving nurses and was adopted to achieve patient safety in hospitals. We used the databases: Latin American Literature in Health Sciences (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) and Nursing Database (BDENF). 15 articles were selected after applying the inclusion and exclusion criteria. The main actions were the management of risks and identification of adverse events. In addition, effective communication and a focus on education are providing safer care. Therefore, the security should be established as a cultural process. Considering the international security goals were no studies addressing patient identification.

### **INTRODUÇÃO**

Iniciativas voltadas para a segurança do paciente começaram a partir da publicação do relatório: *Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro, To err is human: building a safer health system*. Tratava-se de um estudo, no qual 30.121 prontuários de internações foram analisados e identificou-se que 3,7% ocorreram iatrogenias (6,5% disfunções permanentes e 13,6% mortes dos pacientes). E ainda, afirmava-se que até 98 mil mortes por ano nos Estados Unidos poderiam ter sido evitadas devidas a erros médicos<sup>(1)</sup>. Com esses resultados houve um enorme impacto e alerta às instituições sanitárias em relação ao evento adverso, reforçando e incentivando novos estudos na área, prevenção do erro e segurança do paciente.

A segurança do paciente deve ser aplicável em todo aspecto ligado ao cuidado em saúde e transmitir os significados apropriados em relação à segurança do paciente. Dentro dos princípios da Classificação Internacional de Segurança do Paciente (ICPS) proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS), segurança do paciente pode ser definida como uma

redução de riscos de danos ou lesões, associado ao cuidado em saúde, dentro de uma aceitação mínima<sup>(2)</sup>.

Ressalta-se que o erro é a falha, ação que ocorre fora do planejado ou aplicação incorreta do plano<sup>(3)</sup>, e podem acarretar diversos prejuízos aos pacientes, desde o aumento de sua permanência em um ambiente hospitalar, necessidade de intervenção diagnóstica e terapêutica, até mesmo a morte. Além dos danos diretos ao paciente, há também aspectos econômicos, como aumentos dos custos das internações hospitalares<sup>(4)</sup>.

Nos últimos anos, estudos têm demonstrado que as práticas dos profissionais de saúde têm sido marcadas por elevadas taxas de erro, denúncia de lesões provocadas em pacientes, falhas nos sistemas de atendimento hospitalar, danos permanentes e mortes. Práticas inadequadas, inseguras e negligentes afetam um a cada 10 pacientes em média em países desenvolvidos<sup>(5-7)</sup>. Os riscos de erro no ambiente hospitalar são ainda maiores<sup>(8)</sup>.

Entretanto, diversos aspectos podem contribuir para a segurança dos pacientes. Em 2009, seis metas internacionais de segurança foram lançadas pela OMS e correspondem à identificação correta do paciente, à comunicação clara e efetiva, aos cuidados relativos aos medicamentos considerados de alto risco, aos aspectos que conferem maior segurança em cirurgias, diminuição dos riscos de infecção e riscos de queda do paciente<sup>(2)</sup>.

Nesse sentido, em virtude do lugar ocupado pelo enfermeiro em relação ao paciente, estes profissionais podem evitar erros ao tomar decisões assertivas de cuidados, além de assumir um papel de liderança na promoção da utilização de evidências para promover a segurança e qualidade do cuidado<sup>(9)</sup>. Pois, diminuir danos e complicações evitáveis requer uma relação sinérgica entre assistência de enfermagem à beira do leito e liderança de enfermagem.

Contudo, enfatiza-se que a realização de padronizações pode não garantir adequadamente a segurança do paciente, e há evidências que são necessários mais esforços para melhorar os processos dentro das instituições de saúde no sentido de uma assistência mais segura<sup>(10)</sup>. Políticas e procedimentos são adotados para proteger os pacientes de danos; no entanto, uma compreensão mais profunda do “por que” um evento sentinela particular ocorreu com menos foco no indivíduo que cometeu o erro, pode ter resultados positivos para a cultura de segurança.

Parte-se do pressuposto que há lacunas no que tange à instituição de protocolos, à execução efetiva e à avaliação do processo para subsidiar ações gerenciais e assistências.

Neste sentido, os gerentes de enfermagem, bem como enfermeiros devem esforçar para manter uma cultura de segurança por meio da informação e aprendizagem. Com as considerações apresentadas, indaga-se: Quais as ações gerenciais e assistenciais que envolvem o enfermeiro foram adotadas para alcançar a segurança do paciente em instituições hospitalares?

Neste sentido, o objetivo deste estudo é analisar a produção científica sobre as ações gerenciais e assistenciais que envolvem o enfermeiro e foram adotadas para alcançar a segurança do paciente nas instituições hospitalares.

## **METÓDO**

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. É um método de pesquisa, utilizado com frequência na medicina baseada em evidência. Tem como objetivo reunir e sintetizar resultados anteriores e assim, conclusões serão estabelecidas a partir da avaliação crítica de diferentes abordagens metodológicas e desenvolver uma explicação o mais abrangente de um fenômeno específico<sup>(11)</sup>.

As etapas que conduziram esta revisão integrativa foram: identificação do tema e questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; interpretação dos resultados; e por último, apresentação da revisão/síntese do conhecimento<sup>(11)</sup>.

Portanto, esse método foi escolhido por permitir analisar na literatura um fenômeno específico, no caso as ações envolvendo o enfermeiro para alcançar a segurança do paciente nos hospitais.

A coleta de dados foi realizada no período de agosto a novembro de 2014, nas bases de dados: Bases de Dados Específica da Enfermagem (BDENF), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e Literatura Latino-Americano e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Na primeira etapa de busca foram utilizados os seguintes descritores e estratégia de busca: “Segurança do paciente” AND Enfermagem AND “Assistência à saúde”, obtendo 190 artigos: 155 da MEDLINE, 19 da LILACS e 8 BDENF. Os títulos e resumos foram lidos e 33 artigos selecionados.

