



## CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS SOBRE A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

### KNOWLEDGE OF NURSES ON THE CULTURE OF PATIENT SAFETY IN UNIVERSITY HOSPITAL CONOCIMIENTO DE LOS ENFERMEROS SOBRE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Gabriela Camargo Tobias<sup>1</sup>, Ana Lúcia Queiroz Bezerra<sup>2</sup>, Isadora Alves Moreira<sup>3</sup>, Thatianny Tanferri de Brito Paranaguá<sup>4</sup>, Ana Elisa Bauer de Camargo Silva<sup>5</sup>

#### RESUMO

**Objetivos:** analisar as dimensões da cultura de segurança do paciente no âmbito organizacional e das unidades de trabalho e levantar o conhecimento dos enfermeiros sobre a cultura de segurança do paciente. **Método:** estudo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa, realizado em um hospital de ensino de Goiânia (GO), Brasil, com 117 enfermeiros. A produção de dados foi realizada com instrumento autoaplicável e, posteriormente, a análise descritiva a partir de categorias analíticas. **Resultado:** os enfermeiros têm conhecimento sobre a ocorrência de eventos adversos no contexto da prática hospitalar, sabem que podem ser prevenidos e reconhecem a importância de evidências como um dos princípios básicos para melhoria da qualidade e segurança da assistência. **Conclusão:** o desenvolvimento da cultura de segurança nas instituições de saúde deve ser priorizado pelos gestores, respaldado pelas políticas institucionais e governamentais com envolvimento dos usuários e profissionais de saúde. **Descritores:** Enfermagem; Segurança do Paciente; Vigilância de Evento Sentinela.

#### ABSTRACT

**Objectives:** to analyze the dimensions of patient safety culture in the organizational framework and working units and raising the knowledge of nurses on patient safety culture. **Method:** a descriptive exploratory study with a qualitative approach, performed in a teaching hospital in Goiânia (GO), Brazil, with 117 nurses. The production data was performed using the self-report instrument, AND then a descriptive analysis was carried out from analytical categories. **Result:** nurses have knowledge about the occurrence of adverse events in the context of hospital practice, knowing that the importance of evidence as one of the basic principles for improving the quality and safety of care can be prevented and recognize. **Conclusion:** the development of safety culture in health care institutions should be prioritized by managers, supported by institutional and governmental policies with the involvement of patients and health professionals. **Descriptors:** Nursing; Patient Safety; Surveillance Sentinel Event.

#### RESUMEN

**Objetivos:** analizar las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente en el ámbito organizacional y de las unidades de trabajo y levantar el conocimiento de los enfermeros sobre la cultura de seguridad del paciente. **Método:** estudio descriptivo exploratorio, con enfoque cualitativo, realizado en un hospital de enseñanza de Goiânia (GO), Brasil, con 117 enfermeros. La producción de datos fue realizada con instrumento auto-aplicable, en seguida realizada análisis descriptivo a partir de categorías analíticas. **Resultado:** los enfermeros tienen conocimiento sobre el apareamiento de eventos adversos en el contexto de la práctica hospitalaria, saben que pueden ser prevenidos y reconocen la importancia de evidencias como uno de los principios básicos para mejoría de la calidad y seguridad de la asistencia. **Conclusión:** el desarrollo de la cultura de seguridad en las instituciones de salud debe ser priorizado por los gestores, respaldado por las políticas institucionales y gubernamentales con involucimiento de los usuarios y profesionales de salud. **Descritores:** Enfermería; Seguridad del Paciente; Vigilancia de Evento Centinela.

<sup>1</sup>Enfermeira, Mestre, Doutoranda, Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical e Saúde Pública, Universidade Federal de Goiás/UFG. Goiânia (GO), Brasil. E-mail: [gabicamargo22@gmail.com](mailto:gabicamargo22@gmail.com); <sup>2</sup>Enfermeira, Doutora, Professora Associada, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás/UFG. Goiânia (GO), Brasil. E-mail: [analuciaqueiroz@uol.com.br](mailto:analuciaqueiroz@uol.com.br); <sup>3</sup>Enfermeira, Residente em Enfermagem no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás/UFG. E-mail: [isadora.a.moreira@gmail.com](mailto:isadora.a.moreira@gmail.com); <sup>4</sup>Enfermeira, Doutora, Professora Adjunta, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília/UNB. Brasília (DF), Brasil. E-mail: [ttb.paranagua@gmail.com](mailto:ttb.paranagua@gmail.com); <sup>5</sup>Enfermeira, Doutora, Professora Adjunta do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/PPGENF, Universidade Federal de Goiás/UFG. Goiânia (GO), Brasil. E-mail: [anaelisa@terra.com.br](mailto:anaelisa@terra.com.br)

