



GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO



HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO S.A. (Matriz) CNPJ 92.787.118/0001-20 - Av. Francisco Trein, 596 F. 33572000 - Porto Alegre - RS - CEP 91350 200
Filiais: Hospital Fêmeina, Hospital Cristo Redentor, Hospital Criança Conceição, Unidade de Pronto Atendimento Zona Norte Moacyr Scliar, Unidade de Saúde Santíssima Trindade, Unidade de Saúde Parque dos Maias, Unidade de Saúde Nossa Senhora Aparecida, Unidade de Saúde Jardim Leopoldina, Unidade de Saúde Floresta, Unidade de Saúde Divina Providência, Unidade de Saúde Costa e Silva, Unidade de Saúde COINMA, Unidade de Saúde Barão de Bage, Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - CETPS, Centro de Atenção Psicossocial I - Infantil, Unidade de Saúde SESC, Centro de Atenção Psicossocial II - Adulto, Unidade de Saúde Conceição, Unidade de Saúde Jardim Itu e Centro de Atenção Psicossocial III - Álcool e Drogas.
Vinculado ao Ministério da Saúde - Decreto 99244/90



RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE – GHC TRABALHO DE CONCLUSÃO DA RESIDÊNCIA PROGRAMA DE GESTÃO EM SAÚDE

CULTURA DA SEGURANÇA DO PACIENTE: PERCEPÇÕES DE TRABALHADORES ASSISTENCIAIS DE UM HOSPITAL DE ENSINO DO RIO GRANDE DO SUL.

Residente: Andréia Ivete Feil
Orientador: Eduardo Neubarth Trindade
Coorientador: Micheli Regina Etges

Porto Alegre, fevereiro de 2020.



GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO



HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO S.A. (Matriz) CNPJ 92.787.118/0001-20 - Av. Francisco Trein, 596 F. 33572000 - Porto Alegre - RS - CEP 91350 200
Filiais: Hospital Fêmeina, Hospital Cristo Redentor, Hospital Criança Conceição, Unidade de Pronto Atendimento Zona Norte Moacyr Scliar, Unidade de Saúde Santíssima Trindade, Unidade de Saúde Parque dos Maías, Unidade de Saúde Nossa Senhora Aparecida, Unidade de Saúde Jardim Leopoldina, Unidade de Saúde Floresta, Unidade de Saúde Divina Providência, Unidade de Saúde Costa e Silva, Unidade de Saúde COINMA, Unidade de Saúde Barão de Bage, Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - CETPS, Centro de Atenção Psicossocial I - Infantil, Unidade de Saúde SESC, Centro de Atenção Psicossocial II - Adulto, Unidade de Saúde Conceição, Unidade de Saúde Jardim Itu e Centro de Atenção Psicossocial III - Álcool e Drogas.
Vinculado ao Ministério da Saúde - Decreto 99244/90



Andréia Ivete Feil

CULTURA DA SEGURANÇA DO PACIENTE: PERCEPÇÕES DE TRABALHADORES ASSISTENCIAIS DE UM HOSPITAL DE ENSINO DO RIO GRANDE DO SUL.

Trabalho de Conclusão da Residência Multiprofissional em Saúde – Programa de Gestão em Saúde, do Grupo Hospitalar Conceição.

Orientador: Eduardo Neubarth Trindade

Coorientadora: Micheli Regina Etges

Porto Alegre, fevereiro de 2020.

CULTURA DA SEGURANÇA DO PACIENTE: PERCEPÇÕES DE TRABALHADORES ASSISTENCIAIS DE UM HOSPITAL DE ENSINO DO RIO GRANDE DO SUL.

RESUMO:

Objetivo: conhecer a percepção dos profissionais da assistência direta sobre a segurança do paciente num hospital de ensino de nível terciário do Rio Grande do Sul. **Método:** trata-se de um estudo descritivo, transversal, de abordagem qualitativa envolvendo equipe multiprofissional. Utilizou-se uma entrevista semiestruturada para a coleta de informações as quais foram analisadas por meio de análise de conteúdo. **Resultados:** através da análise dos resultados verificou-se que os profissionais possuem uma compreensão satisfatória acerca da definição de segurança do paciente e que utilizam estratégias para desenvolver um cuidado mais seguro. Todavia, constataram-se fragilidades no nível estrutural, de processos, nas relações entre as equipes, resistências e falta de comprometimento de integrantes das equipes de trabalho, o que afeta negativamente a disseminação da cultura da segurança, bem como a motivação dos profissionais para contribuírem para melhorias no contexto onde o cuidado ocorre. **Conclusão:** os resultados demonstraram lacunas para a cultura de segurança positiva. Sugere-se a utilização desses resultados para a implementação de ações para a promoção da cultura de segurança e novos estudos complementares com amostra de todos os segmentos de trabalhadores.

DESCRIPTORES: Segurança do Paciente; Cultura Organizacional; Assistência à Saúde.

CULTURE OF PATIENT SAFETY: PERCEPTIONS OF ASSISTANCE WORKERS IN A TEACHING HOSPITAL IN RIO GRANDE DO SUL.

ABSTRACT:

Objective: to know the perception of direct care professionals on patient safety in a tertiary teaching hospital in Rio Grande do Sul. **Method:** this is a descriptive, cross-sectional study with a qualitative approach involving a multiprofessional team. **Results:** through the analysis of the results, it was found that professionals have a satisfactory understanding of the definition of patient safety and that they use strategies to develop safer care. However, weaknesses were found at the structural level, in processes, in the relationships between the teams, resistance and lack of commitment by members of the work teams, which negatively affects the dissemination of the safety culture, as well as the motivation of professionals to contribute to improvements in the context where care occurs. **Conclusion:** the results demonstrated gaps for a positive safety culture. It is suggested the use of these results for the implementation of actions to promote the safety culture and new complementary studies with a sample of all segments of workers.

KEYWORDS: Patient Safety; Organizational culture; Health Assistance.

INTRODUÇÃO

As ações da assistência à saúde segura devem envolver aspectos técnico-científicos e um conjunto de elementos que marcam a cultura organizacional de cada serviço, em particular de cada organização hospitalar. As instituições hospitalares são consideradas, entre as organizações existentes, uma das mais complexas e vêm cada vez mais incorporando tecnologias e técnicas elaboradas, acompanhadas de riscos adicionais na prestação de assistência aos pacientes. Ademais, a atividade principal dos serviços se dá por meio da interação entre os setores envolvidos e, diante disso, há necessidade de alinhar os processos operacionais de forma eficiente e eficaz para proporcionar um cuidado ao paciente com responsabilidade, qualidade e segurança, suprimindo a demanda do atendimento para o qual buscou o serviço (SILVA e ROSA, 2016; BRANDÃO; BRITO e BARROS, 2018).

Todavia, a construção e a concretização da cultura de segurança precisa considerar as diferenças entre os subgrupos das organizações, assim como os princípios, atitudes, valores coletivos e individuais, o comprometimento e envolvimento da alta gestão executiva com a segurança que influenciam diretamente no cotidiano (SILVA e ROSA, 2016).

A Segurança do Paciente (SP) é definida como a redução ao mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde (BRASIL, 2013; BRASIL, 2014). Um dos marcos do fortalecimento da atuação na SP a nível mundial foi estabelecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2004, por meio da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (*World Alliance for Patient Safety*). No Brasil, em 2013, o Ministério da Saúde (MS) lançou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). As duas iniciativas buscam desenvolver o reconhecimento da importância do pensar crítico, por meio de estímulo a estudos para conhecer as diferentes realidades e criar estratégias para diminuir a insegurança assistencial que afeta de forma negativa todos os países nos diferentes níveis de desenvolvimento, assim como hospitais públicos, filantrópicos e privados (REIS e LAGUARDIA, 2013; BRASIL, 2014).

Todavia, mesmo com as iniciativas e os esforços para prevenir, monitorar e reduzir a incidência de riscos e de eventos adversos (EA) nos atendimentos prestados, ainda é notório que a implementação é mais lenta do que o previsto e os sistemas de saúde continuam a operar com reduzido grau de confiabilidade, principalmente nos países em desenvolvimento (COUTO et al., 2018).

As pesquisas norte-americanas mais recentes expõem que os óbitos decorrentes de EA relacionados à assistência em seus hospitais, mostram números expressivos, com estimativas entre 210.000 a 400.000 óbitos por ano, números estes que colocam os eventos adversos como a terceira causa em mortalidade. Os estudos brasileiros, embora em um número ainda incipiente, também demonstram números alarmantes. Um levantamento realizado em hospitais brasileiros no ano de 2017 mostrou que cerca de 1.299.540 de pacientes apresentaram pelo menos um EA relacionado à assistência hospitalar durante seu tratamento, o que representa 6,69%, de um total 19.432.818 hospitalizações em todo o território brasileiro (COUTO et al., 2018; PRATES et al., 2019).

Partindo desse cenário, se reforça a importância da disseminação da cultura da segurança do paciente nos serviços de saúde, para que hajam esforços e cooperação de forma coletiva de todos que estão inseridos nela. Considerando tais aspectos, conhecer a realidade das instituições quanto à compreensão da cultura da SP é fundamental, para que a partir disso, se possa trabalhar de forma conjunta com toda a estrutura já existente para desenhar estratégias objetivando a promoção da segurança do paciente.

O objetivo do presente estudo é conhecer a percepção de profissionais da assistência direta sobre a segurança do paciente num hospital de ensino de nível terciário do Rio Grande do Sul.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, transversal, de abordagem qualitativa. O campo de pesquisa envolveu uma instituição hospitalar que é voltada à saúde feminina, abrangendo cuidados de pré-natal, parto, atenção aos recém-nascidos e às

mães com alguma complicação. Além disso, atua no manejo de doenças femininas graves, como câncer de mama, além de outros cânceres ginecológicos e outras alterações ginecológicas. A coleta de dados ocorreu no mês de abril de 2019, nas unidades de internação, UTI adulto e neonatal, bloco cirúrgico, centro obstétrico e emergência. A amostra envolveu profissionais da equipe multiprofissional da assistência direta.