Em uma segunda etapa de busca foi associado ao descritor “segurança do paciente” os termos práticas e organização, com a seguinte estratégia de busca: “segurança do paciente”

(AND) práticas (AND) organização, com o objetivo de obter o maior número de artigos que contemplasse o objetivo proposto. Foram encontrados 93 artigos na MEDLINE, três no LILACS e nenhum na BDENF. Os títulos e resumos foram lidos e dez artigos selecionados. A última etapa de seleção dos artigos foi realizada com a leitura dos 43 artigos, selecionados na primeira e segunda etapa, na íntegra. Estes foram lidos e selecionados segundo o critério de elegibilidade e qualidade, elegendo aqueles que contemplavam o objetivo proposto e se encaixaram nos critérios definidos, finalizando uma amostra de 15 artigos. Para evitar vieses na seleção das publicações, esta foi realizada por dois pesquisadores, com seleção independente com base nos critérios de inclusão e exclusão, e norteados pela pergunta de pesquisa. Não houve casos discordantes.

Os critérios de inclusão dos artigos foram: publicações em inglês, espanhol e português, não delimitando data de publicação, que apresentassem as experiências de implantação e/ou avaliação da segurança do paciente em hospitais; artigos completos indexados e disponíveis nas referidas bases de dados. Esses critérios foram definidos a partir da pergunta de pesquisa e nortearam o estudo. Como critério de exclusão definiu-se: editoriais, teses e dissertações, revisão da literatura, capítulos de livros, artigos que não estivessem disponíveis para leitura e que não abordavam a temática segurança do paciente ou que não respondiam a pergunta de pesquisa estabelecida inicialmente.

Os dados foram analisados e interpretados de forma organizada e sintetizada por meio da elaboração de um quadro sinóptico elaborado com os seguintes itens: identificação do artigo, autores, ano e periódico de publicação; objetivos do estudo; desenho do estudo e principais resultados. Para facilitar o entendimento, as publicações selecionadas foram agrupadas em duas categorias.

## **RESULTADOS**

Foi possível selecionar 15 artigos para alcance do objetivo proposto, com o critério de inclusão. O maior número de artigos incluídos foi da MEDLINE (12), seguida pela LILACS (5). Observa-se que após a conclusão da última etapa de seleção a BDENF não obteve nenhum artigo que contemplasse o objetivo. O idioma inglês foi predominante (68%), correspondendo a 12 publicações. Este resultado traduz a incipiência de pesquisas desenvolvidas no Brasil na temática, e estudos brasileiros foram oriundos da base de dados LILACS, que abrange estudos da América Latina. O Quadro 1 apresenta dados dos artigos selecionados.

Quadro I – Quadro sinóptico dos artigos incluídos no estudo

Artigo	Objetivo	Tipo de estudo	Principais resultados
1- Oliveira RM <i>et al.</i> Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. Esc. Anna Nery Revista de Enfermagem. 2014;18(1): 122-129.	Identificar e analisar estratégias para promover a segurança do paciente	Estudo descritivo, qualitativo	Identificaram-se riscos físicos, químicos, clínicos, assistenciais e institucionais; e barreiras e oportunidades que implicam na (in) segurança do paciente. Referiram práticas embasadas em metas internacionais.
2- Tartali JÁ, Bohomol E. Eventos adversos em pacientes cirúrgicos: conhecimento dos profissionais de enfermagem. Acta Paul Enferm. 2013.	Verificar o conhecimento da equipe de enfermagem sobre eventos adversos	Estudo transversal e descritivo	Causas de eventos adversos cirúrgicos: rotina de programação de cirurgia, membro da equipe sobrecarregado ou distraído, falta de comunicação entre o membro da equipe de enfermagem e da equipe médica. Ressalta-se a importância da notificação dos eventos adversos.
3- Velho JM, Treviso P. Implantação de programa de qualidade e acreditação: contribuições para a segurança do paciente e do trabalhador. Revista de Administração em Saúde. 2013.	Conhecer a opinião da enfermagem sobre a implantação da qualidade	Pesquisa qualitativa descritiva.	Capacitação e qualificação profissional contribuem para melhorias nas práticas e conhecimentos dos profissionais e estimula a busca por maior qualificação. Implantação de metas internacionais de segurança do paciente e ações educativas estimulam boas práticas.
4- Leitão IMTA, Oliveira RM, Leite SS, Sobral MC, Figueiredo SV, Cadete MC. Análise da comunicação de eventos adversos na perspectiva de enfermeiros assistenciais. Rev Rene. 2013.	Analisar o processo de comunicação de eventos adversos no contexto hospitalar.	Pesquisa qualitativa descritiva.	Há comunicação de eventos adversos e também subnotificação e análise inadequada dos casos; os enfermeiros desempenham papéis de educadores, mas não foram unânimes na identificação dos documentos indicados para registro dos eventos; e prevalece a cultura punitiva.
5- Bunkenborg G, Samuelson K, Akeson J, Poulsen I. <i>Impact of professionalism in nursing on in-hospital bedside monitoring practice.</i> Journal of Advanced Nursing. 2012.	Estudo que explora a prática de enfermagem monitoramento de pacientes internados	Estudo clínico qualitativo descritivo	Conhecimentos, competências e envolvimento impactam na prática clínica e monitoramento de cabeceira hospitalar. As iniciativas para melhorar a segurança: profissionalismo entre os enfermeiros, abraçar atributos individuais e organizacionais.
6 – Peterson TH, Teman SF,	Relatar a	Quali-	Redução estimada de 68% no

