

# Cultura de segurança do paciente: percepções da equipe de enfermagem

Edenise Maria Santos da Silva-Batalha\*  
Marta Maria Melleiro\*\*

## RESUMO

O estudo teve como objetivos identificar a percepção de profissionais de enfermagem de um hospital de ensino acerca das dimensões de cultura de segurança do paciente e identificar os fatores intervenientes na segurança do paciente. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo de natureza qualitativa, que apresenta resultados da questão discursiva sobre segurança do paciente obtidos a partir da aplicação do questionário Hospital Survey on Patient Safety Culture traduzido e adaptado para o Português. A análise foi realizada através da redução, compilação e categorização dos discursos de acordo com as dimensões de cultura de segurança do paciente. Os discursos desvelaram potencialidades: empenho da supervisão de enfermagem para com a segurança do paciente; mobilização da educação continuada e a importância da notificação dos eventos adversos para a melhoria do sistema; e fragilidades: dificuldades para com o trabalho em equipe, a culpabilidade diante do erro; o dimensionamento inadequado da equipe de enfermagem; e dificuldades na passagem de plantão. Considera-se que avanços no cenário atual das organizações de saúde seja desafiador, todavia é imperativo a efetiva mobilização dos profissionais e dos gestores, a fim de consolidar uma cultura de segurança profícua e construtiva.

**Palavras-chave:** Qualidade da assistência à saúde. Avaliação de serviços de saúde. Segurança do paciente. Enfermagem.

## 1 INTRODUÇÃO

O movimento em prol da segurança do paciente teve seu início na última década do século XX, após a publicação do relatório do Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América (EUA), que apresentou os resultados de vários estudos revelando a crítica situação de assistência à saúde daquele país. Dados apontaram que de 33,6 milhões de internações 44.000 a 98.000 pacientes, aproximadamente, morreram em consequência de eventos adversos (IOM,1999).

A partir de tal publicação a Organização Mundial de Saúde tem demonstrado sua preocupação com a segurança do paciente e adotado esta questão como tema de alta prioridade na agenda de políticas de saúde, de seus países membros, a partir do ano 2000. Diversas iniciativas estão sendo implementadas no intuito de fomentar questões relacionadas à temática e aprimorar os sistemas e serviços de saúde na direção de evitar e minimizar os eventos adversos e potencializar as estratégias pautadas em processos mais seguros e eficazes (WHO, 2004).

No Brasil o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Segurança do Paciente, que tem como objetivo principal qualificar o cuidado em saúde. Esse programa faz alusão à Cultura de Segurança do Paciente, na qual todos os trabalhadores de saúde devem assumir responsabilidade com a sua própria

segurança, a dos colegas, pacientes e familiares. Ainda, a instituição deve adotar uma cultura que prioriza a segurança acima das metas financeiras e operacionais; que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança; e que, a partir da ocorrência de incidentes, promova o aprendizado organizacional; além de proporcionar recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança (BRASIL, 2013; BRASIL, 2014).

Nesse contexto, a enfermagem em parceria com a equipe multiprofissional, desenvolve atividades assistenciais e gerenciais que enlaçam todos os aspectos da qualidade das instituições, estando, portanto, intimamente relacionadas à segurança do paciente. Outrossim, ratificamos a relevância de investigações nessa temática, pois os enfermeiros têm sido estimulados a se envolver nas questões e pesquisas de segurança do paciente no intuito de proporcionar tomadas de decisão mais assertivas, modificando e aprimorando o conhecimento e o processo de atuação profissional, visando que práticas confiáveis façam diferença no sistema de assistência à saúde (MARCK; CASSIANI, 2005).

A cultura organizacional pode ser concebida como um conjunto de pressupostos básicos que um grupo inventou, descobriu ou desenvolveu ao aprender como lidar com os problemas de adaptação externa e

\* Universidade do Estado da Bahia, Departamento de Ciências da Vida, Campus I. edenisemaria@gmail.com

\*\* Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Departamento de Orientação Profissional.

integração interna e que funcionou bem o suficiente para ser considerado válido e ensinado a novos membros como a forma correta de perceber, pensar e sentir em relação a esses problemas (SCHEIN,1986; FLEURY,1996).

Mais especificamente no que tange as instituições de saúde que se qualificam como prestadoras de serviço e que têm como objeto de trabalho o elemento humano é preciso reconhecer a cultura da organização para fins de políticas no nível de gestão e de gerenciamento, pois o desempenho dos recursos humanos constitui o elemento determinante do sucesso ou insucesso de propostas institucionais (KURCGANT; MASSAROLO, 2015).

Nesse enlace, a cultura de segurança do paciente é um componente crítico da qualidade nesses serviços. Como organizações de cuidados de saúde se esforçam continuamente para melhorar, há um crescente reconhecimento da importância de estabelecer uma cultura de segurança e alcançar essa cultura requer uma compreensão dos valores, crenças e normas sobre o que é importante em uma organização e que atitudes e comportamentos relacionados à segurança do paciente são esperadas e apropriadas (NIEVA; SORRA, 2003).