Os critérios de inclusão para o estudo foram: ser profissionais da equipe multiprofissional de enfermagem de nível técnico e superior, medicina e residentes de medicina que atuam diretamente na assistência.

A configuração da amostra foi realizada a partir de uma lista de todos os profissionais ativos, sendo selecionadas somente as categorias dos profissionais definidos. Para o sorteio foi utilizado um site especializado em sorteios. Foram incorporados os informantes que aceitaram participar mediante assinatura do termo de consentimento livre esclarecido.

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi uma entrevista semiestruturada composta por 14 questões, dividida em duas partes, desenvolvida pela própria pesquisadora, após aplicação de pré-teste para avaliar adequação em relação aos objetivos. A primeira parte foi composta por 10 questões para caracterização dos informantes. A segunda parte foi constituída por quatro perguntas abertas envolvendo a percepção sobre a segurança do paciente, individual e a nível institucional, dificuldades no cotidiano e o envolvimento dos colegas na prevenção de eventos adversos. A entrevista foi realizada nas áreas de atuação dos profissionais em local reservado, de forma individual, gravada e posteriormente transcrita.

Como critério para definir a amostra utilizou-se a saturação de dados, onde a amostra final foi constituída por 18 profissionais da equipe multiprofissional sendo: 33% técnicos de enfermagem, 28% médicos, 22% enfermeiros e 17% residentes de medicina. Os dados das questões fechadas foram tabulados no *Excel* 2016 da *Microsoft Windows* e os dados qualitativos foram analisados pelo método de Análise de Conteúdo.

O estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição, sob CAEE nº 05869418.7.0000.5530 e seguiu todas as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Observou-se que a amostra dos participantes se constituiu predominantemente pelo sexo feminino - 73%. Esse achado é uma constante nos estudos que envolvem a área da saúde, uma vez que a prevalência de mulheres nesse campo é uma realidade. A média de idade foi de 40 anos, sendo a idade mínima 25 e a máxima 65 anos. A área de atuação mais frequente foi a Enfermaria Oncológica, 26%, seguida da UTI Adulta, com 21%, obstetrícia/alojamento conjunto 16%, Emergência e Enfermaria de Ginecologia 11% cada e as Unidades do Bloco Cirúrgico, Centro Obstétrico e UTI Neonatal 5% ambas. Quanto ao tempo de trabalho no hospital pesquisado, observou-se que a maioria dos informantes atua há menos de 1 ano, entre 1 e 5 anos; e de 6 anos a 10 anos 26% para cada um, seguido de 11 a 15 anos 16% e somente 5% com 21 anos ou mais. No que diz respeito ao grau de instrução, obteve maior percentual a pós-graduação 33%. Com 17% surgiram o médio técnico, superior completo e incompleto, mestrado 11% e doutorado 6%.

A partir da análise das perguntas abertas obteve-se a identificação de quatro temas principais, com seus respectivos subtemas que serão apresentados e discutidos, utilizando tabelas com dados numéricos, correlacionados com a análise de conteúdo. O primeiro tema envolve a compreensão dos profissionais sobre segurança do paciente, onde serão destacados os subtemas relativos ao conhecimento conceitual sobre a temática por parte dos profissionais. O segundo tema se refere às atitudes concernentes à segurança do paciente, onde destacamos os subtemas a respeito das ações identificadas pelos pesquisados no cotidiano do trabalho que se relacionam com SP. No terceiro serão abordadas as dificuldades identificadas no trabalho, com subtemas que traduzem as fragilidades elencadas tanto de estrutura quanto de processos, relacionamento e trabalho em equipe. O quarto tema trará os resultados sobre a percepção do envolvimento da equipe na prevenção de eventos adversos.

Compreensão dos profissionais sobre Segurança do Paciente

Ao avaliar as respostas quanto à compreensão por parte dos informantes sobre a Segurança do Paciente é perceptível que os profissionais entrevistados possuem um bom entendimento sobre o assunto, uma vez que todas as referências apresentadas na Tabela 1 estão diretamente relacionadas à temática da pesquisa. A noção clara e relativamente abrangente diante de estratégias e conceitos da SP surge como um ponto positivo, por mostrar que existem saberes importantes por parte dos profissionais. Há de se ressaltar, no entanto, que o conhecimento teórico seja correlacionado às melhores práticas no dia a dia de atuação e de forma coletiva para que se obtenham melhorias e o desenvolvimento da cultura institucional.

Tabela 1- Dados da compreensão dos profissionais sobre Segurança do Paciente.

Compreensão dos profissionais sobre Segurança do Paciente	n (18)	%
Referência às metas internacionais de segurança do paciente	7	28
Diminuir erros que podem trazer prejuízos	6	24
Assistência correta	5	20
Sinônimo de não erro ou dano	4	16
Ações que promovam assistência de qualidade e segurança	3	12

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

No compilado extraído das entrevistas, 28% dos entrevistados relacionam Segurança do Paciente fazendo *referência às metas internacionais de segurança do paciente*. Essa constatação mostra que de alguma forma a SP está introjetada no cotidiano de atuação dos profissionais, embora não seja possível inferir que haja uma compreensão ampla e evidência de uma cultura institucional positiva de segurança. A seguir, a descrição das falas demonstra os resultados.

Eu entendo como SP primeiramente a identificação, quando tu chamar, confirma o nome e o sobrenome e confere [...] na tela do computador ou na pulseira de identificação do paciente (enfermeiro 1).

Sobre SP o que me vem na cabeça [...] muito é o checklist da cirurgia segura, identificação do paciente [...] (residente médico 3).

A partir das falas, se confirma que os profissionais integram as metas nas ações realizadas junto aos pacientes sob seus cuidados, e essas atitudes contribuem significativamente para uma assistência mais segura, visto que elas foram desenvolvidas e disseminadas de forma mundial, por serem identificadas como áreas críticas na avaliação das causas da insegurança assistencial, além disso, são práticas norteadoras fundamentais na elaboração de estratégias que ampliem o entendimento e as atitudes sobre segurança do paciente (WHO, 2005; JCI, 2011).

Frente a essas reflexões, é importante considerar que a utilização de estratégias amplamente disseminadas, conhecidas e com base científica estabelecida, como são as metas internacionais de segurança do paciente, tendem a ter maior aceitação e fortalecimento no desenvolvimento de atitudes institucionais e não somente individuais, viabilizando um cuidado mais seguro. Além disso, são passíveis de adaptação às realidades das organizações de saúde, oportunizando assim, a participação ativa dos profissionais, no desenvolvimento a partir de normativas e protocolos específicos para facilitar a integração nas condutas de todos os envolvidos no cuidado direto e/ou indireto ao paciente (NETA et al., 2018).

A segunda conceituação mais representativa de compreensão de segurança do paciente foi *diminuir erros que podem trazer prejuízos*, 24%, e pode ser confirmado nas falas a seguir:

[...] a ideia é tu tentar minimizar os erros e a mortalidade relacionada à assistência. [...] isso envolve todo mundo, assistência do grupo todo, processo de trabalho como um todo (médico 5).

[...] a SP é a minimização dos erros e fatos que podem prejudicar o paciente, os números comprovam que os erros dificilmente vão ser extintos, mas esse é o trabalho fundamental da segurança do paciente, minimizar os erros (técnico de enfermagem 5).

Diante desses discursos, constata-se uma concepção ampliada, realista e de autorresponsabilidade quanto à segurança do paciente por parte dos profissionais, sendo esta compreensão de grande relevância para a construção de um ambiente propício para o desenvolvimento e o fortalecimento da cultura de segurança. Além disso, esse conceito está ligado ao princípio básico da SP, de *causar o menor dano possível diante da disponibilidade assistencial da instituição*. A caracterização de causar o menor dano possível é referente àquilo

que é viável diante do conhecimento atual, dos recursos disponíveis e do contexto em que a assistência é realizada frente ao risco de não-tratamento, ou outro tratamento. Assim sendo, a SP prevê a redução de atos inseguros nos processos assistenciais e uso das melhores práticas descritas de forma a alcançar os melhores resultados possíveis para o paciente, profissional, família e instituição (BRASIL, 2013; BRASIL, 2014).

Outro ponto que é determinante para a cultura de SP e que precisa ser destacado é a clareza apresentada por parte dos profissionais, sobre a necessidade de envolvimento de todos para uma atenção em saúde segura, convergindo com a literatura, que explicita que é preciso que a instituição como um todo consiga inculcar valores, atitudes, percepções e competências individuais e grupais potencializadoras para um comportamento de comprometimento com a segurança no serviço de saúde (LEMOS et al., 2018).

Vale ressaltar que não é tarefa fácil conseguir induzir essas premissas na forma de pensar e agir, pois ainda é muito frequente o descompasso entre as práticas dos profissionais das equipes de saúde, entre os profissionais e os pacientes e, ainda, com o que o gestor espera dessas relações. Contudo, essas características são aspectos imperativos para as mudanças no panorama de (in) segurança na assistência e para o comportamento dos que são responsáveis por desenvolvê-la. Sendo assim, é preciso que haja equipes coesas, que envolvam todos os membros no processo de planejamento e tomadas de decisão, trazendo à tona o sentimento que essas ações ativas contribuem para o sucesso da equipe e da instituição. Na promoção do trabalho em equipe, todos precisam reconhecer a sua importância e responsabilidade na manutenção de relações de cooperação por meio de estabelecimento de objetivos em comum, compartilhados com comunicação aberta e apoio recíproco (DA SILVA-BATALHA e MELLEIRO, 2016).

Outro ponto que é crucial estar presente em todas as intervenções realizadas, e que foi referido pelos entrevistados, é sobre a impossibilidade de extinção completa dos erros, como também é indiscutível o entendimento que mesmo diante dessa realidade, há muito para ser feito para abrandar os EA. Nesse sentido, as organizações precisam diante da constante possibilidade de ocorrência de EA, da complexidade e instabilidade do processo de trabalho desenvolver de forma constante ações que conscientizem os profissionais para

agirem de forma a eliminar os danos decorrentes de problemas de estrutura ou processo (SILVA-BATALHA e MELLEIRO, 2016).