## INTRODUÇÃO

A segurança, a satisfação e o mínimo de riscos e erros durante o atendimento à clientela vêm sendo princípios básicos na busca pela qualidade nos serviços de saúde e, nesta perspectiva, a ausência de incidentes é uma meta a ser alcançada.<sup>1</sup>

Incidentes são eventos ou circunstâncias não esperadas que podem ou não causar danos ao paciente<sup>1</sup> e são decorrentes de múltiplos fatores que têm influência negativa sobre os resultados em saúde. Dentre os tipos de incidentes, os eventos adversos são os mais preocupantes por resultarem em lesão ou dano, incapacidade ou disfunção, temporária ou permanente, prolongamento de tempo de permanência ou, ainda, morte.<sup>1-3</sup>

O *National Center for Health Statistics*, nos Estados Unidos da América (EUA), apresentou um estudo, em 1997, sobre as razões de morte de pacientes em hospitais americanos e evidenciou que 44.000 mortes foram por eventos adversos.<sup>4</sup> A Organização Mundial de Saúde aponta que a cada 10 pessoas que precisam de cuidado à saúde, pelo menos uma sofrerá agravo, e estima prevalência de 10% de eventos adversos.<sup>5</sup>

No Brasil, estudo realizado em três hospitais de ensino do Rio de Janeiro identificou que 8% dos pacientes internados sofreram um ou mais eventos adversos, sendo que 67% poderiam ter sido evitados.<sup>3</sup> As implicações advindas destes eventos refletem no aumento do tempo de hospitalização, das incapacidades temporárias ou permanentes ou ainda da morte de pacientes, além da associação de custos econômicos significativos.<sup>6</sup>

Diante dessas premissas, a segurança dos pacientes necessita ser tratada, nas instituições de saúde, como uma prioridade, de modo a prevenir a ocorrência de eventos adversos, principalmente diante da constatação de sua característica evitável. A prevenção do evento adverso pode ser reforçada diante de um trabalho de gestão voltado para a utilização de instrumentos e ferramentas de monitorização e avaliação das causas desses eventos, com perspectivas de se desenvolver, institucionalmente, a cultura de segurança do paciente.

Durante a 55ª Assembléia Mundial de Saúde da Organização Mundial de Saúde, realizada em 18 de maio de 2002, os países membros reconheceram a necessidade da promoção da segurança do paciente em todos os sistemas de saúde e do fortalecimento dos sistemas

baseados em evidências necessárias para melhorar a qualidade dos serviços.<sup>2</sup>

Segurança na assistência à saúde é definida como execução de uma prática livre de danos, realizada por profissionais capacitados e que fundamente suas ações na busca contínua por qualidade, em ambiente assistencial permeado por cultura organizacional não punitiva, receptiva e flexível e que, ainda, possibilite mudanças para a prevenção dos erros.<sup>7</sup> Portanto, alcançar uma cultura positiva de segurança é desafio de todos os que estão envolvidos, direta ou indiretamente, com a prestação de cuidados ao paciente.<sup>2</sup>

Considerando a enfermagem uma força de trabalho em saúde significativa, no Brasil e no mundo, por constituir o maior contingente de pessoal no contexto hospitalar, por se destacar no desenvolvimento de grande parte das ações de cuidado à saúde da população e se encontrar continuamente mais próxima do paciente, ressalta-se a importância de estimular a liderança desses profissionais na busca de estratégias que previnam eventos adversos e promovam a cultura de segurança do paciente.<sup>8</sup>

A análise dos incidentes possibilita o conhecimento da complexidade e abrangência dos seus diversos tipos, bem como sua relação com o sistema organizacional<sup>9</sup>, demonstrando a falta de conhecimento dos profissionais sobre segurança do paciente.

Diante disso, a análise, o diagnóstico e as sugestões constatadas por pesquisas relacionadas à percepção dos enfermeiros sobre a ocorrência de incidentes e o desenvolvimento da cultura de segurança no hospital são valiosos instrumentos para o sucesso de programas voltados para a melhoria da qualidade, aumento da produtividade e adoção de políticas internas nos processos de trabalho e na qualificação dos profissionais de saúde.