A cultura de segurança de uma organização pode ser compreendida como o produto dos valores individuais e do grupo, atitudes, percepções, competências e os padrões de comportamento que determinam o estilo, a proficiência da saúde organizacional e a gestão da segurança. Organizações com cultura de segurança positiva são aquelas caracterizadas por comunicação baseada na confiança mútua, por percepções compartilhadas da importância da segurança e na confiança e eficácia de medidas preventivas (NIEVA; SORRA, 2003).

Frente a essas considerações e acreditando na importância da temática segurança do paciente como pressuposto norteador das instituições de saúde é que este estudo foi desenvolvido, tendo por objetivos identificar a percepção de profissionais de enfermagem de um hospital de ensino acerca das dimensões de cultura de segurança do paciente e identificar os fatores intervenientes na segurança do paciente no referido hospital.

## 2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo de natureza qualitativa. A pesquisa foi desenvolvida em um hospital com 900 leitos operacionais, localizado no município de São Paulo, no Estado de São Paulo-Brasil. O hospital faz parte de um instituto e é organização autárquica autônoma, sem fins lucrativos, de natureza jurídica pública e patrimônio

próprio. Caracteriza-se como um hospital de ensino, por ser campo de Residência Médica e de estágios de estudantes de nível médio, de graduação e de pós-graduação de diversas áreas de saúde.

A população foi composta pelos enfermeiros assistenciais, técnicos e auxiliares de enfermagem que atuam nas unidades de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica Geral, Centro Cirúrgico, Clínica Pediátrica, Pronto-Socorro Adulto e Pronto-Socorro Infantil, Unidade de Terapia Intensiva Adulto e Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica da citada instituição. Foram adotados como critérios de exclusão: profissionais com menos de um ano na instituição e profissionais que estivessem na ocasião da coleta de dados em período de férias, licenças e/ou afastamentos do serviço.

Foram distribuídos 435 questionários, desses retornaram 305 (n=305). Especificamente no que tange a questão discursiva (Seção I) do questionário-objeto de análise nesse artigo, 142 (n=142) participantes da pesquisa a responderam. Por esta questão discursiva compor o questionário, não foi adotado critério de saturação de dados qualitativos, uma vez que o objetivo do estudo era que após respondesse às questões objetivas, os participantes escrevessem discursos que permitissem aprofundar a sua percepção de segurança do paciente e conhecer os fatores que interferem nesta segurança. Sendo, portanto, facultado a todos os participantes a possibilidade de resposta à questão discursiva.

O estudo foi pautado no cumprimento das diretrizes, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos, estabelecidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil. O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) e ao CEP do hospital, cenário do estudo. Sendo desenvolvida após a aprovação dos referidos órgãos sob protocolos na EEUSP (nº 1070/2011) e no CEP do hospital (nº 083/11-V/2011). A anuência dos sujeitos da pesquisa foi determinada mediante sua livre e espontânea deliberação através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em termo próprio, lido, entendido e assinado pelos participantes.

A coleta de dados foi desenvolvida de fevereiro a junho de 2012, por meio da aplicação de um questionário da Agency for Health Research and Quality (AHRQ) dos EUA, intitulado Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) traduzido para o Português e adaptado da versão original em inglês.

Neste enfoque qualitativo são apresentados os resultados oriundos da questão discursiva do questionário (Seção I) intitulada: Seus Comentários –

Por favor, sinta-se à vontade para escrever qualquer comentário sobre segurança do paciente, erros ou relatórios de eventos adversos no seu hospital.

Após responder as questões objetivas do questionário que contemplava: as características sociodemográficas (idade; sexo; escolaridade; unidade de trabalho; função; tempo de formado e de trabalho na instituição) ainda, se tinha ou não contato direto com os pacientes, e os itens que abrangem as dimensões de cultura de segurança do paciente; os participantes responderam à citada questão discursiva. Através dessa abordagem foi possível aprofundar na compreensão da percepção de cultura dos profissionais de enfermagem, desvelando aspectos qualitativos que interferiam na segurança dos pacientes.

O questionário da AHRQ foi construído por duas pesquisadoras que desenvolveram uma extensa revisão de literatura na área de gerenciamento da segurança e prevenção de acidentes; cultura organizacional e instrumentos para avaliá-la e clima de segurança; erros em serviços de saúde; a notificação dos eventos adversos e segurança do paciente (SORRA; NIEVA, 2004).

Conforme a AHRQ as dimensões de cultura de segurança são ao todo dez, divididas entre sete dimensões de cultura de segurança que ocorre no âmbito das unidades e três dimensões da cultura de segurança no âmbito hospitalar:

Cultura de segurança no âmbito das unidades de trabalho:

Trabalho em equipe no âmbito das unidades: os trabalhadores apóiam-se nas unidades, tratam as outras com respeito e trabalham juntas como uma equipe;

Expectativas e ações de promoção da segurança dos supervisores e gerentes: supervisor/gerente considera as sugestões da equipe para melhoria da segurança do paciente, elogia o trabalhador ou equipe que segue os procedimentos corretamente e não negligencia problemas de segurança do paciente;

Aprendizado organizacional – melhoria contínua: existe uma cultura de aprendizagem na qual os erros levam a mudanças positivas e as mudanças são avaliadas em sua eficácia;