Em convergência com o resultado anterior, emergiu o entendimento de que Segurança do Paciente é *assistência correta*, com 20%.

A SP tem diversos aspectos [...] segurança para que as coisas aconteçam como tem que acontecer, que o procedimento que ele vai se propor, realmente aconteça da forma correta [...] (enfermeiro 3).

O que eu compreendo é que são todas as ações e coisas que se faz para ter certeza de que a gente está fazendo a coisa correta com o paciente correto (residente médico 2).

As presentes considerações estão intimamente em consonância com a SP, visto que se objetiva a realização do cuidado de forma correta, dentro das necessidades que o indivíduo necessita. Assim sendo, as iniciativas adotadas a nível nacional e mundial para a segurança do paciente sempre buscaram e ainda buscam mitigar situações e eventos que possam comprometer ou agravar a condição de saúde dos indivíduos que necessitam de assistência. Em contrapartida, se observa que a complexidade dos hospitais em relação às demandas de saúde é cada vez maior, aumentando assim, o risco de EA, reforçando a necessidade de haver processos e sistemas organizacionais que propiciem estratégias de avaliação e adequação constante para a prevenção de erros (PINHEIRO e JUNIOR, 2017; LEMOS et al., 2018).

Dentro dessa lógica, é essencial que haja uma abordagem sistêmica nas equipes e nas instituições como um todo sobre o risco do serviço dispensado pelos hospitais, pois eles são intrínsecos às atividades do cuidado em saúde, já que como humanos somos falhos e erros são esperados. Sendo assim, a compreensão central de abordagem deve partir do desenvolvimento de barreiras nos fluxos assistenciais que assegurem a redução dos riscos diante da complexidade de todas as atividades que são realizadas, tendo as metas internacionais grande relevância nesse âmbito (REASON, 2000; REIS, 2013; SILVA-BATALHA e MELLEIRO, 2016)

De natureza muito semelhante às duas anteriores, houve referências de SP como *sinônimo de não erro ou dano* com 17% sendo evidenciada pelas seguintes respostas:

SP é não gerar nenhum dano ao paciente enquanto está na instituição recebendo algum tipo de atendimento, [...] que ele não saia com alguma coisa que não tinha antes de entrar no hospital (técnico de enfermagem 2).

Todas as ações, verbais, físicas [...] segurança é sinônimo de não erro (médico 1).

O entendimento por parte dos entrevistados, de que o objetivo de seu trabalho é não errar ou não causar dano ao paciente é importante, mas como já foi contextualizado, não há como excluir em sua totalidade o risco de haver algum incidente, sendo assim, as organizações hospitalares precisam reforçar o papel de cada ator no ato de cuidar com segurança, alterando a concepção ainda muito arraigada que condiciona os EA com a cultura da culpabilidade. Isso posto, é fundamental que se modifique o entendimento em relação aos EA, uma vez que são resultantes de uma sequência de fatores, o que os caracteriza como multifatoriais (SILVA et al., 2018).

A ocorrência de episódios que podem comprometer a integridade do paciente estão ligados à suscetibilidade humana de errar, que é inerente, contudo essa condição pode ser potencializada devido a algumas circunstâncias como excesso de tarefas, falta de atenção, ilegibilidade de prescrição, carência de conhecimento científico, problemas de instalações, falta de materiais essenciais à assistência, ausência ou o não cumprimento de protocolos que normatizam e orientam as rotinas, déficit ou a inexistência de supervisão dos processos, dentre outras condições. Não havendo uma mudança na compreensão desse contexto, se perpetua a omissão de registros, resultando em uma falsa sensação de segurança, sendo uma das causas de continuidade dos erros, impossibilitando a utilização dos EA de forma construtiva para o aprendizado por meio do conhecimento dos fatores que levam à ocorrência dos erros para antevê-los (DUARTE et al., 2015; SILVA et al., 2018).

Na conclusão desse tema, temos a narrativa dos profissionais que exprime o entendimento de SP condicionado a *ações que promovam assistência de qualidade e segurança*, 21%, esse resultado é exemplificado nas falas dos informantes:

[...] SP é um conjunto de medidas e ações que promovem assistência de qualidade e segurança, inclui vários processos [...] o exercício dos

nossos procedimentos básicos, a sistematização da assistência de enfermagem, ambiência que promova a segurança (enfermeiro 2).

[...] São todas as ações e coisas que tentam melhorar a qualidade de atendimento para que nada seja feito sem querer, fora do planejado, tudo para o melhor bem-estar do paciente (residente médico 2).

A partir dessa concepção, evidencia-se uma clareza mais global de segurança do paciente por parte dos entrevistados, quando comparado a outros tópicos anteriores que mostraram saberes mais fragmentados. A referência de *ações de assistência de qualidade e segurança* denota uma perspectiva que envolve um entender a respeito do processo de cuidado em sua totalidade.

A partir disso, é determinante que tanto a qualidade como a segurança no cuidado, são características que devem despontar como um fator decisivo para o desenvolvimento da cultura de segurança do paciente. A qualidade quando relacionada à saúde, deve ser incorporada com a intenção de obter maiores benefícios em detrimento de menores riscos para o paciente, e conseqüentemente para a instituição como um todo (SILVA-BATALHA e MELLEIRO, 2015).

O autor Donabedian aborda a qualidade do cuidado de saúde, inspirado no conceito de sistemas ou processos, sendo por ele definido como um modelo para avaliar o cuidado em saúde e compreende uma tríade *estrutura – processo – resultado*. Na *estrutura* estão inclusos os fatores que interferem no contexto em que os cuidados são prestados, envolvendo infraestrutura física, equipamentos, recursos humanos, financeiros, bem como as características organizacionais, como a formação do pessoal; o *processo* refere-se às ações da instituição em relação ao cuidado com o paciente, a fidelidade com que são cumpridos os protocolos assistenciais e as intervenções realizadas para o diagnóstico e tratamento; o *resultado* corresponde ao impacto dos processos sobre o estado de saúde do indivíduo e para a organização de saúde (REIS; MARTINS e LAGUARDIA, 2013).

Por fim, os achados demonstram uma mescla de compreensões por parte dos profissionais participantes da pesquisa, algumas se mostram mais fragmentadas outras mais ampliadas, entretanto, todas refletindo conhecimentos e condutas extremamente importantes para a segurança do paciente, o que

sugere perspectivas otimistas em relação à construção de cultura de segurança institucional.

Ações relacionadas à segurança do paciente

Nessa categoria buscou-se conhecer as ações que os entrevistados identificaram como sendo por eles utilizada e relacionadas a uma assistência segura, como apresentado na Tabela 2. Originou-se um conjunto de práticas consideráveis, o que é positivo como levantamento, visto que a segurança do paciente envolve um conjunto expressivo de medidas para prevenir e reduzir a ocorrência de incidentes nos serviços de saúde e indispensáveis para a cultura de segurança.

Tabela 2 – Dados com as atitudes identificadas pelos profissionais relacionadas com segurança do paciente.

Atitudes identificadas pelos profissionais no dia a dia de trabalho relacionadas à Segurança do Paciente	n (18)	%
Identificação correta do paciente	16	25
Cuidados com medicamentos (administração, prescrição e uso)	12	19
Comunicação entre profissionais da saúde e trabalho em equipe	11	18
Prevenção de quedas e lesão por pressão	9	14
Higiene das mãos	6	10
Organização do trabalho com rotinas e protocolos	5	8
Cirurgia Segura	4	6

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Os profissionais descrevem entre suas práticas, as metas de segurança do paciente, reforçando que essas estratégias estão fortalecidas. O maior destaque foi dado para a meta de *identificação correta do paciente*, 25%, sendo citada por 16 dos 18 informantes, o que retrata um grande comprometimento com a primeira das seis metas internacionais da SP e, fundamental para assegurar que o cuidado seja destinado ao paciente para o qual se designa, contribuindo de forma considerável para minorar o risco de intercorrências. Ademais, é possível dizer que além de conhecerem e reconhecerem a presente meta, ela é aplicada na prática como fica evidente nas falas:

A gente faz conferência das pulseiras e quando a gente leva elas para o centro obstétrico, o primeiro ponto do centro obstétrico é olhar a pulseira, sempre (técnico de enfermagem 1).

A gente sempre confere bem o nome e sobrenome do paciente para nunca confundir porque tem vários com sobrenomes parecido, a gente sempre confere mais de uma vez [...] (residente de médico 1).

A identificação adequada do paciente é parte indissociável das ações de segurança no cuidado em saúde, por propiciar ao profissional maior confiança ao realizar a sua assistência, pois a verificação das informações de identificação reduz os riscos de haver erros, quanto à legitimidade do paciente e intervenções a serem realizadas. Dentro dessa perspectiva, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), desenvolveu o Protocolo de Identificação do Paciente, disseminado em todo o território brasileiro, para assegurar que todos os indivíduos sejam corretamente identificados. O protocolo orienta os serviços de saúde descrevendo a sistemática para a implementação de dispositivo identificador (pulseira), que deve conter pelo menos dois elementos descritores, como o nome completo e data de nascimento do paciente, ou nome completo da mãe, e deve ser colocada em um dos membros do paciente para o fácil acesso e verificação (BRASILb, 2013; VIEIRA et al., 2019).

Apesar da evidente necessidade do uso do dispositivo de identificação do paciente, ele somente conseguirá atingir o seu propósito se houver a implementação e se ela for efetivamente utilizada pelos profissionais, com a conferência em todas as circunstâncias em que for feito algum cuidado, indiferentemente do setor em que o paciente se encontrar, do que for realizado e do tempo que já estiver na instituição. Além disso, ela deve acompanhá-lo até a sua alta da instituição de saúde.

Na continuidade, surgem expressões referentes aos *cuidados com os medicamentos*, englobando a prescrição, uso e administração com 19% das respostas, como vemos nas descrições a seguir:

[...] revisar a prescrição do paciente todo dia para ver se não tem algum medicamento desnecessário que pode estar causando algum mal para ele, que esteja causando mais risco do que benefícios [...] (residente medicina 2).

