

A PERCEÇÃO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM QUANTO AO GERENCIAMENTO DE RISCO

THE PERCEPTION OF THE NURSING PROFESSIONAL ABOUT RISK MANAGEMENT

*Tais Rodrigues'
Carmen Lilian Brum Marques Baptista*

RESUMO

Objetivo: A presente pesquisa objetivou analisar o conhecimento dos profissionais de enfermagem que atuam na agência Transfusional quanto à segurança do paciente. **Método:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa e exploratória. **Resultados:** Através do estudo, pode-se observar a importância e a necessidade de ter profissionais com conhecimentos específicos na área de atuação, tornando-o fundamental e indispensável. Frente a tal situação, a enfermagem não pode ficar alheia às mudanças diárias, principalmente no que se refere a segurança do paciente. Os participantes receberam capacitações específicas para atuar na hemoterapia, realizadas mensalmente pela coordenação do setor. **Conclusão:** Conclui-se que a hemoterapia na atualidade é muito mais segura, contudo, não está isenta de eventos relacionados a falhas humanas, erros ou quase erros.

Palavras-chave: Gestão de Riscos. Segurança do sangue. Segurança do paciente.

ABSTRACT

Objective: This study aimed to analyze the knowledge of nursing professionals that work at the transfusional agency about patient safety. **Method:** This is a qualitative and exploratory research. **Results:** Through the study, it was observed the importance and necessity of have professionals with specific knowledge in the performance area, making it fundamental and indispensable. Face to this situation, nursing cannot be strange about daily changes, especially patient safety. The participants received specific training to work in hemotherapy, performed monthly by the coordination of the sector. **Conclusion:** We conclude that, nowadays, hemotherapy is much more safe however, it is not exempt from events related to human failures, errors or near misses.

Keywords: Risk Management. Blood Safety. Patient safety.

INTRODUÇÃO

O sangue humano é um produto insubstituível e sua única fonte são os seres humanos, pois o mesmo não pode ser comprado em farmácias. Portanto, os seres humanos devem doar sangue com o objetivo de salvar a vida de outros seres humanos que necessitem de transfusão. As constantes descobertas científicas e a ascensão da hemoterapia vêm motivando os profissionais de enfermagem a aprimorar seus conhecimentos através de qualificação cada vez mais especializada⁽¹⁾.

A hemoterapia brasileira vem apresentando expressivo progresso nas últimas décadas, a política de sangue formulada no país e o esforço coletivo para sua execução propiciaram investimentos na qualidade dos serviços de hemoterapia, tornando os hemocomponentes produzidos mais seguros⁽¹⁾.

A Segurança Transfusional é uma atividade técnica com orientação abrangente e complexa. Fazem parte desta segurança, toda a cadeia produtiva do sangue e o ato transfusional, desde a captação de doadores até a

¹ Acadêmica de Enfermagem. Universidade Regional de Blumenau. E-mail: taishsibs@gmail.com.

liberação do hemocomponente como um produto utilizável e desde a coleta da amostra até o término da transfusão⁽²⁾.

O enfermeiro deve ser um multiplicador da Gestão de Risco, na medida em que assume o papel de educador da sua equipe e comunidade, estimulando-os a notificar os eventos adversos e também a reconhecê-los, com o intuito de proporcionar a segurança do paciente e do profissional⁽³⁾.

Para que este processo seja seguro ao paciente, faz-se necessário o conhecimento técnico e científico da equipe de enfermagem, que atua de forma direta com o cliente, sobre gestão de risco no ato transfusional, segurança do paciente, evento adverso e cultura de segurança, desta forma diminui-se a possibilidade da ocorrência de erros relacionados ao atendimento prestado ao paciente.

O objetivo do estudo foi analisar o conhecimento do profissional de enfermagem que atua na agência transfusional quanto à segurança do paciente. O desenvolvimento deste trabalho se dá, pelo interesse no tema e ao crescente número de eventos relacionados à transfusão, quase erros ou até mesmo erros ocasionados pela falha na não execução das etapas do Procedimento Operacional Padrão (POP), etapas que são burladas no atendimento prestado ao paciente.