Feedback e comunicação a respeito de erros: os trabalhadores são informados sobre os erros que acontecem, é dado retorno sobre as mudanças implantadas e são discutidas maneiras de prevenir erros com a equipe;

Abertura para as comunicações: os trabalhadores podem livremente discutir se observam algo que pode afetar negativamente o paciente e sentem-se livres em questionar seu superior;

Pessoal: existe número suficiente de trabalhadores para a efetiva execução do trabalho e o número de horas trabalhadas é apropriado para oferecer o melhor cuidado ao paciente;

Respostas não punitivas aos erros: os trabalhadores sentem que seus erros e os eventos reportados não são utilizados contra eles e que os erros não são anotados em suas fichas funcionais;

Cultura de segurança no âmbito da organização hospitalar:

Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente: a gestão hospitalar oferece um clima de trabalho que promove a segurança do paciente e demonstra que a segurança do paciente é a prioridade maior;

Trabalho em equipe pelas unidades hospitalares: as unidades do hospital cooperam e se coordenam entre si para oferecer o melhor cuidado para o paciente;

Transferências internas e passagens de plantão: informações importantes do cuidado do paciente são transmitidas entre as unidades do hospital e durante as mudanças de turnos;

Todos os comentários da Seção I foram transcritos na íntegra para um arquivo da Microsoft Word. A análise dessa seção foi realizada através da redução, compilação e categorização dos comentários de acordo com as dimensões de cultura de segurança do paciente instituídas pelas autoras do questionário HSOPSC (SORRA; NIEVA, 2004).

### 3 RESULTADOS

Os resultados estão apresentados revelando o perfil dos participantes da pesquisa e através de quadro demonstrativo (Quadro 1) os seus discursos para com os aspectos de cultura de segurança do paciente.

Os sujeitos de pesquisa em sua maioria tinham entre 26 e 31 anos, eram do sexo feminino, na função de técnico ou auxiliar de enfermagem, possuíam nível médio completo ou superior incompleto ou completo, tempo de formado e na instituição de 1 a 15 anos, e a maioria possuía contato direto com os pacientes.

O Quadro 1 apresenta os discursos dos sujeitos de pesquisa que estão categorizados conforme as dimensões de Cultura de Segurança do Paciente e identificados com o número (N.) do questionário correspondente.

### 4 DISCUSSÃO

Diante das respostas apresentadas na Seção I do questionário constatamos que a segurança do paciente delineia-se como algo de grande importância para os profissionais de enfermagem. Os discursos

## QUADRO 1

Conteúdo das respostas à questão discursiva acerca da segurança do paciente, erros ou relatórios de eventos adversos no hospital.

<b>CONTEÚDO DA QUESTÃO DISCURSIVA DISTRIBUÍDO POR DIMENSÕES DE CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE</b>
<p><b>DIMENSÃO: Trabalho em equipe no âmbito das unidades</b></p> <p>Quando ocorre de um dos colaboradores ficar sobrecarregado ninguém vai ajudar e até mesmo a chefia, dependendo de quem no momento está precisando de ajuda, nem mesmo ela pede para alguém ajudar, colocando em risco o profissional e o próprio paciente.<sup>(N.256)</sup></p>
<p><b>DIMENSÃO: Expectativas e ações de promoção da segurança dos supervisores e gerentes</b></p> <p>... realizar todas as suas atribuições com responsabilidade e muito amor em função da segurança, temos que passar para o cliente que aqui ele vai ser a prioridade. Nós temos supervisão e chefia capacitada para que possamos fazer o melhor.<sup>(N.24)</sup></p> <p>A frequência e omissão de erros é consequência da não supervisão de técnicas realizadas pela equipe de enfermagem.<sup>(N.48)</sup></p> <p>... em meu setor meus supervisores são atenciosos mas penso que isso deveria se estender ao hospital em geral, para podermos assim transformar nossa assistência em algo muito melhor e qualificado...<sup>(N.76)</sup></p> <p>E os profissionais estão sendo muito mal orientados e supervisionados pelas enfermeiras. Como tem muito profissional recém-admitido, as enfermeiras não acompanham o profissional para orientá-lo antes que algo aconteça.<sup>(N.216)</sup></p>
<p><b>DIMENSÃO: Aprendizado organizacional – melhoria contínua</b></p> <p>Não se previne a segurança do paciente, só se toma providência depois que o evento aconteceu, falta um protocolo de avaliação e necessidade de informação para o profissional, paciente e acompanhante.<sup>(N.59)</sup></p> <p>Acredito que educação continuada e supervisão dos enfermeiros à equipe de enfermagem é sempre um bom “passo” até para que fique sempre em mente a importância do cuidado com a segurança do paciente que acaba por si mesmo sendo também a segurança do profissional.<sup>(N.96)</sup></p> <p>Os relatórios de eventos adversos deveriam ser usados para que os profissionais que cometessem os erros fossem treinados para que o erro não voltasse a ocorrer.<sup>(N.134)</sup></p> <p>Deve ser implantado um plano de intervenções para identificar os possíveis riscos que cada paciente individualmente tem, para que seja aplicado um conjunto de ações para prevenção desses riscos.<sup>(N.186)</sup></p> <p>Sugiro a implantação de sistema de notificação informatizado.<sup>(N.212)</sup></p> <p>A chefia assim como funcionários de anos nesta instituição recusam a aceitar mudanças de comportamento, como mudanças de técnicas, o que prejudica realmente os nossos clientes. As mudanças e as sugestões são recebidas com a seguinte frase: “aqui não dará certo”. E assim erros são negados quando perguntado.<sup>(N.225)</sup></p> <p>Acho que o único meio de acabar ou pelo menos diminuir erros cometidos, é ter equipe para treinar novos profissionais e ter uma melhor seleção de candidatos, aulas sobre diluições e preparações de medicações, porque nem tudo se aprende no curso.<sup>(N.234)</sup></p> <p>Acredito que uma simples estratégia de gerenciamento de risco, com treinamento e disponibilização de informações para os usuários e acompanhantes acredito que melhoraria expressivamente os acidentes evitáveis.<sup>(N.281)</sup></p>
<p><b>DIMENSÃO: Feedback e comunicação a respeito de erros</b></p> <p>O tempo entre o comunicado e uma resposta favorável de eventos adversos é fraco e demorado.<sup>(N.6)</sup></p> <p>Na unidade em que eu trabalho nesse hospital a segurança do paciente é uma prioridade e os eventos adversos são 100 % notificados e medidas são tomadas para que os mesmos não voltem a ocorrer, porém percebo que essa não é uma realidade do hospital como um todo.<sup>(N.155)</sup></p>