[...], por exemplo, a gente sempre pergunta, o médico vem e diz tem que fazer uma medicação em tal paciente, daí a gente pergunta para confirmar com o médico (dupla checagem) [...] (enfermeiro 2).

A identificação desses pontos tem uma grande importância na questão da SP na instituição, pois o processo da medicação é complexa e envolve várias etapas, como prescrição, dispensação e administração, além disso, não podemos esquecer-nos da possibilidade de ocorrência de alguma resposta adversa por parte do paciente em relação ao fármaco, risco este que existe, mesmo que todos os procedimentos anteriores tenham sido realizados de forma correta (SOUZA et al., 2018).

Além disso, no cotidiano das exposições de eventos adversos relacionados à assistência em saúde, constata-se que os erros relacionados à medicação são muito frequentes, podendo ser relacionado ao seu alto índice de utilização nos serviços de saúde, bem como por envolver atuação multidisciplinar em todo o fluxo dos medicamentos, pois as equipes médicas são responsáveis pela prescrição, o farmacêutico e o auxiliar de farmácia são responsáveis pela segregação e dispensação, e a equipe de enfermagem na maioria das vezes pela preparação e quase que em sua totalidade da administração, então, qualquer falha que decorra na cadeia de execução da medicação pode desencadear eventos adversos de diferentes magnitudes, desencadeando alteração no resultado assistencial para o paciente, no bem estar e na segurança do profissional, além do incremento no período de internação e/ou dos custos assistenciais (COUTO; PEDROSA e ROSA, 2016; SOUZA et al, 2018).

A comunicação entre os profissionais e o trabalho em equipe foi citada com 18% dos profissionais como sendo algo que está diretamente ligado com a segurança do paciente, como mostra as falas:

[...] passagem de plantão os colegas passam a situação dos pacientes, da melhor forma para conseguirmos dar continuidade ao cuidado [...] são passadas para todos os integrantes da equipe multiprofissional (técnico de enfermagem 3).

Acho que principalmente a comunicação interdisciplinar, a comunicação que a gente acaba tendo com todas as outras equipes [...] (residente médico 2).

O entendimento apresentado pelos informantes vai ao encontro de outros estudos, que também denotam que comunicação efetiva e o trabalho em equipe são determinantes para que as instituições possam ofertar uma assistência de qualidade e livre de danos. A exemplo, a importância da comunicação para SP é tamanha, que é também uma das metas de segurança a nível internacional e nacional. O trabalho em equipe também deve ser fortalecido na mesma

perspectiva, para integrar os diferentes profissionais, saberes e as diferentes unidades, visto que o cuidado em saúde requer a capacidade de articulação com os integrantes das equipes, assim como também potencializa a capacidade de planejar e traçar objetivos factíveis e comuns para a cultura de segurança institucional (BRASILa, 2013; NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015; DE FARIAS; SANTOS; DE GÓIS, 2018).

Diante disso, a comunicação e o trabalho em equipe se constituem como estratégias cruciais na perspectiva da implementação da cultura de segurança. Todavia, para que elas consigam atingir o seu potencial maior de resolutividade, o desencadeamento dessa dinâmica deve iniciar pela gestão hospitalar se utilizando de competências de liderança positiva, para que seja percebido por todos a sua importância, envolvendo o grupo nos processos organizacionais para estruturar os fluxos comunicacionais de informações entre as equipes interdisciplinares e o trabalho em equipe, construindo um ambiente harmonioso e seguro (DE FARIAS; SANTOS; DE GÓIS, 2018).

Outro ponto trazido pelos entrevistados com 14% das referências foi a *prevenção de quedas e de lesão por pressão*, como exemplificado nas descrições que seguem:

[...] verificamos de quanto em quanto tempo foi feita a mudança de decúbito para evitar lesões, a gente tem placa de proteção [...] que colocamos quando identificamos risco (técnico de enfermagem 4).

[...] cuido quando a paciente vai subir na mesa de exame, seguro a escadinha com o meu pé para não escorregar, [...] procuro ajudar dando a minha mão como apoio, às vezes quando elas vão levantar também [...] (médico 3).

A preocupação quanto a esses cuidados junto ao paciente deve ser prioritária ao pensarmos na assistência e precisam ser constantemente controladas, uma vez que podem acarretar em complicações na condição clínica, aumentando o período de internação, limitações temporárias e/ou definitivas, alterações de ordem emocional, aumento nos custos hospitalares e maiores índices de reinternação hospitalar. As quedas, por exemplo, são elencadas como uma das principais causas de incidentes no ambiente hospitalar, sendo responsável por dois em cada cinco EA relacionados à assistência do paciente. As lesões por pressão também estão listadas entre os cinco EA mais frequentes nos indivíduos hospitalizados. Diante da gravidade e

da alta incidência de ambos os EA, a consideração por parte dos profissionais é favorável para segurança no cuidado (BRASILa, 2013; ABREU et al., 2015; VASCONCELOS; CALIRI, 2017; LUZIA et al., 2018).

A *higiene de mãos* emerge em 10% do total de respostas dos profissionais e, sabe-se que este cuidado pode prevenir uma série de complicações, contribuindo decisivamente para a SP. A confirmação de que esta ação realmente faz parte da rotina de atuação na instituição está representada pelas seguintes falas:

[...] cuidado básico e muito importante é a higienização das mãos, temos aqui a avaliação pelo controle de infecção para avaliar a técnica e os momentos em que é realizado, [...] (técnico de enfermagem 3).

[...] Sempre que entro no quarto eu higienizo as mãos [...] saindo de um paciente para outro também [...] (enfermeiro 4)

Dentro desse contexto, o primeiro cuidado que o profissional deve ter presente é a premência sobre a higienização das mãos, pois é através dessa medida preventiva que se consegue reduzir a incidência das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), o próprio nome já evidencia que são infecções adquiridas após a admissão do paciente nos hospitais, decorrentes da interação dos profissionais e de equipamentos das organizações de saúde, por deficiências nos cuidados de assepsia e antisepsia, podendo se manifestar durante a internação, ou até mesmo, após 72 horas da alta, quando relacionada com a internação ou a procedimentos realizados durante a internação hospitalar (PEREIRA et al., 2016).

As IRAS são as principais causas no aumento da morbidade e mortalidade em todo o mundo, acometendo cerca de 7 a 10% dos pacientes hospitalizados, acrescentando tempo e cuidados por parte da assistência, na busca pelo restabelecimento do quadro clínico, acarretando comprometimento na imagem das instituições de saúde. A importância da adequada higienização das mãos é comprovada por pesquisas que evidenciam que as equipes que conhecem a magnitude do problema das infecções e aderem aos programas para prevenção e controle de IRAS alcançam até 70% de redução em algumas infecções. Sendo assim, percebe-se um envolvimento dos informantes com práticas que trazem repercussões de qualidade no cuidado do presente hospital (OLIVEIRA et al., 2016; BRASIL, 2017).

Na continuidade, as respostas demonstraram que alguns dos entrevistados possuem uma atenção quanto à *organização do trabalho com rotinas e protocolos*, sendo descrita por 8%.

Prestar atenção, organização do meu trabalho (técnico de enfermagem 2).

A gente possui vários protocolos que auxiliam no desenvolvimento das atividades e para a segurança do paciente (técnico de enfermagem 3).

Esse alerta por parte dos profissionais é significativo, para o fortalecimento da cultura de segurança em qualquer organização, pois a sistematização dos processos de trabalho, como já citado anteriormente, tende a proporcionar maior segurança a todos os envolvidos no cuidado, bem como para quem o recebe, além de possibilitar a otimização do tempo, tornando as práticas regradas para que haja uma maior unidade e conformidade da assistência pela qual os profissionais e a instituição desejam ser reconhecidos.

Reforçando a ideia dos resultados desse estudo, o PNSP tem como estratégias-pilares a utilização de protocolos para a promoção da cultura de segurança. Em consonância, um estudo realizado num setor de emergência com profissionais de enfermagem também evidenciou a contribuição para a SP, a implementação de rotinas de trabalho e protocolos, salientando que quando estes são bem estruturados e aplicados podem ser de grande valia para a efetividade do cuidado seguro. Entretanto, da mesma forma, precisa haver um alinhamento entre a construção e implementação, aliado a isso, inclusão de estratégias de apoio educacional e de acompanhamento para a efetivação das rotinas e protocolos, colaborando para a cultura de segurança a nível institucional e não somente de forma individual como é o desejado (RIBEIRO et al., 2018; GOMES et al., 2019).

O foco na *cirurgia segura* surge com 6% e fecha os principais pontos descritos pelos informantes. A alusão quanto à preocupação da segurança quando da realização de uma cirurgia é um ponto de extrema magnitude e deve ser intrínseco na conduta dos profissionais quando da necessidade de intervenção invasiva. Os profissionais que descreveram esse aspecto atuam no bloco cirúrgico, sendo um ponto concordante na busca por construir uma cultura de segurança, todavia, por também ser uma das metas de SP amplamente

divulgadas e discutidas mundialmente, deveria estar presente nas considerações da maioria dos profissionais.

[...] fazer checklist antes da cirurgia para ver se é a pessoa certa, confirmar o local da cirurgia (médico 2).

[...] o checklist da cirurgia segura é uma coisa que a gente faz para tentar preservar a segurança do paciente [...] (residente 2).

As falas acima estão em acordo com o pressuposto da quarta meta de segurança do paciente que é relacionada à *cirurgia segura*, pois ela propõe assegurar paciente, local, lateralidade e procedimento corretos, prevenindo EA e danos que podem ocorrer nos momentos que antecedem, no decorrer e ainda ao término do procedimento anestésico-cirúrgico. Devido a isso, e na busca por mitigar falhas durante todo esse itinerário, a utilização de listas de checagem para uma cirurgia segura, como referido pelos informantes, vem servindo de forma eficiente como barreira preventiva aos erros, reforçando as práticas de segurança, além de promover a comunicação e o trabalho entre as equipes (REICHA et al., 2019).