Julga-se importante conhecer a percepção dos enfermeiros sobre segurança do paciente no contexto hospitalar e a ocorrência de eventos adversos considerando que o conhecimento de falhas latentes nas etapas do cuidar e no sistema organizacional contribui para o delineamento de estratégias que promovam a redução e interceptação de falhas identificadas e, desta forma, propor melhorias por meio de práticas seguras.

O estudo tem como objetivos:

- Analisar as dimensões da cultura de segurança do paciente no âmbito organizacional e das unidades de trabalho.

Tobias GC, Bezerra ALQ, Moreira IA et al.

Conhecimento dos enfermeiros sobre a cultura...

- Descrever o conhecimento dos enfermeiros sobre a cultura de segurança do paciente.

## MÉTODO

Estudo descritivo e exploratório, desenvolvido em hospital universitário da região Centro-Oeste que possui 316 leitos, integra o projeto Rede Sentinela de Hospitais da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e é referência local na investigação de incidentes.

A população foi composta por 138 enfermeiros, supervisores e gerentes que atuavam no planejamento, organização, coordenação, assistência e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem e interação com pacientes e preceptorias com os acadêmicos da área da saúde. Participaram do estudo 117 enfermeiros; 18 foram excluídos após cinco tentativas consecutivas de abordagem ou por afastamentos durante o período de coleta de dados e três se recusaram a participar.

A produção de dados foi realizada nos meses de outubro a dezembro de 2011 por meio de questionário semiestruturado, testado e utilizado por Sorra e Sieva<sup>10</sup>, constando de duas partes. A primeira investiga dados de caracterização, como data de nascimento, sexo, unidade de trabalho, função na unidade, tempo de formação e de atuação (na profissão, instituição e na unidade), carga horária semanal e tipo de contato com o paciente. A segunda parte aborda a opinião dos enfermeiros sobre a cultura de segurança relacionada à qualidade do serviço e segurança do paciente, erros ou relatórios de eventos adversos no hospital.

Os relatos dos participantes foram transcritos em documento do *Microsoft Word* para formar o corpus de análise, sendo identificados pela letra e, seguida de um número cardinal, conforme a sequência das entrevistas. Foi realizada análise temática das respostas obtidas, as quais foram estruturadas de acordo com as dimensões da cultura de segurança do paciente, no âmbito das unidades e no âmbito hospitalar, segundo a proposta pela *Agency for Health Research and Quality*.<sup>11</sup>

A dimensão da cultura de segurança no âmbito das unidades consta de oito itens:

1) Expectativas e ações de promoção da segurança dos supervisores e gerentes, que avalia se o supervisor/gerente considera as sugestões da equipe para melhoria da segurança do paciente, se elogia o funcionário ou equipe que segue os procedimentos corretamente e se ele não negligencia

problemas de segurança do paciente na sua unidade;

2) Aprendizado organizacional - melhoria contínua, que analisa a cultura de aprendizagem da unidade, por meio do erro, que pode levar a mudanças positivas e que devem ser avaliadas;

3) Trabalho em equipe nas unidades, que avalia o trabalho em prol da segurança, o apoio e o respeito interprofissional;

4) Abertura para comunicação na unidade, onde se avalia a liberdade do profissional em discutir algo que pode afetar negativamente o paciente e, se nesse caso, sentem-se livres em questionar seu superior;

5) *Feedback* e comunicação a respeito de erros, que avalia se os profissionais são informados sobre os erros que acontecem, se obtêm retorno sobre as mudanças implantadas e se discutem maneiras de se prevenir erros com a equipe da unidade;

6) Respostas não punitivas aos erros: avalia se os funcionários sentem que seus erros e os eventos relatados não são utilizados contra eles e que os erros não são anotados em suas fichas funcionais;

7) Recursos humanos, que compara o dimensionamento de pessoal com a efetiva execução do trabalho e adequada distribuição de horas para oferecer o melhor cuidado ao paciente;

8) Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente, que se refere à promoção de um clima de trabalho propício para segurança do paciente.<sup>11</sup>

A dimensão da cultura do paciente no âmbito hospitalar consta de dois itens: i) Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares, que avalia a cooperação entre as unidades do hospital para oferecer o melhor cuidado para o paciente; ii) Transferências internas e passagem de plantão, que avalia se as informações importantes do cuidado do paciente são transmitidas entre as unidades do hospital e durante as mudanças de turnos.<sup>11</sup>

Este estudo está vinculado ao projeto: “Análise de ocorrências de eventos adversos em um hospital da Rede Sentinela da região Centro-Oeste”, Protocolo Nº 064/2008, e os aspectos éticos estão conforme a Resolução nº 466/12.<sup>12</sup> Todos os entrevistados receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## RESULTADOS

Dos 117 enfermeiros, 105 (89,7%) eram do sexo feminino e 12 (10,3%) do sexo masculino. A idade variou de 24 a 64 anos, sendo a

Tobias GC, Bezerra ALQ, Moreira IA et al.

maioria com idade entre 45 a 51 anos e média de 40,6 anos.