MÉTODOS

Este estudo foi uma pesquisa qualitativa e exploratória, que se fundamenta na premissa de

que o conhecimento sobre as pessoas só é possível a partir da descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e tal como ela é definida pelos seus próprios autores. Assim, elas propiciam campo livre ao rico potencial das percepções e das subjetividades dos seres humanos.

A pesquisa foi realizada em um hospital de alta complexidade do município de Blumenau – SC e aplicada aos colaboradores com formação em enfermagem, atuantes na Agência Transfusional (AT) do referido hospital, cuja participação foi inteiramente voluntária.

Os participantes foram informados sobre a pesquisa e, após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o assinaram. Os critérios de inclusão foram: estar contratado na empresa há quatro meses; possuir formação em enfermagem; atuar somente na AT; ser maior de idade; aceitar participar da pesquisa.

Foi critério de exclusão da pesquisa, a negativa para qualquer um dos itens de inclusão. A coleta se realizou por meio de entrevista semiestruturada, com agendamento e uso de sala reservada, utilizando a técnica de gravação para posterior transcrição dos dados.

As entrevistas ocorreram no período diurno e noturno devido ao horário de trabalho de cada colaborador. Os dados foram coletados nos meses de agosto e setembro de 2017, após autorização do comitê de ética da Universidade Regional de Blumenau (FURB), sob Número do Parecer: 2.133.117. Desta maneira, os entrevistados foram caracterizados conforme Tabela 1.

Tabela 1. Caracterização dos sujeitos da pesquisa.

Sujeitos da Pesquisa	Idade	Sexo	Profissão	Quanto tempo trabalha na empresa	Tempo trabalho na Agência Transfusional
Entrevistado 1	22 anos	F	TE	08 meses	08 meses
Entrevistado 2	32 anos	M	TE	1 ano e 02 meses	1 ano e 02 meses
Entrevistado 3	50 anos	F	TE	10 anos	03 anos
Entrevistado 4	49 anos	F	TE	05 anos	05 anos
Entrevistado 5	36 anos	F	E	04 anos	04 anos
Entrevistado 6	53 anos	F	E	02 anos	02 anos

Entrevistado 7	35 anos	F	E	10 anos	04 anos
Entrevistado 8	28 anos	F	E	03 anos e 06 meses	02 anos

Fonte: A autora (2017).

Legenda: F(feminino), M(masculino); TE(técnico em Enfermagem), E(enfermeiro).

A análise dos dados foi realizada em cinco passos. Inicialmente, foram realizadas as entrevistas e gravadas com os participantes caracterizados de E1 a E8 e transcritas. Posteriormente, foram lidas de maneira criteriosa sem interpretação. No segundo passo, analisamos individualmente cada depoimento, buscando retirar as unidades de significado que emergiram da própria descrição, no terceiro passo, foram agrupadas as unidades de significado que possuíam um tema comum, conforme a similaridade de seu conteúdo, o quarto passo buscou a generalidade para apreender os aspectos mais comuns de todos os depoimentos, posteriormente, foram agrupados os temas conforme as unidades de significado, classificando em categorias e subcategorias. Por fim, no quinto passo da análise de dados, os significados foram identificados para apreender a essencialidade da “fala” do entrevistado⁽⁴⁾.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir do tema gerenciamento de risco e com a análise das informações das entrevistas, emergiu a construção de quatro categorias denominadas: Gerenciamento de Risco no Ato Transfusional, Segurança do Paciente, Evento Adverso e Cultura de Segurança, as quais serão apresentadas e discutidas, com o embasamento das legislações vigentes, a começar com a categoria gerenciamento de risco no ato transfusional.

Gerenciamento de risco no ato transfusional

A categoria *Gerenciamento de Riscos no Ato Transfusional* em Saúde é a aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a

integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional⁽⁵⁾.

Gestão de risco

Embora o termo “risco” tenha suas origens identificadas no século XVII, foram necessários três séculos para que ocorressem importantes transformações que contribuíram para o surgimento da avaliação e do gerenciamento de risco enquanto procedimentos científicos institucionalizados, como parte do modo contemporâneo de pensar e enfrentar os perigos⁽⁶⁾.