Neste sentido, é indiscutível o papel relevante dos mecanismos de defesa como o *checklist*, e a incorporação deles em setores como os centros cirúrgicos, principalmente pela complexidade da unidade e a frequência com que acontecem incidentes que acarretam prejuízos ao paciente, sendo gerados por causas multifatoriais, atribuídos em sua maioria à complexidade das cirurgias, à necessidade cada vez maior de interação e trocas entre a equipe interdisciplinar e ao trabalho sob pressão, no entanto, estes pontos podem ser amenizados com essa simples ação, devido à averiguação e confirmação das condutas nas diferentes fases cirúrgicas entre a equipe que está participando do procedimento (DA SILVA et al., 2019).

As afirmativas elencadas evidenciam interdependência entre os conhecimentos citados sobre segurança do paciente e as ações que os profissionais desenvolvem diariamente na assistência em saúde. Ainda, se percebe um número considerável de estratégias individuais e segmentadas, as quais podem ser congregadas para buscar a coletividade na segurança do atendimento às necessidades do paciente.

Dificuldades que podem comprometer a assistência segura

Na investigação da identificação pelos sujeitos da pesquisa no que concerne às dificuldades que podem comprometer uma assistência segura surgiram oito subtemas, como pode ser visualizado na Tabela 3.

Tabela 3 – Dados da identificação de dificuldades dos profissionais que possam comprometer a assistência segura.

Identificação das dificuldades que podem comprometer a assistência segura	n (18)	%
Fragilidade de estrutura	9	23
Dimensionamento inadequado e falta de profissionais com qualificação para áreas especializadas	7	18
Fragilidade nos processos de trabalho	7	18
Falta de capacitações e educação permanente	5	13
Falta de disseminação da cultura de SP e dificuldade de modificação da cultura institucional	5	13
Subnotificações, ausência de opinião das notificações e investigação de causa raiz	4	10
Equipe de gestão risco deficitária	2	5

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Nas descrições, o maior destaque dado pelos entrevistados nesse tema foram pertinentes às *fragilidades de estrutura*, envolvendo problemas físicos da instituição, de equipamentos e mobiliário com 21%, em relação aos demais pontos. Em relação ao total de participantes 50% expuseram essa vulnerabilidade em relação ao hospital em questão.

Na Emergência, nos consultórios não cabe uma maca, quando a paciente precisa de exame ginecológico ela precisa caminhar até a mesa, fica em risco, ela pode cair no caminho [...], o posicionamento do consultório é muito ruim (técnico de enfermagem 1).

[...] os monitores são equipamentos velhos, [...] às vezes, desconfio da confiabilidade, às vezes, pegamos outro equipamento para confirmar, [...] é algo que dificulta e que muitas vezes gera risco [...] (enfermeiro 2).

Ao considerarmos esses fatores, é real que pode haver predisposição para ocorrência de falhas que venham a comprometer em diferentes níveis a segurança no atendimento ao paciente, e por isso devem ser considerados quando se pensar em cultura de segurança, pois trazem à tona as interferências que a realidade dos serviços pode gerar, por expor o paciente, os profissionais e a própria organização ao risco (TOMAZONI et al., 2017).

As interferências dos componentes que envolvem a estrutura se relacionam a controles de fluxo de materiais inadequados e a escassez acarreta interrupção da assistência, aumentando os níveis de estresse na experiência da internação para o paciente, familiares e para o profissional que é responsável por desenvolver um cuidado que colabore para a recuperação de sua saúde. Além disso, ainda há um agravante na questão que abrange dispositivos e equipamentos, visto que a instituição de pesquisa é uma instituição pública. Essa condição acarreta um agravante, que são os entraves burocráticos e complexos relacionados aos processos de compra e de contratação de serviços de manutenção dos equipamentos existentes e a disponibilidade de verbas. Ademais, vale esclarecer, que a grande maioria das manutenções tem cunho corretivo, que demanda um período maior para a resolução em comparação às preventivas que são em um número expressivamente menor e mais rápidos, e contribuem para uma maior durabilidade (SAGAWA et al., 2019).

Ao avaliarmos a realidade nacional, observa-se que um grande quantitativo de instituições hospitalares está alocado em edificações antigas, que apresentam estruturas físicas distantes das exigências das legislações, necessitando de constantes melhorias, o que exige em muitos casos uma atenção redobrada por parte dos profissionais para proporcionar o melhor cuidado dentro das possibilidades disponíveis. Uma enfermeira descreve situações de adequação que reflete essa situação:

[...] no momento não temos a adequação da ambiência devido às reformas, [...], mas a nossa preocupação também é positiva, porque vamos mais vezes no leito. Quando os técnicos estão dando banho, procuramos ficar mais próximo do leito [...] o receio também auxilia a criar outros mecanismos para garantir um suporte maior para segurança (enfermeira 2).

Conforme o depoimento se percebe que mesmo diante de fragilidades, há possibilidades de desenvolver estratégias que irão contribuir diretamente na SP e no trabalho em equipe, além disso, é vital o envolvimento das equipes de trabalho das unidades no reconhecimento das carências estruturais, no controle de materiais, na identificação de forma preventiva das necessidades para antever faltas e falhas, por estarem inseridos nas unidades e se depararem com as limitações constantemente. Todavia, é primordial que os profissionais sejam encorajados e incentivados a participar no planejamento que avalie as

deficiências e as possibilidades de melhoria, comprometendo e valorizando dessa forma o profissional.

No seguimento dos resultados, o *dimensionamento inadequado e a falta de profissionais com qualificação para áreas especializadas* surge com 16% e são ilustradas nos depoimentos a seguir:

[...] muitas vezes acaba tendo pouca gente e o técnico de enfermagem que auxilia no manejo do paciente nos procedimentos da UTI Neo, acaba tendo que manter o cuidado das outras crianças ao redor ao invés de focar no procedimento, tem essa questão de correria (médico 4).

Aqui no hospital [...] a gente tem um problema sério com RH e são poucas as pessoas que são treinadas para a UTI. [...] recebemos muita gente de fora, muita gente sem treinamento [...] eu fico com medo [de ter EA] (enfermeiro 2).

A referência do quantitativo de profissionais inferior à necessidade das unidades é uma realidade das organizações de saúde e quando aliado à deficiência de qualificação compromete intensamente a qualidade e a segurança assistencial. A fragilidade identificada em relação aos recursos humanos foi relacionada à categoria da enfermagem, sendo expressa pelos profissionais da própria área, como também pelos da medicina.

O dimensionamento adequado do quadro profissional de enfermagem precisa considerar as características relativas ao serviço de saúde, ao serviço de enfermagem e ao paciente (COFEN, 2017). Ademais, a equipe de enfermagem é o grupo de profissionais da saúde com maior força de trabalho no cuidado ao paciente e estão constantemente em contato direto com estes, além de serem responsáveis por desenvolver a maioria das intervenções, recaindo sobre estes também a maior responsabilidade de interromper as cadeias que podem desencadear um EA no processo assistencial.

Em consonância com os achados desse estudo, outros a nível nacional e internacional também apresentam a deficiência de profissionais de enfermagem com forte potencial para desencadear EA, influenciando diretamente na implementação de práticas seguras e diminuindo em muito os momentos de oportunidades de qualificação e educação da equipe na unidade de trabalho. Estudo realizado no México também identificou relação entre o número de profissionais de enfermagem, número de pacientes e a carga de trabalho excessivo como fatores que influenciam o trabalho e o

desencadeamento de processos que levam ao EA. Além disso, o número não suficiente de recursos humanos contribui para elevação de outro índice, o de absenteísmo, o que eleva ainda mais a sobrecarga do trabalho (ZÁRATE-GRAJALES et al., 2015; COSTA et al., 2018; SAGAWA et al., 2019).

Interligado ao item anterior, a *fragilidade nos processos de trabalho* é trazida pelos informantes e corresponde a 14% das descrições, e nesse ponto relacionam a ausência de Protocolos Operacionais Padrão (POP) ou a inadequação dos existentes e a dificuldade de comunicação entre a equipe multiprofissional, como se observa:

[...] os processos eu não sei como é os processos nos outros hospitais do grupo, mas os processos aqui dificultam muito a segurança do paciente, por que falta protocolos para se guiar, caso algo aconteça "o que eu faço?" a gente não tem, é falho (enfermeiro 4).

Não temos round multiprofissional, isso é muito ruim porque o técnico de enfermagem fica na beira do leito o tempo todo e temos tantas coisas para trazer, percepções e ninguém ouve, [...] não tem uma boa comunicação de equipe médica para enfermagem (técnico de enfermagem, 2).

A convergência destas circunstâncias é preocupante quando se pensa em uma cultura de segurança, pois além da deficiência de profissionais e a fragilidade na qualificação para atuação em áreas com maiores especificidades, alia-se ainda a inexistência ou a inadequação dos POPs, que são mecanismos e estratégias que guiam e embasam o fazer profissional, oferecendo conhecimento e segurança no contexto das unidades para o desenvolvimento das práticas, entretanto, quando não há uma descrição de como os processos precisam ser feitos, ocorre o que foi descrito pelos informantes, cada um realiza os procedimentos dentro das suas percepções e possibilidades, dificultando a homogeneidade nas intervenções e ocasionando um maior risco de haver falhas nos planejamentos da assistência.

A comunicação deficitária é outro complicador que tende a potencializar ainda mais a insegurança assistencial, está relacionada entre as causas-raízes de mais de 70% dos erros na assistência, pois nesse contexto não há como existir troca de informações, compartilhamento de conhecimento, nem crescimento institucional, muito menos o desenvolvimento de uma cultura de segurança, descaracterizando o cunho humanizado do cuidado em saúde que precisa contemplar também quem cuida (GONÇALVES et al., 2016).

Nesse sentido, o diálogo é um dos elementos fundamentais nas inter-relações e essencial ao cuidado do paciente, pois através de uma comunicação eficiente entre os profissionais das diferentes unidades e serviços, se subsidia a transmissão de informações que qualificam a transição da continuidade de ações de cuidado, conferindo uma maior segurança para o profissional que passará a acompanhar este paciente, além de que também é uma meta internacional de segurança do paciente (SILVA et al., 2017; BRASILa, 2013).