## Continuação Quadro 1

<p style="text-align: center;"><b>DIMENSÃO: Abertura para as comunicações</b></p> <p>Eu acredito que há falta de comunicação e quando existe ela vem acompanhada de forte repressão e isso não ajuda no contexto de melhorar a maneira de controlar e administrar os processos, pois sempre lhe julgam antes de ouvir as partes.<sup>(N.104)</sup></p> <p>Na unidade onde atuo não existe relatórios de eventos adversos, a não ser o de queda de paciente. Quando ocorrem erros dificilmente são notificados à chefia, pois a mesma não dá abertura para esse tipo de notificação.<sup>(N.121)</sup></p> <p>... acho que ainda tem muita coisa a fazer, eu acho que muitos profissionais têm muitas dúvidas e o orgulho ou outro motivo que os impede de perguntar aí acabam prejudicando o paciente em algum sentido.<sup>(N.216)</sup></p>
<p style="text-align: center;"><b>DIMENSÃO: Pessoal</b></p> <p>A proporção de pacientes para funcionários é muito grande, a carga de trabalho é muito grande o que é perigoso tanto para o paciente quanto para o profissional.<sup>(N.3)</sup></p> <p>Na maioria das vezes existe a sobrecarga de trabalho, temos que cuidar dos pacientes por produção e não como ser humano. É impossível prestar um cuidado humanizado, principalmente quando se tem que “rodar” para as outras clínicas.<sup>(N.4)</sup></p> <p>No meu setor temos um bom número de funcionários e tudo corre bem organizado e somos bem supervisionados para que isso ocorra, porém quando necessitam que trabalhemos em outros andares percebo que a segurança do paciente é um pouco esquecida.<sup>(N.35)</sup></p> <p>Evento adverso ocorre principalmente com paciente idoso, já que a equipe de enfermagem não consegue dá atenção/cuidado adequado ao paciente com um quadro de funcionários quase sempre insuficiente.<sup>(N.65)</sup></p> <p>Segurança do paciente depende muito de quem está com o cliente, o profissional de enfermagem deve procurar exercer a profissão de modo ético, respeitando o paciente e sua família, suas crenças pessoais, seus valores, para poder alcançar a recuperação desse cliente e não a sua piora... reconhecer o erro é a melhor forma de melhorar a assistência do cliente.<sup>(N.93)</sup></p> <p>Sempre que é focada a quantidade em detrimento da qualidade em nosso hospital, concomitantemente falta tempo para pensar e agir com segurança. Isto também porque dificulta a visualização de riscos e a reflexão de nossas atitudes, individuais e coletivas.<sup>(N.109)</sup></p> <p>Infelizmente os turnos de trabalho não cooperam entre si e aqui se trabalha muito e o pior de tudo é o não reconhecimento; trabalha-se correndo e estamos muito propícios a erros, e quando erros acontecem o que ouvimos é que estamos despreparados para o trabalho. E a correria?<sup>(N.117)</sup></p> <p>Na minha unidade tem-se percebido grande melhora no atendimento/cuidado ao paciente, apesar dessa melhora, está longe do ideal, justamente pelo número reduzido de funcionários e sobrecarga de trabalho, prejudicando a assistência integral ao paciente. A melhora deve-se ao esforço pessoal dos funcionários, e não à melhora das condições de trabalho.<sup>(N.123)</sup></p> <p style="text-align: center;">Pacientes a mais, funcionários a menos, igual a déficit de segurança do paciente.<sup>(N.178)</sup></p> <p>O paciente neste e em qualquer hospital é um ser humano que necessita e tem direito a um atendimento de qualidade, humanizado e funcional, no entanto, os funcionários que prestam estes cuidados, também são além de profissionais que optaram por esta profissão, seres humanos que dá mesma forma necessitam e têm direitos a serem garantidos por lei e mérito. É impossível prestar um atendimento de qualidade, eficiente e humanizado sem que o prestador deste serviço esteja apto fisicamente, emocionalmente e financeiramente. A segurança do paciente somente será eficaz quando o profissional responsável por este serviço for visto de uma maneira diferente da que se vê hoje, ou seja, o profissional precisa de base e conhecimento técnico-científico, humanização, resiliência, carga de trabalho justa, salário adequado com a responsabilidade da função e aprimoramento constante e atual.<sup>(N.289)</sup></p>
<p style="text-align: center;"><b>DIMENSÃO: Respostas não punitivas aos erros</b></p> <p>Relatórios são preenchidos normalmente para punir o funcionário, existe uma vontade muito grande de “entregar” o colega e quase sempre isso não visa o bem do paciente.<sup>(N.117)</sup></p> <p style="text-align: center;">Muitas vezes um relatório enviado por um profissional no intuito de melhorar o serviço se torna uma arma contra quem enviou.<sup>(N.177)</sup></p> <p>E o erro nunca se vira para esse problema, mas sempre para “incapacidade” do profissional de enfermagem. Isso provoca a desmotivação do desenvolvimento no trabalho.<sup>(N.238)</sup></p> <p>O erro ainda é rotulado como ação punitiva e não educativa, a falta de recursos materiais, no caso das medicações que nem sempre estão acondicionadas de maneira adequada favorece o erro, por exemplo.<sup>(N.290)</sup></p>