“O sucesso da gestão de riscos irá depender da eficácia e da estrutura de gestão, que fornece os fundamentos e os arranjos que permitirão incorporar a gestão de riscos em toda a organização” [...]”⁽⁷⁾.

Desta forma, o gerenciamento de risco no ato Transfusional é a ferramenta mais importante no serviço hemoterápico, pois impede, que os problemas não sejam um evento recorrente, ou um aumento significativo na qualidade do serviço prestado pela instituição e profissionais⁽⁴⁾.

Portanto, o ato transfusional compreende as etapas de administração do sangue e monitoramento do procedimento. A equipe de enfermagem acompanha o paciente em todos os momentos do ato transfusional, sendo a linha de frente na prevenção e combate ao risco de reação.

Para a transfusão sanguínea adquirir segurança é necessário buscar parâmetros eficazes que minimizem os riscos em todo o processo do ato transfusional⁽⁴⁾. A atuação destes profissionais pode minimizar significativamente os riscos do paciente que recebe transfusão e evitar danos, se o gerenciamento do processo Transfusional ocorrer com a eficiência necessária.

Desta maneira, observa-se qual é o entendimento dos entrevistados E1, E2, E3, quanto ao conceito de ato Transfusional:

É quando a gente já passou por todo o passo a passo pré-transfusional, e chegou o momento de transfundi o paciente [...]. (E1)

É o processo que a gente faz de transfusão, [...], chama ato transfusional. (E2)

É quando se transfundi, se coloca a bolsa, se punciona se for preciso isso, é um ato transfusional. (E3)

Segurança do ato Transfusional é uma atividade técnica, com orientação abrangente e complexa. Todos os profissionais em todos os níveis devem ser qualificados para exercer suas funções, com o objetivo de minimizar os riscos decorrentes da transfusão, sendo estes imediatos ou tardios. Por outro lado, profissionais sem conhecimentos em hemoterapia e sem habilidades suficientes podem causar complicações e danos importantes aos pacientes⁽¹⁾.

Fazem parte desta segurança toda a cadeia produtiva do sangue e o ato Transfusional, desde a captação de doadores até a liberação do hemocomponente como um produto utilizável, e desde a coleta da amostra até o término da transfusão em si, esteja o paciente sendo transfundido em caráter ambulatorial ou não. Como expressa o entrevistado E8:

[...] não é somente a instalação. O ato Transfusional todo que começa lá no começo, na identificação do paciente no momento da coleta, identificação até o momento da execução da transfusão [...]. (E8)

Conforme verificado nas falas acima, existe uma dificuldade em definir o conceito do ato Transfusional, que compreende todo o processo Transfusional desde o recebimento da solicitação de sangue até a retirada da bolsa de sangue ao seu término, e não o ato de transfundir propriamente dito, segundo relato dos entrevistados.

Quando solicitado aos entrevistados que conceituassem ato Transfusional, houve aqueles que nem souberam referir o que é o ato Transfusional. Esta observação sugere que os

profissionais não possuem empoderamento do conhecimento, do significado de cada palavra que define o processo de trabalho dentro da AT. Seria isto um problema?

Esta atitude demonstra falta de conhecimento e de entendimento do que está se falando e não se fazendo. Melhor seria correlacionar a teoria com a prática, para que quando questionado não fique em uma situação embaraçosa, dando o entender que não sabe o que está fazendo. Como observado nas falas de E4 e E5:

Não nenhum desses conceitos. (E4)

[...] ato Transfusional não se tem um conceito assim para definir isso. (E5)

Mas, afinal, por que o colaborador não saberia este conceito? Não está suficientemente qualificado? Ou desenvolve suas atividades de maneira desatenta e desconcentrada?

Assim o conhecimento existe na mente dos conhecedores. Nas organizações, costuma ser encontrado em rotinas, processos, práticas e normas organizacionais, e não só em documentos ou repositórios⁽⁸⁾. Para que a informação se transforme em conhecimento, as pessoas precisam colaborar, participar dos treinamentos e capacitações, curso de reciclagem entre outros.