Connors RH. <i>A safety culture transformation: its effects at a children's hospital</i> . J Patient Saf. 2012.	experiência de melhorar a segurança do paciente pediátrico em um hospital, implementando processos e práticas de segurança mudando a cultura.	quantitativo	número de eventos de segurança, o cumprimento do feixe de pneumonia associada ao ventilador aumentou de 2% a 96%; a taxa de cumprimento de higiene das mãos aumentou de 56% para 95%. Erros de medicação com danos graves foram reduzidos. As principais estratégias incluída a formação de pessoal, treinamento em análise de causa raiz, classificação modo de falha de eventos e comportamento de segurança, a adoção de indicadores e liderança em enfermagem.
7- Di Benedetto A, et al <i>What causes an improved safety climate among the staff of a dialysis unit? Report of an evaluation in a large network</i> . J Nephrol. 2011.	Analisar o que provoca um clima de segurança entre os funcionários	Quantitativo	Promover a comunicação e a implementação de programas de treinamento, são considerados ferramentas válidas para melhorar a segurança.
8- Skoufalos A, et al. <i>Improving awareness of best practices to reduce surgical site infection: a multistakeholder approach</i> . American Journal of Medical Quality. 2012.	Descrever processo multilateral educacional para melhores práticas	Documental Qualitativo	Criou-se uma iniciativa educativa centrada no paciente que envolveu uma parceria entre todos os profissionais, pacientes e organização hospitalar por meio de um programa de formação.
9- Hillin E, Hicks RW. <i>Medication errors from an emergency room setting: safety solutions for nurses</i> . Crit Care Nurs Clin North Am. 2010.	Este artigo analisa métodos para reduzir os erros de medicação no setor de emergência	Estudo de caso: qualitativo	O erro mais frequentemente foi erro de medicação. A equipe de enfermagem nos serviços de emergência é inadequada para lidar com a sobrecarga de consultas de pacientes. O cuidado é fragmentado e métodos destinados a apoiar a segurança do paciente são comprometidos.
10- Gillespie BM, Chaboyer W, Longbottom P, Wallis M. <i>The impact of organizational and individual factors on team communication in surgery: a qualitative study</i> . Int J Nurs Stud. 2010.	Analisar fatores organizacionais e individuais que influenciam o trabalho em equipe	Qualitativo, utilizou a abordagem de teoria fundamental	O trabalho em equipe e comunicação eficaz é determinante para a segurança do paciente. O processo para melhorar a comunicação tem sido lento. Fundamentais o trabalho e a diversidade interdisciplinar, e a educação.

	na cirurgia.		
11- Teng CL, Dai YT, Shyu YI, Wong MK, Chu TL, Tsai YH. <i>Professional commitment, patient safety, and patient-perceived care quality.</i> J Nurs Scholarsh.2009.	Examinar como profissional influencia a segurança do paciente	Estudo transversal.	O compromisso profissional influenciou positivamente a segurança do paciente, bem como a qualidade da assistência global percebida pelo paciente. Além da influencia positiva em todos os indicadores de segurança
12- Chaboyer W, McMurray A, Johnson J, Hardy L, Wallis M, Chu S. <i>Bedside Handover: quality improvement strategy to "transform care at the bedside".</i> J Nurs Care Qual. 2009.	Analisar, sob a ótica de pacientes e enfermeiros suas percepções sobre <i>Handover</i>	Qualitativa.	Mudou de comunicação verbal para método handover, o que trouxe melhorias significativas para os pacientes; resultou em melhor planejamento de alta; compartilhar saberes; direcionamento das ações; direcionamento em transferências, além da melhoria na segurança e eficiência do trabalho em equipe.
13 – Gutierrez F, Smith K. <i>Reducing falls in a definitive observation unit: an evidence-based practice institute consortium project.</i> Crit Care Nurs Q. 2008.	Avaliar protocolo de prevenção de queda.	Descritivo qualitativo	Apesar da adoção do protocolo, taxas e ocorrência de queda permanecem altas. Motivo de queda é multifatorial e interdisciplinar. Os recursos humanos são elementos essenciais para a mudança das práticas que são vitais para redução.
14- McDonald R <i>et al.</i> <i>Rules and guidelines in clinical practice: a qualitative study in operating theatres of doctors' and nurses' views.</i> Qual Saf Health Care. 2005.	Explorar as atitudes em relação a orientações de médicos, enfermeiros de equipes cirúrgicas	Qualitativo, estudo comparativo	A opinião dos médicos sobre a contribuição de diretrizes para a segurança e para a prática clínica é diferente da opinião de enfermeiros. Médicos rejeitaram regras escritas. Enfermeiros aderem à diretriz como sinônimo de profissionalismo.
15- Antonoff MB, Berdan EA, Kirchner VA, Krosch TC, Holley CT, Maddaus MA, D’Cunha J. <i>Who’s covering our loved ones: surprising barriers in the sign-out process?</i> Am J Surg. 2013;205(1):77-84.	Avaliar as práticas de segurança do paciente e barreiras à comunicação.	Qualitativo, Com análise estatística	A implantação de diretriz não alcançou melhorias significativas. Não houve evidências de segurança do paciente na continuidade do cuidado. Necessária adequação das informações fornecidas ao paciente e a equipe de plantão. Novos esforços para melhorar os processos de handover são necessários.

## DISCUSSÕES

Perante a análise dos artigos foi possível construir duas categorias temáticas.

### **Ações para promoção da segurança do paciente**

Na análise dos estudos, constatou-se que ocorre o gerenciamento dos riscos com identificação dos eventos adversos, sendo destaque dentre as ações para promoção da segurança do paciente. Observou-se que os profissionais de saúde tendem a valorizar a descrição de eventos oriundos de riscos clínicos. Por outro lado, um estudo mostrou que os enfermeiros têm identificado a existência de riscos físicos, químicos e mecânicos que afetam o cuidado de enfermagem e que geram insegurança para o paciente assistido na instituição<sup>(12)</sup>.

No entanto, um único estudo mostrou que nem sempre há notificação e discussão acerca dos eventos adversos, e que ainda existe uma prevalência da cultura punitiva, o que promove a subnotificação<sup>(13)</sup>. Desse modo, constata-se a necessidade de tratar a notificação dos eventos como fonte de dados para promover melhorias na assistência, gerando maior segurança para o paciente e para o profissional.