Quanto ao tempo de trabalho na profissão, 35 (30%) referiram possuir 21 anos ou mais; 102 (87%) trabalhavam de 20 a 39 horas semanais e 112 (96%) prestavam assistência direta ao paciente.

Os enfermeiros atuavam nas diversas unidades do hospital, sendo 16 (13,7%) no pronto-socorro, 09 (9,7%) na clínica médica, 08 (6,8%) em cada uma das clínicas obstétrica, pediátrica, cirúrgica e unidade de terapia intensiva cirúrgica e médica, 07 (6,0%) no ambulatório, 06 (5,1%) nos serviços de centro cirúrgico, urgências pediátricas e terapia renal substitutiva, 05 (4,3%) no acolhimento, clínica ortopédica e UTI neonatal, 04 (3,4%) na clínica tropical, 03 (2,6%) no centro de material e esterilização, 02 (1,7%) na diretoria de enfermagem e 01 (0,9%) na consultoria, hemodinâmica e reprodução humana.

#### ◆ Dimensões da cultura de segurança no âmbito da unidade de trabalho

Em relação à dimensão ‘expectativas e ações de promoção da segurança pelos supervisores e gerentes’, os relatos evidenciam a existência de ações de melhoria da qualidade na prestação de cuidados e promoção de medidas de segurança por meio do trabalho do gerente:

*Atualmente estamos implantando os indicadores de qualidade da assistência de enfermagem para nortear as ações com vista a melhoria contínua da qualidade e a segurança do cliente. (E39)*

*Neste mês de dezembro, está sendo iniciado um trabalho de sensibilização junto aos funcionários de enfermagem para a notificação de eventos adversos, por meio de preenchimento de uma ficha e depósito em urna, de modo a garantir o anonimato. (E76)*

Foi constatado, ainda nessa dimensão, que existe disponibilidade do gerente em ouvir, discutir e implantar as sugestões oferecidas por sua equipe a fim de alcançar os objetivos propostos da unidade para o alcance da qualidade e segurança do paciente:

*Sugerimos que haja comissão que trabalhe justamente em segurança hospital-paciente, pois assim, acreditamos que direcionará condutas, buscando melhorias da assistência e segurança. (E59)*

Na dimensão ‘aprendizado organizacional - melhoria contínua’, ficou evidente que o aprendizado a partir da ocorrência de falhas ainda é incipiente e que, para isso, há a necessidade de melhor qualificação e desenvolvimento de ações de educação continuada no contexto da prática:

*Do ponto de vista de segurança [...] também há necessidade de capacitação periódica. (E46)*

Conhecimento dos enfermeiros sobre a cultura...

*Acho que a administração precisa treinar mais os funcionários para ajudar a melhorar a qualidade e segurança e principalmente erros dos profissionais. (E91)*

*Fazer mais cursos, seminários, sobre a segurança do paciente envolvendo funcionários da saúde. Colocar mais enfermeiros nos serviços de saúde. Extinguir cursos de nível auxiliar e técnico sem competência e registro. Maior fiscalização das entidades de classe. Rigor nos protocolos de assistência, principalmente erros dos profissionais. (E51)*

A dimensão ‘trabalho em equipe no âmbito das unidades’ foi bem destacada pelos enfermeiros, que relataram trabalhar em prol da segurança do paciente e afirmaram que apoiam e tratam os outros profissionais com respeito, trabalhando juntos, em equipe:

*Minha equipe e minha gerente sempre se reúnem e discutem a forma mais fácil para solucionar os problemas decorrentes no dia e horário acontecido. (E49)*

Na dimensão ‘abertura para comunicações na unidade’, verificou-se que os enfermeiros discutem casos que afetam negativamente o paciente, entretanto as discussões ficam limitadas aos profissionais da equipe:

*Geralmente ocorrem erros que dá para serem contados durante o próprio turno. Quando acontece falha em segurança, serviço ou mesmo relatório comenta-se em equipe, evitando maiores transtornos. (E59)*