O conhecimento é valioso por estar próximo da ação com relação à estratégia [...] e ciclos de vida de produto e serviço, o excesso de volume é a razão mais comum para o “desconhecimento” ou a reversão do conhecimento⁽⁸⁾. Desta forma, é importante que a instituição mantenha os profissionais qualificados, através de treinamentos e capacitações, em seu horário de trabalho preferencialmente, que os sensibilizem para a gestão de risco e os estimulem a ter um pensamentos críticos perante as situações de sua rotina de trabalho.

Contudo, em um ambiente de trabalho existe todos os tipos de profissionais, aqueles com qualificação técnica e aqueles com graduação.

Porém, observa-se que em ambas as qualificações os conhecimentos sobre determinados conceitos se igualam. Neste sentido, aqueles que possuem graduação deveriam ser detentores de um conhecimento mais amplo e complexo, para tornarem-se disseminadores deste conhecimento.

Assim, o processo Transfusional é desenvolvido em torno da segurança do paciente, que é o tema da próxima categoria.

Segurança do paciente

A categoria Segurança do paciente se caracteriza pela redução dos riscos de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável, a esses danos desnecessários são conhecidos como eventos adversos⁽³⁾.

A transfusão de sangue e de seus hemocomponentes para ocorrer de forma segura, deve possuir parâmetros de indicação adequados, segundo a descrição da legislação em vigor. Além de passar por uma avaliação rigorosa e criteriosa do profissional de saúde, garantindo a qualidade e a segurança no atendimento das necessidades clínicas que o paciente possui, uma vez que, toda transfusão sanguínea não está isenta de gerar um risco ao receptor⁽⁴⁾. Assim, é entendido pelo entrevistado E1 e não entendido pelo E4:

Eu acho que a gente tem [...] prioriza a segurança do paciente, desde o momento que a gente chega nele para fazer a coleta certa, do paciente certo, a identificação certa, os testes certos, a bolsa certa, a gente faz a dupla checagem para a identificação dele, com a amostra, com a pulseira Transfusional, para evita que aconteça algum erro [...]. (E1)

Não, nenhum desses conceitos. (E4)

A implantação das técnicas de segurança do paciente dentro do serviço de hemoterapia se originou através da necessidade de identificar os potenciais riscos, com o intuito de reduzir ou eliminar qualquer tipo de eventualidade que possa causar danos à saúde do indivíduo, facilitando assim uma análise das causas e consequência dos riscos⁽⁴⁾.

Diante dessa constatação, não se pode negligenciar o erro humano, uma vez que a causa é, um ato cometido, negligenciado ou realizado de forma incorreta por um profissional de saúde, devendo, desta forma, ser tratada. Como observamos na fala do entrevistado E3:

[...] depois no momento eu esqueci, mas depois eu fui conferi, emboras que eu já tinha digamos instalado a bolsa, mas então é quando eu lembrei opa!! Não olhei a pulseira! Então daí voltei e olhei a pulseira, mas estava tudo em conformidade era o paciente mesmo. (E3)

Desta forma, as técnicas de segurança de sistema incluem os indicadores, as não conformidades, os monitoramentos dos eventos adversos e as auditorias que formam um conjunto de ferramentas primordiais para a prevenção de incidentes e redução das consequências^(4,9).

De fato, cada etapa deve ser seguida tal qual descrito no POP, Fluxograma e outros documentos institucionais, cada movimento deve ser bem executado pelos profissionais envolvidos no ciclo do sangue, porque não adianta ter um sangue de qualidade, se quando ele chegar em seu destino final cair em mãos de profissionais não habilitados, incapacitados. Posteriormente, é constatada essa afirmação, conforme a próxima fala do E7:

[...] é o seguimento de todos os processos, os POP, de todas as etapas sem burlar essas etapas, é ter ética profissional. (E7)