## Continuação Quadro 1

<p style="text-align: center;">DIMENSÃO: Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente</p> <p>De modo geral o hospital não se preocupa muito com a questão de segurança do paciente. O que comumente acontece é que só se toma alguma atitude quando acontece algum evento adverso ou após e não é pela enfermagem e sim pela própria administração do hospital.(N.20)</p> <p>Gostaria que a instituição nos oferecesse mais condições de trabalho, através de recursos humanos e materiais, pois acredito que uma das falhas do serviço seja esta.(N.97)</p> <p>A administração hospitalar está mais interessada em número e fluxo dos pacientes do que com a segurança do mesmo. Quando a segurança é afetada o foco se torna em quem ocasionou e não o porquê.(N.176)</p> <p>Neste hospital o ambiente físico, a estrutura organizacional e ações da administração não convergem de forma a proporcionar um ambiente seguro ao paciente. Há de se entender que o importante não é justificar o erro e punir o culpado, e sim utilizar o evento adverso para corrigir falhas presentes e futuras.(N.181)</p>
<p style="text-align: center;">DIMENSÃO: Trabalho em equipe pelas unidades hospitalares</p> <p>Neste hospital a impressão que temos é que eles não têm domínio sobre os funcionários, e que um setor não se importa com o outro, sempre que um funcionário de outra clínica vem ajudar, vem com má vontade como se o hospital não fosse o mesmo.(N.169)</p>
<p style="text-align: center;">DIMENSÃO: Transferências internas e passagens de plantão</p> <p>Esta unidade vem recebendo vários pacientes de outro setor com uma dificuldade de passagem de plantão, muita falta de informações, segurança e sigilo do paciente. Isto não existe.(N.74)</p> <p>As equipes de outras unidades, que não sejam emergência, encontram muita dificuldade em transferir pacientes para UTI e emergência, não se atentando ao que é mais importante numa transferência como drogas e O2, acredito que um treinamento sobre transferência de paciente seja fácil e rápido para resolução deste acontecimento frequente, isso fora os pertences que realmente se perdem nesse trajeto.(N.90)</p> <p>Infelizmente o hospital não tem tantos protocolos para serem seguidos, afetando negativamente a ação da equipe multiprofissional no quesito continuidade e qualidade de plantão.(N.279)</p>

Fonte - As autoras (2012).

apresentados desvelam potencialidades e fragilidades do sistema para com a segurança dos pacientes.

No que tange ao trabalho em equipe no âmbito das unidades e entre as unidades os participantes disseram que, por vezes, os trabalhadores têm dificuldade em lidar com o trabalho em equipe, apontando para a necessidade das chefias de enfermagem mobilizar recursos e sensibilizar os trabalhadores nesse aspecto.

A divisão do trabalho na enfermagem expressa, desde os seus primórdios, a característica do trabalho coletivo, pois a enfermagem não constitui um trabalho que possa ser desenvolvido aparentemente por apenas uma pessoa. Mas ao contrário, o cuidado de enfermagem caracteriza-se pelo acompanhamento contínuo e constante, sendo necessário um conjunto de agentes para sua execução. Entretanto, muitas vezes, a equipe de enfermagem usualmente executa o trabalho no seu cotidiano de forma independente e isolada (PEDUZZI; CIAMPONE, 2015).

Diante dos discursos sobre trabalho em equipe e na reflexão da divisão do trabalho na enfermagem, que tem na sua composição técnicos/auxiliares de enfermagem e enfermeiros, percebe-se a necessidade

deste trabalho coletivo, unificado e com identidade institucional.