Na análise do estudo, observou-se que as maiores preocupações dos profissionais em cuidado direto dos pacientes concentrou-se em risco mecânico: o risco de queda do leito, um indicador de qualidade da assistência de enfermagem.

O paciente com risco de queda deve ser identificado com precisão e o profissional aderir às práticas baseadas em evidências para a prevenção; além da adoção de protocolos de queda multifatorial interdisciplinar subsidiando o processo de planejamento, gestão e avaliação das ações de enfermagem por meio de práticas mais seguras e utilizando resultados do indicador de quedas<sup>(12,14-15)</sup>.

Portanto, por meio dos estudos observou-se que além do gerenciamento do risco, os enfermeiros tem adotado prática baseada em evidência no controle de queda, de infecção relacionada aos cuidados em saúde e os eventos adversos relacionados ao procedimento cirúrgico<sup>(12, 14-15)</sup>.

No âmbito da cirurgia segura, um estudo levantou como causa para a ocorrência de eventos adversos cirúrgicos falhas na rotina de programação de procedimentos eletivos (35,5%), falta de comunicação entre o membro da equipe de enfermagem e da equipe médica (32,2%), e despreparo da equipe para identificar as quase falhas (32,3%), o que poderia evitar que os eventos adversos ocorressem. Ainda nesse estudo, constatou-se que essas falhas são decorrentes da sobrecarga de trabalho da equipe de enfermagem, distração ou ocorrências na

unidade e passagem de plantão de forma desatenta<sup>(14)</sup>. Os achados revelam que deve haver uma integração da equipe multidisciplinar, comunicação efetiva, bem como uma corresponsabilização dos profissionais.

Neste sentido, com o intuito de mudar a cultura de segurança e a implementar processos, práticas e medidas que sustente as melhorias, um estudo desenvolvido em um Hospital infantil de 200 leitos mostrou melhorias significativas com adoção de indicadores, bem como a sua análise; identificação e discussão sobre a causa raiz, classificação das falhas, dos eventos, comportamentos de segurança e classificação de eventos graves<sup>(16)</sup>.

A utilização de indicadores tem possibilitado avaliar as melhorias com transparência, promovendo à incorporação de práticas seguras, com impacto em medidas clínicas e resultados de qualidade. Além disso, permite a realização de uma análise comparativa entre instituições semelhantes para ajudar a melhorar a segurança do paciente<sup>(16)</sup>.

Ainda nesse mesmo estudo evidenciou-se que após dois anos da iniciativa houve uma redução estimada de 68% no número de eventos. As pneumonias associadas à ventilação mecânica diminuíram drasticamente; taxa de cumprimento de higiene das mãos aumentou de 56% para 95%; o plano dos cuidados prestados aos pacientes subiu de 0% para 83% no prazo de 6 meses. Erros de medicação com danos graves também foram reduzidos<sup>(16)</sup>.

No âmbito da assistência de enfermagem os erros mais frequentes estão relacionados à administração de medicamento. Práticas para melhoria nesta área estão voltadas para a capacitação dos procedimentos básicos de administração de medicamentos com a equipe. A ocorrência de três casos de erros de medicação envolvendo o enfermeiro<sup>(17)</sup> reforçou a ideia de que esse erro pode ser identificado como uma falha no processo, podendo aumentar a morbidade e mortalidade do paciente.

O profissional precisa entender como o sistema de saúde pode contribuir para erros, ou seja, compreender melhor o serviço e todos os processos que envolvem a administração de medicação e assistência à saúde, além de permanecer vigilantes durante os períodos de administração de medicamentos<sup>(17)</sup>.

Assim, ações como a identificação de medicações de risco ou de alerta, conhecidos para a propensão de causar danos se mal utilizados, utilização de soluções tecnológicas, como bombas inteligentes ou outros dispositivos de assistência, examinar o armazenamento e a proximidade de dois produtos e acesso de produtos potencialmente perigosos, como os que

têm nomes semelhantes e a utilização do método de checar os itens corretos por dois enfermeiros, o *check-double*<sup>(17)</sup>, são medidas adotadas para a redução do erro de medicação.

No âmbito administrativo, este estudo mostrou que a instituição de saúde tem se apropriado de ferramentas como Relatórios de erro de medicação e Prevenção, que auxilia na padronização, avaliação e tendências de erros de medicação<sup>(17)</sup>. Bem como o uso de protocolos de *checklist*, além da aplicação de diretrizes atuais que auxiliam a reduzir erros, como por exemplo, em cirurgias, prevenindo a ocorrência de eventos adversos<sup>(18)</sup>.

Perante a análise dos estudos, verificou-se que para reduzir os erros na administração de medicamentos as melhores práticas a serem adotadas estão voltadas para a capacitação dos procedimentos básicos de administração de medicamentos com a equipe de enfermagem.

Em relação à prática clínica do enfermeiro, um estudo mostrou que um cuidado sem segurança e qualidade em enfermarias hospitalar pode levar a internações no CTI, à parada cardíaca ou morte. As estratégias de intervenção incluem ações assistenciais e gerenciais como medições frequentes de parâmetros vitais, conhecimento, habilidades, reflexões pessoais, comunicação e colaboração intra e interprofissional. A consciência profissional teve impacto decisivo na supervisão de enfermagem para melhorar a segurança do paciente<sup>(19)</sup>.

Além da consciência profissional, a implementação de diretrizes para o diagnóstico é considerada uma ferramenta efetiva para adequar as notificações, diagnósticos, avaliações, tratamento, e promoção do auto cuidado do paciente<sup>(15,20)</sup>. O comprometimento profissional e o atendimento de qualidade também influenciaram positivamente à segurança do paciente, melhorando todos os indicadores de segurança em relação às lesões, quedas, erros de medicação, documentações incompletas ou incorretas, atraso nos cuidados, exceto na taxa de infecção nosocomiais<sup>(21)</sup>.