A segurança do paciente na transfusão se inicia no atendimento aos doadores e vai até a correta instalação dos hemocomponentes, com a avaliação dos resultados da transfusão, todos os passos desde a coleta da amostra pré-transfusional até o monitoramento pós-transfusão devem ser seguidos criteriosamente⁽¹⁰⁾. Porém, podemos ter falhas na segurança do paciente, conforme análise das seguintes falas de E4 e E5:

Não colocou corretamente a data de nascimento do paciente, no tubo da amostra

sanguínea, mas, quando passa na dupla checagem da coleta já vai ser descoberto que aquela coleta não está batendo com as exigências, então, você automaticamente vai ter consciência que que vai fazer tudo do zero de novo. (E4)

Eu fiz a coleta, identifiquei normal e voltei até a agência, peguei uma pulseira preenchi e retornei lá no paciente e coloquei a pulseira [...]. (E5)

A identificação do cliente é prática indispensável para garantir a segurança do paciente em qualquer ambiente de cuidado à saúde, incluindo, por exemplo, coleta de exames pré-transfusionais [...].

Erros de identificação podem acarretar sérias consequências para a segurança do paciente e falhas na identificação deste podem resultar em erros durante a transfusão de hemocomponentes⁽¹¹⁾.

Lembrando que o *Protocolo de Identificação do Paciente* tem a finalidade de reduzir a ocorrência de incidentes. O processo de identificação deve assegurar que o cuidado seja prestado à pessoa para a qual se destina [...], que tem por objetivo contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional⁽¹⁰⁾.

Quanto à percepção que cada um possui em relação à segurança do paciente, quase todos têm entendimento do processo seguro na prática. Entretanto, na teoria, esse entendimento não é observado e nem conciliado com o que é desenvolvido, porque todas as atividades devem ser executadas completamente do início ao fim.

Quando a equipe está engajada no processo Transfusional e utiliza as ferramentas adequadamente, facilita na redução e desperdício do tempo de trabalho, além dos recursos disponibilizados, tendo como consequência a diminuição do retrabalho⁽⁴⁾. Esta situação pode ser encontrada na fala de E4:

[...] nome ilegível, data de nascimento que não fecha, ou paciente fala que é uma coisa e na prescrição está outra coisa, aí tem que

resolver, tem que pega o RG do paciente para checar e se necessário fazer a prescrição novamente pelo médico. (E4)

A identificação correta do paciente é outro ponto levantado na segurança do paciente e gestão de risco. Este é o processo pelo qual se assegura ao paciente que a ele é destinado determinado tipo de procedimento ou tratamento, prevenindo erros, quase erros e enganos que possam lhe causar dano.

Se em determinado momento do processo é encontrada alguma inconformidade, todo trabalho é interrompido, e será iniciado desde o começo, de maneira correta, evitando desta forma, um dano maior ao paciente, chamado de evento adverso, que será o tema próxima categoria.

Evento adverso

A categoria Evento Adverso é caracterizada como um incidente que resulta em danos à saúde, ou uma resposta não intencional e indesejada em doadores ou receptores associados à coleta e/ou transfusão de sangue e hemocomponentes⁽¹²⁾.

A importância do evento adverso reside na indicação de falhas na segurança do paciente, refletindo o marcante distanciamento entre o cuidado real e o cuidado ideal. Como observado nas falas de E5, E6 e E8:

Evento adverso a gente pode caracterizar qualquer inconformidade que a gente encontre em todo processo. (E5)

Então, eu acredito que o evento adverso seja um identificador de erros, com ele a gente vai melhorar o atendimento e o sistema. (E6)

É quando eu burlo esses passos, que pode causar um erro que chega até o paciente ou não. (E8)

A implantação das técnicas de segurança do paciente dentro do serviço de hemoterapia ocorre através da necessidade de identificar os riscos potenciais, com o intuito de reduzir qualquer

tipo de eventualidade que possa causar danos à saúde do indivíduo, o que facilita que seja feita uma análise das causas e consequência dos riscos inerentes à transfusão.

A constante ação de Vigilância Sanitária se torna cada vez mais evidente, tanto no sentido de induzir avanços na qualidade e na segurança dos produtos e dos serviços de interesse à saúde, quanto em manter os avanços alcançados.