Os próximos dois apontamentos obtiveram o mesmo percentual de citações pelos profissionais e descrevem *falta de capacitações e educação permanente e falta de disseminação da cultura de segurança do paciente e a dificuldade de modificação da cultura institucional* ambos com 13%, as citações a seguir confirmam os dados.

[...] a gente não tem treinamentos [...] não tem incentivo institucional para se atualizar, antes tinha mais incentivo, tinha educação permanente direto, porque eu acho que isso também conta para SP, ir atrás de conhecimento, não ficar como robô, tarefeiro, sem atualização. [...] (técnico de enfermagem 2).

[...] dependendo da chefia tem uma visão mais ou menos da SP, é pouco cobrado, poderia ser mais cobrado [...] não sei quanto vai bater na situação estabelecida de tempo, na resistência dos profissionais, pois precisa ter um ego receptivo para largar o narcisismo "de que comigo não acontece" para conseguir mudar, só muda quem percebe que tá incomodado, só se incomoda quem percebe que errou [...] (médico 4).

O presente registro apresenta uma fragilidade e um enfraquecimento no empoderamento dos profissionais por meio do conhecimento, pois descreve a ausência de treinamentos e educação permanente, bem como a falta de incentivo para atualizações profissionais por parte da instituição. Sabe-se que a inserção de educação permanente em saúde nas organizações hospitalares é essencial para que se consiga transformar o trabalho e as relações estabelecidas nas unidades, abrindo espaço para atuações críticas, reflexivas, propositivas e compromissadas qualificando a atenção por meio da problematização da SP (WEGNER et al., 2016).

Em contrapartida, também é preciso considerar que a iniciativa de retomada nas qualificações institucionais pode e porque não dizer, deve iniciar por parte das equipes e de forma interna dentro das rotinas das unidades, visto que a educação para a SP é uma recomendação da OMS e é um dever e

compromisso de todos, indiferentemente da hierarquia, não sendo uma responsabilidade exclusiva das equipes de Núcleo de Segurança do Paciente ou de Gestão de Risco, mais que sim, esses devem ser acionados sempre que se identificar necessidades prementes que possam colocar em risco a SP.

Em continuidade, nas análises dos apontamentos a representação da *falta de disseminação da cultura de segurança do paciente e a dificuldade de modificação da cultura institucional* é preocupante, por ter relação negativa direta no alcance da cultura de SP na instituição. Dentro dessa lógica, a alteração no panorama só é possível a partir de reformulação de valores, atitudes, normas, crenças, políticas e de comportamentos integradores dos profissionais que compõem a instituição, com ações práticas e concretas substituindo a ideia de culpabilizar e de punir diante dos EA, pela oportunidade de refletir e aprender com as falhas e assim melhorar o cuidado em saúde (WEGNER et al., 2016; COSTA et al., 2018; LEMOS et al., 2018).

A identificação das *subnotificações, ausência de feedback das notificações e investigação de causa raiz* representaram 10% dos resultados. Ao considerar esse achado é possível inferir que a subnotificação pode ser pela manutenção de uma forte cultura da punição e culpabilização somente sobre o profissional que cometeu e não sobre todo o processo que culminou em um EA, aliado ao fato dos profissionais não perceberem um retorno positivo das notificações que são feitas, bem como a ausência da investigação da real causa dos incidentes tendem reforçar a irrelevância dos registros pelos profissionais, como pode ser visto nas seguintes descrições:

[...] uma coisa que seria legal de fazer seria a questão de investigar a causa raiz dos eventos adversos, mas aí tem que ter gente que faça e eu acho que não tem muito interesse assim (médico 4).

[...] os erros não são trabalhados, muitas vezes se procura culpabilizar a pessoa envolvida e não o processo, [...] não é trabalhado para modificar rotina, protocolos, [...] o contexto dificulta que os profissionais façam as notificações, usamos a rede sentinela às vezes, mas não vemos retorno [...] (enfermeiro 2).

Ao pensarmos em segurança do paciente é intrínseco o pensar na redução dos EA como já trazido em outros momentos, a notificação é um dos comportamentos institucionais favoráveis. Apesar disso, para além da simples exposição dos fatos, as notificações não podem se tornar simples documentos

arquivados: precisam ser analisadas e utilizadas como subsídio para a elaboração de estratégias de prevenção (SAGAWA et al., 2019).

A confirmação do pouco comprometimento por parte dos profissionais na realização das notificações é clara, e, por conseguinte prejudicial para disseminar a cultura de segurança, além de impossibilitar que a ferramenta possa desempenhar o seu papel de contribuir na identificação das causas dos EA e, assim, desencadear melhora nos processos repercutindo em redução dos incidentes.

Em um estudo de revisão integrativa sobre as razões do baixo número de notificações de EA, mostra também que o desconhecimento ou a falta de clareza dos profissionais sobre o que deve e como deve ser feita a notificação tem influência direta sobre essa situação, sendo esse contexto postulado por carência de orientações e cultura de segurança nas instituições, o que também produz sentimento de vergonha nos profissionais (FONSECA; SANTOS, 2019).

O fechamento do tema relacionado às dificuldades que os profissionais se deparam para produzir uma assistência de qualidade e segurança à *equipe de gestão risco deficitária* 5%, como pode ser confirmado pelas seguintes descrições:

Quando tínhamos um enfermeiro na SP a gente tinha muito mais ações, muito mais treinamento, muito mais capacitações e hoje em dia a gente não tem mais nada (enfermeiro 2).

Eu acho que a comissão de SP [Gestão de Risco] poderia ser mais efetiva nos setores né, mas tem o projeto, mas poderia ser mais efetivo (técnico de enfermagem 5).

Conceitualmente a Gestão de Risco (GR) é uma estratégia utilizada para elaboração de critérios de análise dos EA ocorridos numa instituição de atenção em saúde, especialmente nos hospitais, por meio do desenvolvimento de alternativas para mitigar ou eliminar os fatores que originaram a ocorrência dos eventos que podem acontecer durante a prática dos profissionais de saúde e foi reforçada pela PNSP, onde um dos objetivos é a gestão dos riscos assistenciais, em vista de reduzir os índices elevados de EA ao nível mínimo aceitável (FASSINI, 2012; BRASILa, 2013).

Explicitamente o gerenciamento dos riscos assistenciais deve voltar-se ao acompanhamento e análise das barreiras inibidoras de falhas no processo do cuidado e dos riscos de forma contínua e preferencialmente com uma

composição multiprofissional para qualificar a atuação, diante da diversidade e complexidade das instituições hospitalares. A atuação dos profissionais da GR deve estar ordenada por um Plano Institucional que deve propor e participar de ações de educação permanente para a melhorias institucionais e a redução dos EA, assim como fomentar as reflexões sobre o clima de cultura de segurança e nas discussões da avaliação da adaptabilidade e utilidade na instituição, para que cumpra com seus objetivos (BRASILa, 2013; OLIVEIRA; DE LAVOR e BEZERRA, 2019).

A partir da definição do papel da GR percebe-se a relevância da atuação deste grupo nas instituições de saúde e que a sua ausência ou inefetividade pode comprometer os comportamentos proativos para a segurança e a visibilidade institucional quanto ao serviço que é prestado. Ao mesmo tempo, é preciso considerar que trata-se de uma equipe consultiva, onde a execução das mudanças está intimamente ligada à própria atitude e ação das equipes com transparência e participação dos profissionais de todos os níveis da organização, desde a proposição e o desenvolvimento de iniciativas que convirjam com a SP e a sua cultura (BRASIL, 2017).

A partir do mapeamento das dificuldades consideradas pelos profissionais desta pesquisa, é possível perceber que em muitos momentos as fragilidades de estrutura e processos podem comprometer seriamente a segurança da assistência ao paciente nas instituições de saúde. Além disso, é preciso contextualizar que a GR assistenciais deve ser constante e efetiva junto às equipes de trabalho de forma a alterar a atuação reativa para proativa e preventiva.

Nessa lógica, o primeiro plano que precisa ser empreendido é a construção de um ambiente de cultura de segurança para a identificação dos riscos, pois é por meio da exposição dos incidentes que a aprendizagem organizacional se torna mais efetiva se os riscos que afetam a segurança do paciente forem relatados (SAGAWA et al., 2019).

Outro ponto que precisa ser ressignificado são as iniciativas e proposições de educação permanente, criação ou adequação de protocolos, que podem e devem também advir da ponta, ou seja, dos profissionais que estão nas unidades realizando as intervenções do cuidado direto ao paciente e não somente da GR ou da alta gestão. É vital que todos devam estar envolvidos na

construção de um ambiente propício para a cultura de segurança, pois onde não houver essa interligação, a mudança no contexto organizacional será cada mais lenta e complexa o que terá reflexo direto na segurança do paciente, na satisfação dos profissionais e na visibilidade da instituição.

Envolvimento da equipe na prevenção de eventos adversos.

Avaliar o envolvimento das equipes de trabalho na prevenção de eventos adversos é importante na busca por apurar a cultura da segurança do paciente de uma instituição, pois para que se consiga atingir a efetividade neste conhecimento e o comprometimento de todos os profissionais é requisito vital, pois todos, mesmo que em níveis diferentes, estão implicados na assistência à saúde.

Tabela 4 – Dados da percepção de envolvimento da equipe na prevenção de eventos adversos.

Percepção do envolvimento da equipe na prevenção de eventos adversos	n (18)	%
Sim	12	67
Maioria sim	5	28
Não	1	5

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

A representação dos resultados na Tabela 4 demonstra que 61% dos profissionais descreve que a sua equipe se compromete na busca por mitigar os eventos adversos. Observando somente este contexto, pode-se vislumbrar um cenário predisposto para uma resposta satisfatória da instituição em relação à cultura de segurança, dado que conseguimos envolver profissionais de praticamente todas as unidades de internação e de diferentes turnos. Entretanto, a resposta positiva se relaciona à fala inicial, pois conforme os informantes vão complementando a pergunta percebe-se fragilidades quanto à afirmativa inicial, conforme falas:

Sim. Eu pelos menos sempre tento deixar o meu registro o mais rico de informações possível [...] eu vejo que alguns colegas não fazem, mais eu vejo outros também deixar esse tipo de informação, esse registro proporciona uma noção melhor do paciente e visa à segurança (médico 1).