Sobre o aspecto da comunicação, estudos apontaram a preocupação com a comunicação efetiva, de forma aberta e justa, e notificação do evento sem punição de indivíduos como princípios básicos da segurança do paciente<sup>(22-23)</sup> e que a situação deveria ser notificada aos responsáveis da unidade<sup>(23)</sup>. Um estudo envolvendo uma equipe cirúrgica associou a comunicação ao trabalho em equipe, tendo como base a educação, pois, ela melhora a comunicação e aumenta a compreensão profissional; determinantes para a segurança do paciente. Além disso, há uma relação entre os fatores organizacionais e individuais que influenciam na comunicação<sup>(22)</sup>.

Um estudo na Austrália identificou que a comunicação entre os profissionais da enfermagem não era efetiva, pois o tempo da transmissão da informação era desperdiçado com informações irrelevantes, havia desencontro dos profissionais, e alguns não viam seus pacientes até uma hora após o início do turno. Esses fatores contribuíram para a falta de informação sobre o paciente, incongruências no prontuário bem como informações insuficientes e para insegurança do paciente<sup>(24)</sup>.

Assim, na tentativa de mudar esse quadro, a instituição implantou a *bedside handover*, no qual os profissionais passaram a relatar os casos dos pacientes entre si e para o paciente, mantendo um canal aberto de comunicação, por meio do relacionamento com paciente e a transferência de responsabilidade entre a equipe. Desse modo, a linguagem compreensível é um elemento essencial para promover a segurança do paciente<sup>(18,24)</sup>.

Perante as discussões apresentadas fica evidente que práticas de segurança do paciente abrangem ações assistenciais, voltadas para a prática clínica, e ações gerenciais.

### **Segurança do paciente como processo cultural**

Promoção da segurança do paciente e qualidade envolvem a alta direção das instituições e seus colaboradores. Entretanto, um estudo mostrou que a segurança do paciente ainda não é vista como uma corresponsabilidade de toda a equipe multiprofissional<sup>(15)</sup>. Portanto, deve se instituir a segurança nas organizações enquanto processo cultural, promovendo comunicação efetiva e maior consciência dos profissionais com compromisso ético<sup>(12,14)</sup>.

Neste sentido, promover a comunicação e implementação de programas de treinamento são consideradas ações importantes<sup>(18,22,25)</sup>. As atividades de qualificação melhoram o desempenho da equipe e promovem tranquilidade e segurança para a realização do trabalho, necessitando comprometimento, empenho e planejamento, o que engloba estrutura, processos e resultados<sup>(26)</sup>, sendo os recursos humanos, o elemento essencial para mudanças das práticas e alcance de resultados diferenciados.

Assim, a implantação de um processo educacional, com abordagem multisetorial, com práticas baseadas em evidências, estratégias de ensino centrado no paciente, envolvendo ativamente pacientes, profissionais, organizações de saúde, hospitais, seguradoras de saúde, empregadores e outros interessados, podem proporcionar um clima necessário para criar e sustentar uma cultura de segurança<sup>(25)</sup>.

No Reino Unido, a Agência Nacional de Segurança do Paciente enfatiza a necessidade de instituições de saúde promover um conjunto compartilhado de crenças, atitudes e normas em relação ao que é visto como prática clínica segura. Há um implícito pressuposto que este conjunto compartilhado de crenças reduzirá a chance de o indivíduo aplicar seus próprios julgamentos sobre o que constitui prática clínica segura, baseada em procedimentos padronizados, o que promove uma cultura de segurança. Entretanto, relações de confiança com normas compartilhadas são mais positivas que imposição de regras e regulações<sup>(20)</sup>.

Embora a criação de uma "cultura de segurança" determine um conjunto compartilhado de crenças, atitudes e normas, os enfermeiros defendem a padronização, mas os médicos não. E por isso, são notados infratores. Os médicos podem, não necessariamente, considerar as diretrizes como legítimo, ou não identificam como regras. Inferindo que regras não escrita governam mais o comportamento clínico do médico<sup>(20)</sup>. Nesse sentido, pode-se inferir que essa incongruência de pensamento entre a equipe multiprofissional resulta em diferentes ações, atitudes e pensamentos, havendo a necessidade de se promover uma articulação entre os envolvidos em prol de práticas que gerem maior segurança ao paciente.

Ainda nesse sentido, um estudo ressaltou que os seguimentos de protocolos específicos, associados às barreiras de segurança nos sistemas, e principalmente, na educação permanente podem prevenir e reduzir riscos e danos nos serviços de saúde<sup>(12)</sup>. A implementação de programas de qualidade e acreditação estimulam boas práticas, favorecendo a mudança cultural das atividades de trabalho dos profissionais<sup>(26)</sup>.

Diante da análise dos estudos, constata-se que a instituição que deseja obter bons resultados e com qualidade, deve favorecer a cultura de segurança do paciente entre seus profissionais, o que significa considerar crenças, costumes e valores que influenciarão na conduta profissional.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os estudos selecionados evidenciaram que as ações gerenciais e assistenciais estão embasadas na administração de medicação, cirúrgica segura, queda do leito e principalmente na identificação dos riscos e evento adverso, com uso de diretrizes atuais, padronizações, a partir de resultado de indicadores. Entretanto, os estudos mostraram que muitas ações ainda estão no âmbito do que deve ser feito, e são poucos os estudos que relatam as melhorias

desenvolvidas no alcance às metas internacionais de segurança do paciente. Foram identificadas mais ações assistenciais e poucas gerenciais.

Percebe-se que a educação, com uma abordagem multiprofissional e intersetorial, e melhorias na comunicação, como cruciais no alcance de uma cultura de segurança do paciente. Considerando as metas internacionais de segurança, não foram encontrados estudos abordando identificação do paciente. A pesquisa teve como limitação abarcar apenas artigos completos indexados e disponíveis para acesso.