Vale ressaltar que para que uma equipe se torne coesa, deve haver envolvimento de seus membros no processo de planejamento e tomadas de decisão; todos os membros precisam se sentir responsáveis pelo sucesso da equipe e visualizar-se como parte integrante da instituição; ainda, todos os membros devem se empenhar para manter relações de cooperação por meio de estabelecimento de objetivos mútuos compartilhados com comunicação aberta, reconhecimento e apoio recíproco (PEDUZZI; CIAMPONE, 2015).

Percebe-se que para alcançar este nível de trabalho em equipe deve haver envolvimento dos níveis políticos, estratégicos e operacionais da instituição. Ainda, para que isto ocorra é necessário haver motivação do grupo de trabalho, condições de trabalho e um enfoque em desenvolver a identidade institucional e as relações de parceria entre os membros, algo desafiador, porém necessário para a cultura de segurança.

Em relação à promoção da segurança pelos supervisores e gerentes os discursos demonstraram que quando a chefia/supervisão proporciona um

processo de trabalho pautado na qualidade da assistência, os profissionais sentem-se motivados para atuar com as melhores práticas para a segurança do paciente. Além disso, os participantes reiteraram a necessidade de supervisão contínua das técnicas desenvolvidas pelos trabalhadores e a relevância da capacitação contínua, sobretudo aos trabalhadores recém-admitidos.

Diante do exposto, é válido ratificar que o enfermeiro, como coordenador da equipe de enfermagem, não pode perder de vista que no exercício da sua função administrativa deve liderar a equipe com o compromisso de sempre buscar seu aprimoramento técnico-científico e ético. E que diante da complexidade e instabilidade do processo de trabalho em enfermagem, a responsabilidade do enfermeiro deve garantir uma assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, imprudência e negligência, pautada pela ética profissional por mais que seja desafiador (LARA; BERTI, 2011)

Na dimensão de aprendizado e melhoria contínua, os participantes enfocaram, novamente, a educação continuada como algo essencial para melhoria da assistência. Revelaram como barreira a dificuldade que alguns trabalhadores têm ao lidar com as mudanças de protocolos e fizeram menção a necessidade da implantação de gerenciamento de riscos e de sistemas de notificações de Eventos Adversos (EA).

Se tratando do apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente, os discursos demonstraram que na percepção de alguns profissionais a instituição apresenta-se no estágio reativo da maturidade de cultura de segurança, no qual a organização desenvolve ações corretivas somente após a ocorrência de incidentes, buscando garantir que estes não voltem a ocorrer (HUDSON, 2003). Ainda é um grande desafio a assimilação por parte das instituições de saúde de que a causa dos erros e EA é multifatorial e que os profissionais de saúde estão suscetíveis a cometê-los quando os processos técnicos e organizacionais são complexos e mal planejados (SILVA, 2008; SILVA, 2010).

Ratificando esse entendimento, resultado de estudo apontou que a maioria equipe multiprofissional não percebia que a gestão hospitalar tinha a cultura de segurança do paciente como prioridade, não propiciava um ambiente de trabalho que favorecia esta cultura e ainda, parecia se interessar pela segurança apenas após a ocorrência de eventos adversos (KAWAMOTO et al., 2016).

Ainda, outra investigação em um hospital pediátrico de São Paulo sobre cultura de segurança evidenciou baixos escores quanto à percepção sobre a

gestão administrativa e da unidade, demonstrando uma fragilidade do apoio da gestão para com a segurança dos pacientes. As autoras inferem que a formação de uma cultura de segurança leva tempo para amadurecer, e sugerem que esforços da instituição devem ser feitos para o fortalecimento da formação dos gerentes no papel de liderança (ALVES; GUIRARDELLO, 2016).

Tais dados demonstram que apesar de ser a gestão central a responsável pela elaboração e implementação das políticas de segurança do paciente, muitas vezes encontra-se afastada da área operacional e não demonstra efetividade.

Geralmente quando ocorrem erros ou EA, a resposta humana é encontrar culpados e solicitar compensações e retratações, procurando assegurar-se de que a falha não ocorrerá novamente, nessa compreensão percebe-se a necessidade de se modificar a cultura organizacional de modo a dar resultados satisfatórios e efetivos e não apenas agir após o acontecimento de um EA (PEDREIRA, 2009).

Relativo ao Feedback e comunicação a respeito de erros e a abertura para as comunicações, os participantes ratificaram a importância da notificação, para que as medidas de melhoria sejam tomadas; todavia revelam que há lacunas na comunicação de possíveis intervenções. As equipes que funcionam adequadamente determinam uma série de estratégias, enfatizando, principalmente, programas de treinamento em gestão de recursos humanos, para melhorar a comunicação e o trabalho em equipe (WACHTER, 2010).

A dimensão pessoal foi que mais apresentou discursos dos participantes, demonstrando que os aspectos referentes aos recursos humanos, como o dimensionamento de pessoal; a carga e a jornada de trabalho; as condições em que o trabalho é exercido; a formação e comprometimento profissional; são fatores que interferem diretamente na qualidade da assistência e na segurança aos pacientes.

Nesse entendimento, estudos demonstram o déficit na qualidade da assistência quando os pacientes são atendidos por uma equipe subestimada (VERSA et al., 2011). E revelam também, a associação da carga de trabalho da equipe de enfermagem e EA, como queda do leito e infecção relacionada a cateter venoso central, evidenciando que o aumento no número de paciente por enfermeiros/técnicos e auxiliares aumenta a incidências desses indicadores (MAGALHÃES; DALL'AGNOL; MARCK, 2013).