Eu acho que sim, tem uma preocupação da equipe em melhorar ou minimizar os riscos, o grande problema é que não se consegue oferecer ferramentas para eles melhorarem isso [...] (médico 5).

As falas acima corroboram com as conclusões das temáticas anteriores, que também expuseram vulnerabilidades na relação entre o conhecimento expressado e as atitudes dos profissionais, demonstrando em muitas circunstâncias uma entrega significativa da responsabilidade na resolução das questões identificadas como potencializadoras da insegurança do cuidado, para alta gestão da instituição. Entretanto, cabe destacar que se não houver uma responsabilização e associação de condutas e iniciativas proativas de todas as profissões e cargos, com vistas à segurança do paciente, nada se modificará mesmo na presença de protocolos institucionais bem desenhados, infraestrutura adequada, equipamentos em número suficiente e em bom estado, bem como profissionais em quantitativo ideal, pois o que concretiza o cuidado de qualidade e uma cultura organizacional positiva de segurança é um ambiente em que há relações construtivas entre os profissionais, autonomia para desempenhar as funções, abertura para diálogo, valorização de todas as profissões e suporte organizacional (ALVES e GUIRARDELLO, 2017).

O envolvimento dos profissionais que compõem as instituições hospitalares no que se refere ao trabalho em equipe, tanto entre a equipe da unidade e entre as diversas unidades que compõem os hospitais, é uma das principais potencialidades na viabilização de uma atenção que estimule o cuidado em sua integralidade, identificando as necessidades de cada paciente e as barreiras organizacionais efetivas que impeçam ou diminuam a probabilidade e impacto dos EA para os paciente e para a organização (BRASIL, 2017). Em conformidade com a interpretação anterior, os conhecimentos produzidos apontam para uma realidade, onde as falhas no trabalho em equipe e na comunicação entre os profissionais de saúde são identificadas como um dos principais condicionantes que contribuem para erros médicos, eventos adversos e, conseqüentemente, diminuição da qualidade dos cuidados (NOGUEIRA e RODRIGUES, 2015; COSTA et al., 2018).

A identificação de que a *maioria* dos profissionais são participativos para criar uma atmosfera de segurança apresentou 28%:

[...] a maioria sim, chamar pelo nome completo, às vezes vão chamar na Emergência "Maria" aí levantam 5 e às vezes a atendida não é a "Maria" certa [...] pedem avaliação errada, a gente vê a tempo que não é a paciente certa [...] mas quando vê podem marcar cirurgia com paciente com o nome errado (residente médico 3).

[...] a grande maioria dentro do contexto institucional que a gente vivencia eu acho que sim. [...] às vezes as pessoas acabam se limitando e se acostumando com uma situação de insegurança [...]. Mas precisa ter algo institucionalizado, algo permanente e não situações pontuais [...] (enfermeira 2).

Novamente se observa um descompasso entre as atitudes dos profissionais, e assim, prejudicando a sinergia dos processos de trabalho, pois a meta de identificação correta do paciente é trabalhada de forma incessante nas instituições e é um princípio básico para realizar qualquer ação, e mesmo assim, ainda são frequentes as incompreensões e o não cumprimento da meta, potencializando os riscos de EA inerente do cuidado em saúde.

A perspectiva negativa do trabalho em equipe representou 5% do total dos resultados, sendo descrito por somente um dos entrevistados. É óbvio que o almejado seria que ninguém tivesse essa percepção, no entanto, esse ainda é um objetivo muito complexo de se atingir, posto que existe um grau de subjetividade intrínseco. Contudo, nas inferências trazidas se observa uma realidade concreta e dura de negligência em relação aos cuidados que precisam ser realizados como se mostra na fala a seguir:

Não há um engajamento, [...], pois passam que paciente está com acesso e fazendo antibiótico. O antibiótico foi dispensado, checado e não está na gaveta, mas ao conversar com a paciente, ela perdeu o acesso às 14h [antibiótico era 16h]. [...] é muito difícil conseguir seguir rotinas e implementar coisas, muito trabalho se perdeu e tu acaba se desmotivando (enfermeiro 4).

A identificação de situações como essa é ainda mais preocupante, pois além de falhas que podem ter havido por questões que envolvam a tríade *estrutura – processo – resultado*, pode se inferir a partir da narrativa que podem ter ocorrido falhas de conduta ética profissional, pois havia uma prescrição de antibioticoterapia, o profissional sabia que teria que administrar a medicação, ela foi dispensada para a unidade em que a paciente estava internada, recebida e checada no prontuário como se tivesse sido administrada, além disso, foi passado quando da passagem de plantão como administrada. A natureza da

dúvida fica ainda mais evidente, uma vez que ao se descrever um EA, compreende-se como uma falha no planejamento do cuidado, sem intencionalidade o que fica em dúvida nessa situação, porque a paciente não recebeu a medicação, ou seja, houve uma interrupção da terapêutica, que pode ocasionar um aumento do período de internação e até mesmo outras complicações que comprometam o bem-estar e a recuperação em ciclo normal do indivíduo.

Diante do exposto, é válido reforçar que o enfermeiro, como líder e coordenador da equipe de enfermagem, em momento algum pode deixar de investigar a totalidade da causa do EA, sem culpabilizar o profissional, mas compreender todo o contexto em que o cuidado se desenvolve, buscando sempre proporcionar o aprimoramento técnico-científico e ético da equipe, se responsabilizando com as melhorias assistenciais de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, imprudência e negligência, pautada pela ética profissional por mais que seja desafiador (LARA e BERTI, 2011; SILVA-BATALHA e MELLEIRO, 2016).

Os resultados quanto ao envolvimento dos profissionais das equipes assistenciais do hospital em pesquisa se mostrou muito frágil, configurando como um espaço com grande suscetibilidade para ocorrência de EA, já que em todas as falas, inclusive nas que inicialmente demonstraram uma visão positiva quanto ao comprometimento das equipes, houve descrições de desalinhamentos relativos à segurança do paciente.

No constante, os profissionais mostram-se sensíveis às condições de insegurança e conseguem visualizar nós e ruídos importantes para a SP e a construção de um ambiente de cultura de segurança. Em contrapartida, estes mesmo informantes mostram-se pouco comprometidos para batalhar por melhorias nas condições de trabalho, no desenvolvimento de ações que sensibilizem as equipes em suas diversas composições e complexidades.

CONCLUSÃO

A incorporação da cultura de segurança do paciente nas instituições de cuidado à saúde ainda é um grande desafio na atualidade, mesmo diante das inúmeras iniciativas desenvolvidas tanto a nível mundial como nacional. A constância da insegurança nas práticas assistenciais está diretamente relacionada com altos índices de morbimortalidade em todo o mundo em decorrência dos EA.

Nesse sentido, o estudo possibilitou uma avaliação inicial geral da percepção dos profissionais da assistência direta sobre a cultura de segurança do paciente na instituição hospitalar de ensino de nível terciário, sendo que a iniciativa de interagir com os profissionais responsáveis pelo cuidado e conhecer as percepções sobre a cultura institucional é condição essencial para desenvolver uma assistência segura.

Considerando as principais reflexões elencadas a partir das narrativas dos profissionais participantes, é possível inferir que há necessidade de iniciativas para potencializar e concretizar a cultura de segurança, visto que a mesma não está plenamente instituída. Observou-se um significativo conhecimento por parte dos informantes, sobre conceitos, a importância e estratégias de segurança do paciente, contudo em muitas circunstâncias evidenciou-se a existência de vulnerabilidades, tanto de estrutura, processos, comunicação, relações entre as diferentes áreas profissionais e entre as equipes, resistência quanto a modificações em situações estabelecidas, trabalho em equipe, bem como a desmotivação por parte dos profissionais, falta de comprometimento e envolvimento de todos os níveis da organização e uma super responsabilização sobre a alta gestão das condutas para disseminação da cultura de segurança na instituição.

Isto posto, salientamos que é indiscutível que é preciso que haja iniciativas conjuntas que busquem a implicação e o engajamento da instituição hospitalar como um todo para o desenvolvimento de um ambiente seguro, passando este princípio a ser considerado o principal objetivo da organização de saúde. Além disso, mostra-se cada vez mais imperativo o envolvimento dos gestores e líderes das unidades, para impulsionar e viabilizar práticas

convergentes para o desenvolvimento da cultura da segurança do paciente.

Considera-se que o presente estudo contribui para a construção de um novo panorama dentro da organização a partir do diagnóstico realizado, instigando as potencialidades identificadas e trabalhando de forma construtiva as fragilidades, para criar um ambiente que propicie a motivação dos profissionais para atitudes que desencadeiam um cuidado qualificado e a satisfação dos profissionais, por meio de espaços de discussões e aperfeiçoamentos, onde haja abertura e possibilidade de todos expressarem suas opiniões sobre o processo de trabalho e possíveis erros ou fragilidades, para a busca conjunta de melhorias e fortalecimento institucional do trabalho em equipe, sendo esse igualmente indispensável para uma cultura de segurança do paciente positiva.

Vale ressaltar ainda que é evidente que a disseminação da cultura de segurança somente será possível, se houver o trabalho partilhado na instituição que precisa ser percebida e fomentada desde a alta gestão, perpassando por todos os serviços disponibilizados. A pesquisa visa despertar cada vez mais o olhar crítico dos profissionais que integram o hospital, para reestruturar os processos de trabalho, a educação em saúde e a valorização do PNSP.

Ademais é importante que se desenvolvam novos estudos complementares com amostra que englobe os demais profissionais assistenciais da linha de frente, bem como com os de retaguarda, que fornecem os subsídios e os recursos para a assistência, visto que o papel destes também é substancial para a implementação da cultura de segurança do paciente de forma plena e perene.