Conclui-se que soluções simples podem reduzir a possibilidade de erros no ambiente de cuidado à saúde e aumentar a segurança do paciente e do profissional. Em concordância com as conclusões de quase todos os estudos abordados, viu-se que dentro dessa temática ainda há muito que ser estudado e avaliado, sendo necessários outros estudos relacionados à segurança do paciente e as estratégias utilizadas, podendo auxiliar enfermeiros a desenvolver ações adequadas à prevenção de erros e implantação da cultura de segurança nos hospitais.

## REFERÊNCIAS

1Institute of Medicine (IOM). To err is human: building a safer health system. Washington DC: National Academic Press; 1999.

2Organização Mundial da Saúde. Segundo desafio global para a segurança do paciente: cirurgias salvam vidas: orientações para cirurgia segura da OMS. Tradução de Marcela Sanches Nilo e Irma Angelica Duran. Organização Pan-Americana da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Rio de Janeiro (RJ); 2009

3Runciman W, Hibbert P, Thomson R, Van DST, Sherman H, Lewalle P. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. Int J Qual Health Care. 2009; 21(1): [online] [acesso em 30 dez 2014]. Disponível em: doi: [10.1093/intqhc/mzn057](https://doi.org/10.1093/intqhc/mzn057)

4Franco JN, Ribeiro G, D'innocenzo M, Barros BPA. Percepção da equipe de enfermagem sobre fatores causais de erros na administração de medicamentos. Rev Bras Enferm. 2010; 63(6): [online] [acesso em 22 set 2014]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000600009>

5Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Washington DC: National Academy Press; 2000.

6World Health Organization (WHO). World Alliance for Patient Safety. Forward Program. 2006-2007 [online] [acesso em 26 set 2014] Disponível em: [http://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/WHO\\_EIP\\_HDS\\_2006.1.pdf](http://www.who.int/patientsafety/information_centre/WHO_EIP_HDS_2006.1.pdf)

7Feldman LB. O gestor da área de gerenciamento de riscos. In Alves VLS, Feldman LB, organizadores. Gestores da saúde no âmbito da qualidade. 1ªed. São Paulo: Martinari; 2011.

8World Health Organization (WHO). World Alliance for Patient Safety. Forward Program. 2005. [online] [acesso em 26 junho 2014]. Disponível: [http://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/reports/Alliance\\_Forward\\_Programme\\_2005.pdf](http://www.who.int/patientsafety/information_centre/reports/Alliance_Forward_Programme_2005.pdf)

9Bradley D, Dixon JF. Staff nurses creating safe passage with evidence-based practice. *Nurs Clin North Am.* 2009; 44(1):[online] [acesso em 20 dez 2014] Disponível em: doi: 10.1016/j.cnur.2008.10.002.

10Antonoff MB, Berdan EA, Kirchner VA, Krosch TC, Holley CT, Maddaus MA, *et al.*. Who's covering our loved ones: surprising barriers in the sign-out process. *Am J Surg.* 2013; 205(1): [online] [acesso em 22 dez 2014] Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjsurg.2012.05.009>

11Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2008; 17(4): [online] [acesso em 20 dez 2014]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>

12Oliveira RM, Leitão IMTA, Silva LMS, Figueiredo SV, Sampaio RL, Gondim MM. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidência. *Esc Anna Nery.* 2014; 18(1): [online] [acesso em 28 ago 2014]. Disponível em: doi:10.5935/1414-8145.20140018

13Leitão IMTA, Oliveira RM, Leite SS, Sobral MC, Figueiredo SV, Cadete MC. Análise da comunicação de eventos adversos na perspectiva de enfermeiros assistenciais. *Rev Rene.* 2013;14(6):[online] [acesso em 28 ago 2014] Disponível em:

14Bohomol E, Tartali JA. Eventos adversos em pacientes cirúrgicos: conhecimento dos profissionais de enfermagem. *Acta Paul Enferm.* 2013; 26(4):[online] [acesso em 28 ago 2014] Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000400012>

15Gutierrez F, Smith K. Reducing falls in a definitive observation unit: an evidence-based practice institute consortium project. *Crit Care Nurs Q.*2008;31(2): [online] [acesso em 29 nov 2014]. Disponível: doi: 10.1097/01.CNQ.0000314473.72001.b4.

16Peterson TH, Teman SF, Connors RH. A Safety Culture Transformation: Its Effects at a Children's Hospital. *J Patient Saf.*2012;8(3): [online] [acesso em 27 set 2014] 8(3):125-130. Disponível: doi: 10.1097/PTS.0b013e31824bd744

17Hillin E, Hicks, RW. Medication errors from an emergency room setting: safety solutions for nurses. *Crit Care Nurs Clin N Am.* 2010;22(2):[online] [acesso em 26 nov 2014]. Disponível: doi: 10.1016/j.ccell.2010.03.011.

18Antonoff MB, Berdan EA, Kirchner VA, Krosch TC, Holley CT, Maddaus MA, *et al.* Who's covering our loved ones: surprising barriers in the sign-out process. *Am J Surg.* 2013; 205(1): [online] [acesso em 23 nov 2014] Disponível: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjsurg.2012.05.009>

19Bunkenborg G, Samuelson K, Akeson J, Poulsen I. Impact of professionalism in nursing on in-hospital bedside monitoring practice. *J Adv Nurs*. 2013;69(7): [online] [acesso 26 out 2014]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.12003>

20McDonald R, Waring J, Harrison S, Walshe K, Boaden R. Rules and guidelines in clinical practice: a qualitative study in operating theatres of doctors' and nurses' views. *Qual Saf Health Care*. 2005;14(4):[online] [acesso em 23 nov 2014]. Disponível: 10.1136/qshc.2005.013912