As flutuações observadas na qualidade e nos mecanismos de controle dos serviços de hemoterapia chamam a atenção para a necessidade de monitoramento contínuo e de mecanismos de avaliação⁽⁹⁾. Como pode ser demonstrado na fala do E1 e E3:

É um mecanismo que a gente utiliza para deixa registrado algum evento que ocorreu. (E1)

É aquele que a gente preenche quando [...] pegando algum furo tipo alguma pulseira com rasura, alguma coisa assim que a gente abre evento. (E3)

Mesmo que ocorra um controle rigoroso para a prática transfusional, ainda há riscos que podem causar algum dano à qualidade e à segurança do sangue, pois são riscos ligados à produção, armazenamento, liberação dos resultados sorológicos e preparo do hemocomponentes que serão administrados nos pacientes⁽⁴⁾. Conforme as falas de E5, E6 e E8:

[...] um erro de registro né, seja relacionada a um erro no momento da coleta, no momento da execução dos testes, no momento da transfusão, o fato da gente ter algum engano, algum equívoco ou deixar de cumprir alguma etapa. (E5)

Eu não entendo muito tá, que a gente faz evento assim pra erro pequenos, erros graves. (E6)

Os eventos transfusionais são vários né, que são quase erros ou erros [...], quando eu burlo esses passos, que pode causa um erro que chega até o paciente ou não. (E8)

Qualquer evento adverso deve ser notificado ao gerenciamento de risco. Para notificar, não é necessário ter a certeza da relação de causa e efeito entre o evento adverso ocorrido e o uso do produto em questão.

A hemovigilância é um sistema de avaliação e alerta, organizado, com o objetivo de recolher e avaliar informações sobre os efeitos indesejáveis e/ou inesperados da utilização de hemocomponentes, a fim de prevenir seu aparecimento ou recorrência⁽¹³⁾. Assim, presenciamos nas falas de E1 e E2:

É um mecanismo que a gente usa utiliza para deixa registrado algum evento que ocorreu, algum erro alguma falha [...], a gente registra o evento adverso. (E1)

É o momento que tu pula um protocolo, aí vai ter que pega e fala o que tu fez, abri um evento do que tu fez pra não dá um dano maior. (E2)

Existe uma confusão clara entre o conceito de Evento Adverso e Notificação de Evento Adverso (hemovigilância), como observado e demonstrado entre os entrevistados. O Evento Adverso é provocado com ou sem intenção no paciente. E a notificação do evento adverso é o registro da ocorrência deste evento sistema informatizado.

Através da realização destas notificações podem ser criados indicadores de qualidade e com o uso destes o desenvolvimento de melhorias nos processos, fluxogramas e revisão do POP, assim, realizam-se cursos de educação continuada, capacitações e discussões acerca de melhorias do processo de trabalho.

O importante nesta situação é a não culpabilidade da pessoa que cometeu algum tipo de erro ou quase erro, não utilizar da cultura punitiva frente a esta situação, mas sim, encorajar o profissional a realizar as devidas notificações em seu próprio benefício, pois desta forma, realizaremos e desenvolveremos a cultura educativa, buscando saber o que causou o erro e não o culpado do erro.

Assim, as técnicas de segurança de sistema incluem os indicadores, as não conformidades, o monitoramento dos eventos adversos e as auditorias que formam um conjunto de ferramentas primordiais para a prevenção de incidentes e redução das consequências⁽⁹⁾.

Após a análise e constatação de que erros ou quase erros ainda são cometidos nas atividades diárias entre os profissionais de enfermagem e que estes realizam os devidos registros, pode-se abordar a próxima categoria denominada Cultura de Segurança.

Cultura de segurança

A categoria *cultura de segurança* é um conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde⁽¹⁴⁾.

A cultura de segurança do paciente está relacionada às informações relatadas sobre incidentes que ocorrem na assistência, no sentido de que, a partir destes incidentes relatados, sejam elaboradas estratégias e tomadas providências a fim de evitar a ocorrência de novos casos. Para isso, torna-se imprescindível a implementação de sistemas efetivos de notificações sobre incidentes na saúde⁽⁷⁾.