REFERÊNCIAS

SILVA, Ana Cláudia de Azevêdo Bião; ROSA, Darci de Oliveira Santa. Cultura de segurança do paciente em organização hospitalar. **Cogitare Enferm.** v. 21 n. esp, 01-10, 2016.

BRANDÃO, Maria Girlane Sousa Albuquerque; BRITO, Odézio Damasceno; BARROS, Livia Moreira. Gestão de riscos e segurança do paciente: mapeamento dos riscos de eventos adversos na emergência de um hospital de ensino. **Revista de Administração em Saúde.** v. 18, n. 70, 2018.

BRASILa. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 529 de 1 de abril de 2013.** Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil, Brasília, 1 de abr. de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde Fundação Oswaldo Cruz, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente** [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2014

REIS, Cláudia Tartaglia, MARTINS, Mônica, LAGUARDIA, Josué. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. **Ciência e Saúde coletiva.** v. 18, n.7, 2013.

COUTO, Renato Camargos et al. **II Anuário da segurança assistencial hospitalar no Brasil.** Belo Horizonte: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, 2018.

PRATES, Cassiana Gil et al. Núcleo de segurança do paciente: o caminho das pedras em um hospital geral. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 40, n. spe, e20180150, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Launch of WHO Collaborating Centre on Patient Safety Solutions. Genebra (Swi): WHO; 2005.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. **Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais.** 4ª ed. Rio de Janeiro; 2011.

NETA, AkieFujii et al. Adesão à identificação do paciente em hospital universitário público. **Revista de Administração de Saúde.** v. 18, n. 70, Jan. – Mar. 2018.

LEMOS, Grazielle de Carvalho et al. A Cultura de Segurança do Paciente no Âmbito da Enfermagem: Reflexão Teórica. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro,** v.8 p. e 2600, 2018.

DA SILVA-BATALHAE, Denise Maria Santos; MELLEIRO, Marta Maria. Cultura de segurança do paciente: percepções da equipe de enfermagem. **HU Revista.** v.42, n. 2, p.133-42, 2016.

PINHEIRO, Maria da Penha; JUNIOR, Osnir Claudiano da Silva. **Avaliação da Cultura de Segurança do Paciente na Organização Hospitalar de um Hospital Universitário**. In Rev. electrónica trimestral de Enfermería Global, n. 45, Enero, 2017.

SILVA Ellen Kariny Almeida et al. Eventos Adversos (EA): Conhecimento dos Profissionais de Enfermagem de um município do interior da Amazônia brasileira. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente, Ariquemes**, v. 9, n. 2, p. 686-691, Jul.-Dez., 2018.

DUARTE, Sabrina da Costa Machado et al. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 68, n. 1, p.144-54, 2015.

DA SILVA-BATALHA, Edenise Maria Santos; MELLEIRO, Marta Maria. Cultura de segurança do paciente em um hospital de ensino: diferenças de percepção existentes nos diferentes cenários dessa instituição. **Texto contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 432-441, Jun. 2015.

REIS Cláudia Tartaglia; MARTINS Mônica; LAGUARDIA Josué. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 18, n. 7, p. 2029-2036, 2013.

BRASILb. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Protocolo de Identificação do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde. 2013.

VIEIRA, Nayara Cassimiro et al. A Identificação do paciente no alcance de práticas seguras: concepções e práticas. **Revista Enfermagem Atual In Derme- Especial**, p. 87, 2019.

SOUZA, Thais Lima Vieira De et al. Segurança do paciente na administração de medicamento intramuscular em pediatria: avaliação da prática de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 39, e2017-0002, 2018.

COUTO, Renato Camargos, PEDROSA, Tania Moreira Grillo, ROSA, Mário Borges. **Erros acontecem: a força da transparência no enfrentamento dos eventos adversos assistenciais em pacientes hospitalizados**. Belo Horizonte: UFMG/IESS, 2016. 48 p.

NOGUEIRA, Jane Walkiria da Silva; RODRIGUES, Maria Cristina Soares. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafio para a segurança do paciente. **Cogitare Enfermagem**. v.20, n. 3, p. 636-640, Jul./Set. 2015

DE FARIAS, Elisciane dos Santos; SANTOS, Jéssica de Oliveira; DE GÓIS, Rebecca Maria Oliveira. Comunicação efetiva: elo na segurança do paciente no âmbito hospitalar. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit**. v.4, n. 3, p.139-54, 2018.

ABREU, Hellen Cristina de Almeida et al. Incidência e fatores preditores de quedas de idosos hospitalizados. **Revista Saúde Pública**. v. 49, n. 37, p.1-8, 2015.

VASCONCELOS, Josilene de Melo Buriti; CALIRI, Maria Helena Larcher. Ações de enfermagem antes e após um protocolo de prevenção de lesões por pressão em terapia intensiva. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, e20170001, 2017.

LUZIA, Melissa de Freitas et al. Incidência de quedas e ações preventivas em um Hospital Universitário. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 52, e03308, 2018.

PEREIRA, Francisco Gilberto Fernandes et al. Caracterização das infecções relacionadas à assistência à saúde em uma Unidade de Terapia Intensiva. **Revista de Vigilância Sanitária em Debate**. v. 4, n. 1, p.70-77, 2016.

OLIVEIRA, Hadelândia Milon de. Políticas de controle e prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde no Brasil: análise conceitual. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 50, n. 3, p. 505-511, Jun. 2016.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde**. Brasília: Anvisa, 2017.

RIBEIRO Denis Fernandes da Silva et al. A segurança do paciente no contexto hospitalar: desvelando fatores intervenientes à assistência na percepção de enfermeiros. **Revista de Vigilância Sanitária em Debate**. v. 6, n. 3, p. 74-79, 2018.

GOMES, Andréa Tayse de Lima et al. Segurança do paciente em situação de emergência: percepções da equipe de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 72, n. 3, p. 753-759, Jun. 2019.

REICH, Rejane et al. Segurança cirúrgica em laboratório de cateterismo. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 40, n. spe, e20180232, 2019.

DA SILVA Vanessa Rodrigues et al. Desafios na utilização do checklist de cirurgia segura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. V.11, n.16, e 1472, 2019.

TOMAZONI, Andréia et al. Segurança do paciente na percepção da enfermagem e medicina em unidades de terapia intensiva neonatal. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 38, n. 1, e 64996, 2017.

SAGAWA, Marcella Rarumi et al. Analysis of notifiable circumstances: incidents that may compromise patient safety. **Cogitare Enfermagem**. v.24, p. e61984, 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 543, de 18 de abril de 2017- **Atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem**. Brasília (Brasil): COFEN; 2017.

ZÁRATE-GRAJALES R, et al. Factores relacionados con eventos adversos reportados por enfermería en unidades de cuidados intensivos. **Enfermería Universitaria**. v. 12, n. 2, p. 63-72, 2015.

COSTA, Daniele Bernardi da et al. Cultura de segurança do paciente: avaliação pelos profissionais de enfermagem. **Texto contexto-Enfermagem**. Florianópolis, v. 27, n. 3, e2670016, 2018.

GONCALVES, Mariana Itamaro et al. Comunicação e Segurança do Paciente na passagem de plantão em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais. **Texto contexto - Enfermagem**. Florianópolis, v. 25, n. 1, e2310014, 2016.

DA SILVA Michelini Fátima et al. Transferência entre unidades hospitalares: implicações da comunicação na segurança do paciente pediátrico. **Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE**, v. 11, n. 10, p. 3813-3820.

WEGNER, Wiliam et al. Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro. v. 20, n. 3, e20160068, 2016.

LEMOS, Grazielle de Carvalho et al. A cultura de segurança do paciente no âmbito da enfermagem: reflexão teórica. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**. v. 8, e2600, 2018.

FONSECA, Priscila Nayara de Oliveira. SANTOS, Thiago Rodrigues da Silva. **Causas de subnotificação de eventos adversos por profissionais de enfermagem: uma revisão integrativa**. Orientador: Everton Aurélio Dias Campos. 2019. 20f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em

Enfermagem) - Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos, 2019.

FASSINI, Patrícia; HAHN, Giselda Veronice. Riscos à segurança do paciente em unidade de internação hospitalar: concepções da equipe de enfermagem. **Revista de Enfermagem de UFSM**, v.2, n.2, Mai./Ago., 2012.

OLIVEIRA Diego Augusto Lopes; DE LAVOR Priscila Monteiro Tavares; BEZERRA Filipe Albuquerque. Gerenciamento de Risco e visitas da qualidade no hospital. **Revista Científica da Faculdade Unimed**. v. 1, n. 1, 2019.

ALVES, Daniela Fernanda dos Santos; GUIRARDELLO, Edinêis de Brito. Ambiente de trabalho da enfermagem, segurança do paciente e qualidade do cuidado em hospital pediátrico. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 37, n. 2, e58817, 2016.

NOGUEIRA, Jane Walkiria da Silva; RODRIGUES, Maria Cristina Soares. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: um desafio para a segurança do paciente. **Cogitare Enfermagem**. v. 20, n. 3, p. 636-640, Jul./Set. 2015.

LARA Silvério Rosa; BERTI Heloisa Wey. Dimensão ética do gerenciamento em enfermagem. **Revista Cuidarte Enfermagem**, Catanduva, v. 5, n. 1, p. 7-15, Jan./Jun. 2011.

SILVA BATALHA, Edenise Maria Santos da; MELLEIRO, Marta Maria. Cultura de segurança do paciente: percepções da equipe de enfermagem. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 42, n. 2, p. 133-142, Jul./Ago. 2016.

Identificação interna do documento KAMWYATNYF-MPK5LFB2



Nome do arquivo:

CULTURA_DA_SEGURAN_A_DO_PACIENTE_PERCEP__ES_DE_T
RABALHADORES_ASSISTENCIAIS_DE_UM_HOSPITAL_DE_ENSI
NO_DO_RIO_GRANDE_DO_SUL__REVISADO_Final_35302632020
220.pdf

Data de vinculação ao processo: 21/02/2020 00:02

Autor: ANDREIA IVETE FEIL (112403)

Processo: 1703761