21Teng CL, Dai YT, Shyu YI, Wong MK, Chu TL, Tsai YH. Professional Commitment, patient safety, and patient-perceived care quality. *J Nurs Scholarsh*.2009;41(3): [online] [acesso em 27 nov 2014]. Disponível em: doi: 10.1111/j.1547-5069.2009.01289.x

22Gillespie BM, Chaboyer W, Longbottom P, Wallis M. The impact of organisational and individual factors on team communication in surgery: a qualitative study. *Int J Nurs Stud*. 2010; 47:[online] [acesso em 28 ago 2014]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.11.001>

23Di Benedetto A, Pelliccia F, Moretti M, d'Orsi W, Starace F, Scatizzi L, *et al*. What causes an improved safety climate among the staff of a dialysis unit? Report of an evaluation in a large network. *J Nephrol*. 2011;24(5): [online] [acesso em 28 nov 2014]. Disponível: DOI: 10.5301/JN.2011.6306

24Chaboyer W, McMurray A, Johnson J, Hardy L, Wallis M, Sylvia Chu FY. Bedside handover: quality improvement strategy to “transform care at the bedside”. *J Nurs Care Qual*. 2009; 24(2):[online] [acesso em 28 nov 2014]. Disponível em: doi: 10.1097/01.NCQ.0000347450.90676.d9.

25Skoufalos A, Clarke JL, Napp M, Abrams KJ, Berman B, Armellino D, *et al*. Improving awareness of best practices to reduce surgical site infection: a multistakeholder approach. *Am J Med Qual*. 2012;27(4) [online] [acesso em 27 nov 2014]. Disponível em: DOI: 10.1177/1062860611422122

26Velho JM, Treviso P. Implantação de programa de qualidade e acreditação: contribuições para a segurança do paciente e do trabalhador. *Rev Adm Saúde*. 2013;15(60): [online] [acesso em 22 de set 2014] Disponível em:

## APÊNDICE B - Roteiro de entrevistas

**Identificação:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_\_

**Entrevista nº** \_\_\_\_\_ **Início:** \_\_\_\_\_ **Término:** \_\_\_\_\_

**Função:** \_\_\_\_\_

**Formação acadêmica:** \_\_\_\_\_

**Tempo de formado:** \_\_\_\_\_

**Pós-graduação:** \_\_\_\_\_

**Tempo atuando na instituição:** \_\_\_\_\_

**Atuando no NSP? Tempo de atuação:** \_\_\_\_\_

**Outro vínculo profissional: Sim** \_\_\_ **Não** \_\_\_

**Teve conhecimento prévio sobre segurança do paciente antes de trabalhar nesse serviço?**

**Onde?** \_\_\_\_\_

1. O que você entende por segurança do paciente?
2. Como você avalia a segurança do paciente nesta instituição?
3. Você pode citar os principais riscos relacionados assistência à saúde, que você identifica?
4. Como acontecem as suas ações e suas práticas para alcançar a segurança do paciente no seu trabalho.
5. Fale sobre as mudanças que aconteceram no seu trabalho com a proposta de segurança do paciente e o NSP.
6. Fale sobre as estratégias de trabalho/gestão, práticas, incluindo as ferramentas de gestão que você e sua equipe utilizam para o alcance das metas de segurança do paciente.
7. Quais as facilidades e dificuldades encontradas no seu cotidiano de trabalho para alcançar as metas de segurança do paciente?
8. Como vocês avaliam a participação e interação da equipe multidisciplinar no alcance das metas de segurança do paciente?
9. Como você avalia a importância da existência de Comissões e Comitês Hospitalares nesta Instituição? Você é membro/integrante de alguma Comissão ou Comitê Hospitalar? Quais seriam as contribuições das mesmas para a Segurança do Paciente?
10. Fale um pouco sobre a notificação de EA na instituição. Qual a importância da realização de notificações de incidentes e eventos adversos para a Segurança do Paciente?

### **APÊNDICE C - Roteiro para observação de diário de campo**

1. As relações que se estabelecem entre a equipe multiprofissional no Núcleo de segurança do paciente e suas implicações no cuidado seguro.
2. O cumprimento da RDC 36 e o conhecimento dos atores sobre a segurança do paciente.
3. O cotidiano das práticas de saúde e de Enfermagem voltadas para a segurança do paciente.
4. O trabalho, as condições de trabalho, estratégias e ferramentas de gestão construídas para alcance das metas de segurança do paciente.
5. Observar a inclusão da segurança do paciente nas estratégias/planejamento do hospital: objetivos para a melhoria da qualidade e segurança do paciente? Observar a Inclusão da segurança do paciente na agenda \reuniões
6. Foram apontados líderes (e substitutos) em segurança do paciente no hospital? As pessoas identificam esses líderes? Os administradores do hospital sabem sobre a segurança do paciente?
7. Observar se a equipe de enfermagem identifica grupo estabelecido dentro do hospital para o desenvolvimento do programa de qualidade e segurança do paciente.
8. Observar se a equipe de enfermagem conhece a política nacional hospitalar de segurança do paciente
9. Observar as auditorias nos efeitos adversos e suas implicações na prática de saúde e de enfermagem
10. Observar a Segurança do paciente nos planos de capacitação hospitalares.
11. Linguagem e comportamento corporal utilizado na maioria do tempo.

## APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Andréia Guerra Siman, doutoranda da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais gostaria de convidar você a participar de uma pesquisa intitulada “Práticas de profissionais de saúde no contexto da implantação da segurança do paciente: entre o prescrito e o real”, sob coordenação da Professora Dra. Maria José Menezes Brito, professora na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

O estudo tem por **objetivo** compreender a dimensão prescrita e real das práticas de profissionais de saúde no contexto da implantação da Segurança do Paciente. Trata-se de uma pesquisa qualitativa e a coleta de dados será realizada por meio de entrevistas e observação. Para falar sobre isso, você deverá responder algumas perguntas sobre o que você entende por segurança do paciente; como você avalia a segurança do paciente nesta instituição; como acontecem as suas ações e suas práticas para alcançar a segurança do paciente no seu trabalho. Falar sobre as mudanças que aconteceram no seu trabalho com a proposta de segurança do paciente e as estratégias de gestão, incluindo as ferramentas de gestão que você e sua equipe utilizam para o alcance das metas de segurança do paciente; suas facilidades e dificuldades; e como você avalia a participação e interação da equipe multidisciplinar no alcance das metas de segurança do paciente?