Assim, para sistematizar a cultura de segurança na instituição e entre os profissionais, devem ser desenvolvidas ações de gestão de risco, o que poderá garantir o bom desenvolvimento e funcionamento das boas práticas de saúde⁽¹⁰⁾. Este conceito não parece ser entendido pelos entrevistados E3, E4 e E5:

Eu acredito que não. (E3)

Não nenhum desses conceitos. (E4)

Bom, a palavra cultura já é um conhecimento [...], a gente tem que ter segurança. (E5)

Os profissionais têm receio de notificar um incidente, pois, prevalece o questionamento do “quem” e não do “o que” efetivamente ocorreu para a promoção do incidente, atribuindo-se uma punição ao profissional, em vez de ações corretivas.

Para que haja um engajamento favorável dos profissionais, é necessário que todos abandonem a cultura de segurança punitiva, que visa punir o profissional pelo erro cometido, sabendo que se isso ocorrer, o profissional não fará o registro.

Armitage coloca que a causa do erro, muitas vezes, é atribuída somente à ação de indivíduos [...], reforça que a atribuição de culpa muitas vezes é inapropriada e que é preciso construir defesas e promover a sabedoria na gestão dos erros, assim como a resiliência organizacional⁽⁷⁾.

Desta forma, o erro só será descoberto quando o paciente for atingido de forma direta ou indireta, ocasião em que será investigado o que ocorreu. Com a realização do estudo, percebe-se entre os entrevistados que o entendimento sobre a cultura de segurança é diversificado e inadequado.

A cultura de segurança está intimamente ligada ao erro ocorrido, sendo que será através dela e das notificações destes erros que serão desenvolvidas estratégias para melhorar o desempenho profissional, individual ou coletivo.

Buscar a causa raiz do problema em todas as suas esferas, identificar o que levou o funcionário a cometer tal erro, se foi falha mecânica, humana, de insumos etc. Com o emprego destes mecanismos será possível melhorar os indicadores de qualidade em saúde e melhorar a qualidade do processo Transfusional.

Quando os profissionais se sentirem seguros e confortáveis para fazer as devidas notificações, sabendo que não serão punidos pelo delito cometido, o aumento de notificações será considerável.

Consequentemente, haverá um aumento em processos de melhoria nos fluxogramas, POP e maior número de capacitações, visando a melhoria do processo saúde-doença do paciente e a melhoria do colaborador e a equipe envolvida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento do estudo se mostra pertinente, pois atualmente, a segurança do paciente é um tema que está sendo discutido com grande intensidade, e a equipe da AT está envolvida diretamente com a segurança do ato Transfusional.

A hemoterapia é uma área muito específica, com poucos artigos publicados para consulta, o que dificulta o acesso às novas informações e ao conhecimento de outros relatos.

Percebe-se que, logo após a análise do material coletado, erros ou quase erros ainda são cometidos nas atividades diárias entre os profissionais de enfermagem, mas que estes realizam os devidos registros.

Porém, se faz necessário mudar a cultura punitiva das instituições, fazendo-se gradualmente ou de forma emergencial.

Deixar de ter uma cultura punitiva, tornando-se cultura educativa e preventiva, visando à educação permanente e capacitação do colaborador e/ou equipe.

Desta forma, cabe ao enfermeiro a função de acompanhar as atividades diárias realizadas pelos técnicos de enfermagem e enfermeiros atuantes na AT.