Ainda, o trabalho em saúde é um trabalho coletivo que requer também pensar no cuidado de quem cuida, pois o trabalhador, quando satisfeito, sente-se reconhecido e, conseqüentemente desenvolve o seu trabalho com prazer, repercutindo positivamente nas

atividades que realiza. Quando em sofrimento, pode ter dificuldade de ser continente para o sofrimento do outro, repercutindo de forma negativa no cuidado em saúde (GLANZNER; OLSCHOWSKY; KANTORSKI, 2011).

Pesquisa sobre cultura de segurança do paciente em unidade de transplante de medula óssea evidenciou que a dimensão “condições de trabalho” se apresentou com a maior fragilidade entre os profissionais, em especial entre os técnicos de enfermagem. Demonstrando que muitas vezes estes profissionais não possuem todas as informações para o cuidado; equipamentos; apoio logístico e supervisão adequada, o que pode contribuir para uma prática profissional mais limitada e com maiores riscos de incidentes (FERMO et al., 2016).

Portanto, todos esses aspectos, que influenciam na satisfação e insatisfação no trabalho, podem gerar desmotivação e propiciar o acontecimento de erros e EA, configurando-se como fator interveniente na segurança do paciente.

Com relação às transferências internas e passagens de plantão, os relatos demonstram vulnerabilidades nesses processos, como a falta de informações; dificuldade de alguns trabalhadores em lidar com equipamentos e medicamentos durante as transferências e ausência de protocolos nos setores.

Fatores como a modalidade; a presença da equipe multidisciplinar; as interrupções; as conversas paralelas; as entradas e saídas antecipadas; as informações passadas; e ainda a qualificação da equipe interferem diretamente na qualidade da passagem de plantão e conseqüentemente na continuidade do cuidado. Dessa forma, se faz-se necessário a formação e o aprimoramento da equipe para essas questões, fomentando o tema desde as escolas técnicas até a graduação e pós graduação viabilizando assim o aporte teórico e prático para os profissionais (GONÇALVES et al., 2016).

Em se tratando de respostas não punitivas aos erros, as colocações dos participantes evidenciam que, culturalmente, ainda, é difícil lidar com o erro, uma vez que este é visto como algo que merece punição.

O erro humano pode ser visto por dois caminhos: uma abordagem pessoal e uma abordagem sistêmica. A abordagem pessoal está centrada nos atos inseguros, nos erros e violações processuais de profissionais. Como medida de controle de erros busca-se a redução da variabilidade indesejada no comportamento humano, realizando medidas disciplinares de ameaça, nomeando, culpando e promovendo reciclagem de profissionais (REASON, 2000).

Em contrapartida, a abordagem sistêmica tem como premissa básica que os humanos são falhos

e, desse modo os erros são esperados, mesmo nas melhores organizações. Os erros são vistos como conseqüências e não como causas. A ideia central nesse tipo de abordagem é a de defesas do sistema, uma vez que, todas as atividades são complexas e perigosas e devem possuir barreiras para evitar a ocorrência de EA. Quando este ocorre, a questão primordial não é encontrar quem errou, mas sim como e porque as barreiras falharam (REASON, 2000).

Por conseguinte, fica evidenciado nos discursos dos participantes que, por vezes, a instituição perde de vista a importância da abordagem sistêmica do erro, o que pode gerar desmotivação e subnotificação dos EA.

Estudo concluiu que estratégias como a notificação dos erros/eventos adversos e aprendizagem a partir de sua análise; a concepção sobre o erro coletivo e o trabalho em equipe; produção e consumo de pesquisas que permitam a transformação cultural nas instituições; mudança do modelo biomédico para a integralidade da assistência; educação permanente; e formação profissional com ênfase na segurança do paciente são possibilidades para construção da cultura de segurança do paciente. Ainda, enfatiza que esta cultura deve ser desenvolvida de forma enraizada e sistêmica nas instituições (WEGNER et al., 2016).

## 5 CONCLUSÃO

Todos esses aspectos desvelados nos mostram a preocupação com a temática de segurança do paciente e evidenciam aspectos que interferem nesta dentro das instituições. Tais apontamentos se constituem como oportunidades de melhoria e fortalecimento, e permitem direções a seguir quanto à otimização dos recursos existentes ou necessários para que se planeje a assistência à saúde com qualidade, solucionando os problemas existentes, potenciais e contingenciais.

Compreende-se que avanços no cenário atual das organizações de saúde seja desafiador, todavia é imperativo a efetiva mobilização dos profissionais e dos gestores, a fim de consolidar uma cultura de segurança profícua e construtiva.



## Patient safety culture: perceptions of nursing team

### ABSTRACT

This study aimed identify the nursing staff's perception in a teaching hospital about the dimensions of patient safety culture and to identify factors involved in patient safety. This was an exploratory-descriptive study with qualitative approach, presenting the results of discursive question about patient safety obtained from Hospital Survey on Patient Safety Culture questionnaire translated and adapted into Portuguese. The analysis was performed by reducing, compilation and categorization of speeches according to the patient safety culture dimensions. Speeches reveal the following potential outcomes: nursing supervision commitment with the patient safety; mobilization of continuing education and the importance of reporting adverse events to improve the system and minimize fragilities: difficulties related to teamwork, responsibility for the errors, the inadequate dimensioning of the nursing staff and, difficulties in changing shifts. Advances in the current scenario of health organizations are a challenge, however it is imperative the effective mobilization of professionals and managers in order to build a productive and effective safety culture.