Se você permitir, suas respostas serão gravadas em um gravador para que seja fiel às respostas que você deu quando for transcrevê-las e você poderá escutar, se assim o desejar. Se você permitir gostaria de acompanhá-lo durante um tempo de sua rotina profissional, para observar como ela acontece e anotar em um caderno, chamado de diário de campo, que você poderá ler depois para autorizar sua utilização ou não. Espera-se que esta pesquisa possa contribuir para o avanço da segurança do paciente nas instituições hospitalares.

Os riscos de participação são mínimos e caso você se sinta constrangido em dar respostas, afirmo que sua colaboração é voluntária e o seu anonimato será garantido. Firmo o compromisso de que suas respostas serão utilizadas apenas para fins desta pesquisa e de artigos que poderão ser publicados, e as gravações e o diário de campo ficarão sob minha responsabilidade por um período de 5 anos e depois serão destruídos.

Em qualquer momento da pesquisa, você poderá fazer perguntas, caso tenha dúvidas, tanto pessoalmente como no telefone indicado abaixo, e pode retirar sua permissão e autorização para participar, além de não permitir a posterior utilização dessas respostas, sem nenhum ônus ou prejuízo em relação a seu trabalho. Reafirmo que em qualquer situação seu atendimento não será prejudicado e que você não terá nenhum gasto extra e nem mesmo será pago pelas informações.

Você pode contatar o Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP/UFMG), onde você pode solicitar esclarecimentos sobre questões éticas relacionadas à pesquisa, pelo telefone e endereço abaixo. Se estiver de acordo e as declarações forem satisfatórias, favor assinar o presente termo, em duas vias, dando seu consentimento para a participação como voluntário dessa pesquisa, sendo que uma cópia ficará em seu poder.

Atenciosamente,

---

Andréia Guerra Siman e/ou Maria José Menezes Brito

Declaro ter recebido informações suficientes e estou de acordo em participar desta pesquisa.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Contatos: Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (COEP): Av. Pres. Antônio Carlos, nº 6627. Unidade Administrativa II, 2º andar, sala 2005, Bairro Pampulha, Belo Horizonte/MG. CEP: 31.270-901. Tel: (31) 3409-4592. Andréia Guerra Siman ou Profª Dra. Maria José Menezes Brito Tel: (31) 3409-9849 ou 3409- 8000. Escola de Enfermagem UFMG

## ANEXO A- Aprovação do CEPE do Hospital



**HOSPITAL SÃO JOÃO BATISTA**  
*Comissão de Ensino, Pesquisa e Extensão- CEPE*

Viçosa, 13 de fevereiro de 2015.

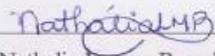
**De:** Comissão de Ensino Pesquisa e Extensão – HSJB  
**Para:** Comitê de Ética em Pesquisa - UFMG

**Ofício 01/2015**

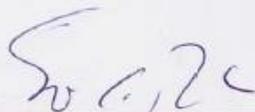
*Ref.: aprovação de projeto*

Venho comunicar que o Projeto de pesquisa de Doutorado em Enfermagem, encaminhado pelo Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, da aluna Andréia Guerra Siman, sob orientação da Professora Dra. Maria Jose Menezes Brito, com o título “PRATICAS COTIDIANAS DE PROFISSIONAIS DE SAUDE NO CONTEXTO DA IMPLANTAÇÃO DA SEURANÇA DO PACIENTE: ENTRE O PRESCRITO E O REAL” foi aprovado pela Enfermeira, Diretor Administrativo e Comissão de Ensino, Pesquisa e Extensão - CEPE do Hospital São João Batista. Aguardamos liberação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG para início das atividades.

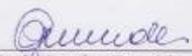
Atenciosamente,

  
 Nathalia Lorena Martins Brombini  
 Enfermeira SCIH/CCIH  
 COREN-MG 258330-Enf.

Nathalia Lorena Brombini  
Enfermeira da CCIH - HSJB

  
 Sérgio Cardoso Pinheiro  
 Diretor Administrativo  
 Hospital São João Batista  
 CPF: 424.586.506-78

Sérgio Cardoso Pinheiro  
Diretor Administrativo - HSJB

  
 Carla Iamin Gomide  
 Presidente CEPE

**PRESIDENTE DA COMISSÃO DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO - CEPE**

**ANEXO B – Aprovação do COEP UFMG**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** PRÁTICAS COTIDIANAS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO CONTEXTO DA IMPLANTAÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE: ENTRE O PRESCRITO E O REAL

**Pesquisador:** Maria José Menezes Brito

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 44109015.0.0000.5149

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.072.502

**Data da Relatoria:** 20/05/2015

**Apresentação do Projeto:**

O Núcleo de Segurança do Paciente é uma instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente. Os serviços de saúde receberam um prazo para iniciar a notificação mensal dos eventos adversos, a partir da publicação da Resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicada em 2013, que institui as ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde. O objetivo do Núcleo é a melhoria contínua dos processos de cuidado e uso de tecnologias da saúde, disseminação da cultura de segurança, promoção de mecanismos para identificação e avaliação da existência de não conformidade nos processos e procedimentos realizados. Os profissionais de saúde e, principalmente, os que ocupam posição de gerente, necessitam da implantação e apropriação de ferramentas para garantir que todas as etapas do processo sejam cumpridas.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Compreender a dimensão prescrita e real das práticas de profissionais de saúde no contexto da implantação da Segurança do Paciente