Enquanto acadêmica, pode perceber como é importante o embasamento teórico e científico no desenvolvimento das atividades diárias, e o quanto nos tornamos empoderados de conhecimento, o que nos faz entender que nada e nenhum processo é simples e singular.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Segurança Transfusional: Um olhar sobre os serviços das regiões Norte e Centro Oeste do Brasil. III Curso de Especialização em Segurança Transfusional. Resumos de Monografias Finais [Internet]. Brasília (DF); 2012. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_transfusional_hemoterapia_centro_oeste_norte_brasil.pdf
2. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Anvisa. Manual Técnico e Hemovigilância: Investigações das Reações Transfusionais Imediatas e Tardias Não Infecciosas [Internet]. Brasília (DF); 2007. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33868/404938/Manual+te%C3%A9cnico+de+Hemovigil%C3%A2ncia+-+Investiga%C3%A7%C3%A3o+das+rea%C3%A7%C3%B5es+transfusionais+imediatas+e+tardias+n%C3%A3o+infecciosas/01e2c5fe-9f84-44fc-8832-075ffe76bc33>
3. Milagres LM. Gestão de Riscos para Segurança do Paciente: O Enfermeiro e a Notificação dos Eventos Adversos [Dissertação]. Juiz de Fora (MG). Universidade Federal de Juiz de Fora; 2015. Disponível em: <http://www.ufjf.br/pgenfermagem/files/2010/05/Disserta%C3%A7%C3%A3o-Lidiane-Miranda-Milagres.pdf>
4. Fundação Oswaldo Cruz. Proqualis enfatiza cultura de segurança do paciente em comemoração ao Dia do Hospital [Internet]. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2015 [citado 2017 Mai 21]. Disponível em: <https://www.icict.fiocruz.br/content/proqualis-enfatiza-cultura-de-seguran%C3%A7a-do-paciente-em-comemora%C3%A7%C3%A3o-ao-dia-do-hospital>
5. Roubert MFS. Segurança transfusional: orientação como implementação do enfermeiro. Trabalho de conclusão de curso [Graduação em Enfermagem]. Vitória (ES). Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo; 2015. Disponível em: http://www.ucv.edu.br/fotos/files/TCC-2015_1-Marina.pdf
6. Branquinho S, Capucho HC, Reis LV. Gerenciamento de Riscos e Segurança do Paciente. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. 2010.
7. Silva LFN. Fundação Oswaldo Cruz; Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Reorientação do Gerenciamento de Risco Hospitalar do Instituto Nacional de

- Traumatologia e Ortopedia [Dissertação]. Rio de Janeiro (RJ); 2009. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/2351>
8. O conhecimento [homepage na internet]. Entenda o conceito e descubra porque aplicá-lo na sua empresa faz toda a diferença para os negócios. Disponível em: <https://www.oconhecimento.com.br/gestao-do-conhecimento/>
 9. Gallotti RD; Novaes H; Zamboni LS. Introdução à Segurança do Paciente [Internet]. 2010 [citado 2017 Mai 22]. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz. Disponível em: <http://proqualis.net/aula/introdu%C3%A7%C3%A3o-%C3%A0-seguran%C3%A7a-do-paciente>
 10. Silva J; Junior JB; Rattner D. Segurança Transfusional: Um Método de Vigilância Sanitária para Avaliação de Riscos Potenciais em Serviços de Hemoterapia. Rev Visa em Debate: Sociedade, Ciência, Tecnologia, Universidade de Brasília (UnB). 2014; 2(2):43-52; DOI: <http://dx.doi.org/10.3395/vd.v2i2.126>
 11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 01 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente [Internet]. Brasília (DF); 2013. [citado 2017 Mai 15]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
 12. Conselho Regional de Enfermagem (Coren). 10 Passos Para a Segurança do Paciente. Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo – COREN-SP. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente – REBRAENSP – Polo São Paulo. São Paulo (SP); 2010. Disponível em: https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/10_passos_seguranca_paciente_0.pdf
 13. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Anvisa. RDC nº 57, de 16 de dezembro de 2010. Regulamento Sanitário para Serviços que desenvolvem atividades relacionadas ao ciclo produtivo do sangue humano e componentes e procedimentos transfusionais [Internet]. Brasília (DF), 2010. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/RDC_57_2010_COMP.pdf/6f2d2355-83a4-41fa-8993-a39c6c7b1d3d
 14. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Anvisa. RDC Nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências [Internet]. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC_36_2013_COMP.pdf/36d809a4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e

Recebido em: 29/03/2018.
Aprovado em: 08/12/2018.