**Keywords:** Quality of health care. Health services evaluation. Patient safety. Nursing.

### REFERÊNCIAS

- ALVES, D.F.S.; GUIRARDELLO E.B. Ambiente de trabalho da enfermagem, segurança do paciente e qualidade do cuidado em hospital pediátrico. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, RS, v. 37, n. 2, p. e58817, jun. 2016.
- FERMO, V. C. et. al. Atitudes profissionais para cultura de segurança do paciente em unidade de transplante de medula óssea. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, RS, v. 37, n. 1, p. e55716, mar. 2016.
- FLEURY, M. T. L. *Cultura e poder nas organizações*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1996.
- GLANZNER, C. H.; OLSCHOWSKY A.; KANTORSKI L. P. O trabalho como fonte de prazer: avaliação da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 716-721, jun. 2011.
- GONÇALVES, M. I. et. al. Comunicação e segurança do paciente na passagem de plantão em unidades de cuidados intensivos neonatais. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, SC, v.25, n.1, p. e2310014. 2016.
- HUDSON, P. Applying the lessons of risk industries to health care. *Quality & Safety Health Care*, London, v. 12, Suppl.1, p. 7-12, dez. 2003.
- IOM. Institute of Medicine. *To err is human*. Washington DC: National Academy Press, 1999.
- KAWAMOTO, A. M. et. al. Liderança e cultura de segurança do paciente: percepções de profissionais em um hospital universitário. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, Rio de Janeiro, RJ, v. 8, n. 2, p. 4387-4398, abr./jun. 2016.
- KURCGANT, P.; MASSAROLO, M.C.K.B. *Cultura e Poder nas Organizações de Saúde*. In: KURCGANT, P. *Gerenciamento em Enfermagem*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015. p. 23-33.
- LARA, S. R.; BERTI, H. W. Dimensão ética do gerenciamento em enfermagem. *Revista Cuidarte Enfermagem*, Catanduva, v. 5, n. 1, p. 7-15, jan/jun. 2011.
- MAGALHÃES, A. M. M.; DALL'AGNOL, C. M.; MARCK, P. B. Nursing workload and patient safety – a mixed method study with an ecological restorative approach. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 21, n. spe, p. 146-154, jan/fev. 2013.
- MARCK, P.; CASSIANI, S. H. B. Theorizing about systems: an ecological task for patient safety research. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p. 750-753, set/out. 2005.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília, 2014. Disponível em: < [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranca.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf)>. Acesso em: 20 jul. 2016.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Portaria GM/MS nº 529, de 01 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente no Brasil. Brasília, 2013. Disponível em: < [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html)>. Acesso em: 20 jul. 2016.
- NIEVA, V. F.; SORRA J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Quality & Safety Health Care*, London, v.12, Suppl 5, p. 17-23, dez. 2003.

- PEDREIRA, M. L. G. Erro humano no sistema de saúde. In: PEDREIRA, M. L. G.; HARADA, M. J. C. S. Enfermagem dia a dia: segurança do paciente. São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2009. p. 3-22.
- PEDUZZI, M.; CIAMPONE M. H. T. Trabalho em Equipe e Processo Grupal. In: KURCGANT, P. Gerenciamento em Enfermagem. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015. p. 105-120.
- REASON, J. Human error: models and management. *BMJ*, v. 320, p. 768-770, mar. 2000.
- SCHEIN, E. *Organizational culture and leadership*. San Francisco: Jossey Bass, 1986.
- SILVA, A. E. B. C. Análise de risco do processo de administração de medicamentos por via intravenosa em pacientes de um Hospital Universitário de Goiás. 2008. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.
- SILVA, A. E. B. C. Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em Enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v.12 n. 3, p. 422, set. 2010.
- SORRA, J. S.; NIEVA, V. F. Pilot study: reliability and validity of the hospital survey on patient safety. In Technical report prepared by Westat under Contract No. 290-96-004 Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2004.
- VERSA, G.L.G.S.; INOUE, K.C.; NICOLA, A. L.; MATSUDA L. M. Influência do dimensionamento da equipe de enfermagem na qualidade do cuidado ao paciente crítico. *Revista Texto & Contexto em Enfermagem*, Florianópolis, v. 20, n. 4, p. 796-802, out/dez. 2011.
- WACHTER, R. M. *Compreendendo a segurança do paciente*. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- WEGNER W. et. al. Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, RJ, v.20 n. 3, p. e20160068 Jul-Set. 2016.
- WHO. World Health Organization. The World alliance for patient safety. The Launch of the World Alliance for Patient Safety, Washington DC, USA, 27 Out. 2004. Disponível em: <http://who.int/patientsafety/worldalliance/en/>. Acesso em: 10 abr. 2011.

Enviado em 29/6/2015

Aprovado em 28/7/2016