Apesar disso, eles reconhecem a necessidade de mudanças na comunicação, uma vez que não há padronização das ações perante a ocorrência de erros ou qualquer outro incidente durante a assistência, o que acaba prejudicando uma abordagem mais sistêmica do erro:

*[...] precisamos discutir mais abertamente nossos erros. (E48)*

*Acredito que relatos de evento adverso sejam extremamente importantes, porém não temos capacitação adequada para saber a quem relatar. Quando temos problemas com insumos fazemos relatório e entregamos ao setor de compra. (E72)*

A dimensão ‘feedback e comunicação a respeito dos erros’ reforça essa perspectiva e aponta a fragilidade na segurança do paciente, visto que a comunicação dos eventos adversos não é sistematizada, não segue protocolos específicos e não é uma prática conhecida por todos os enfermeiros, permeando a percepção de que não ocorrem mudanças institucionais e/ou adoção de ações que previnem os eventos adversos comunicados:

*Quando temos problema com profissionais, isso é relatado ou procura-se uma forma de melhorar o cuidado, estabelecendo rotinas e protocolos, mas não retornamos em forma de orientação para o hospital, fica restrito aos impressos e relatórios de enfermagem. (E72)*

Tobias GC, Bezerra ALQ, Moreira IA et al.

*Quando ocorrem eventos adversos avaliamos, notificamos e realizamos as devidas intervenções, porém nossas avaliações destes processos ainda não estão prontas para divulgação. Tudo isso ocorre internamente (E74).*

*[...]tenho dúvidas sobre os relatos, onde descrever os erros. Geralmente relato no relatório de enfermagem. Não conheço nenhum formulário para relato de eventos adversos. (E85,11)*

Em contrapartida, foi destacado o interesse dos enfermeiros nas pesquisas realizadas na instituição, as quais devem oferecer um *feedback* com os resultados aos profissionais para que os erros possam ser estudados e as mudanças efetivas:

*Atualmente a qualidade no serviço melhorou muito e com isso é claro que a segurança do paciente também. Quanto aos relatórios registrados, mesmos aqueles enviados para a gerente/direção, poucos tem respostas e soluções. Espero que esse questionário possa mudar isso. (E35)*

Na dimensão ‘respostas não punitivas aos erros’, foi observado que os erros não são notificados por temor das consequências, o que se justifica pela percepção de alguns profissionais serem a favor de medidas punitivas diante do evento adverso:

*Acho que o erro às vezes não é relatado por medo, pois a enfermagem é uma classe desunida e que não usa erro para melhorar os atendimentos, usaria o erro pra destruir a vida de uma pessoa. (E64)*

*Acho que essa questão de reportar os EA é muito cultural, as pessoas morrem, mas, não falam quem cometeu o erro. Todo mundo tem medo de assumir um erro grave, pois ira gerar consequências. (E11)*

*[...]sou a favor da aplicação e medidas punitivas aos profissionais. (E117)*

Na dimensão ‘recursos humanos’, foi destacado que os enfermeiros reconhecem a importância do adequado quantitativo de pessoal e que o dimensionamento inadequado associado à jornada de trabalho exaustiva, que é própria da categoria profissional, e ao número superior de paciente admitido no hospital prejudica a segurança:

*Acredito que a quantidade de profissionais (reduzida) coloca em risco a segurança do paciente e a qualidade no serviço. (E14,16,32)*

*Muitos erros acontecem na enfermagem pela sobrecarga de trabalho muitos de nós temos tripla jornada na equipe medica e alguns eventos acontecem por excesso de autoconfiança e prepotência. (E60)*

*Excesso de paciente na unidade com internação em cadeiras e macas, paciente em unidade não apropriada, número de funcionários insuficiente. (E61)*

Quanto à dimensão ‘apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente’, no relato dos gestores, foi evidenciado que a gestão hospitalar oferece um clima de trabalho que promove a segurança do

Conhecimento dos enfermeiros sobre a cultura...

paciente e demonstra que a segurança do paciente é a prioridade maior:

*Esses dados irão alimentar o indicador de ocorrência de eventos adversos relativos ao serviço de enfermagem, em todas as unidades de internação do [...] e os resultados serão informados aos funcionários e também utilizados. (E76)*

Contrariamente, outros relatos levantam a necessidade de uma gestão mais engajada na prevenção de eventos adversos na instituição:

*Acredito ser essencial se estabelecimento de protocolo institucional sobre ocorrência de eventos adversos. (E19)*

*Há uma mobilização tímida institucional embora seja uma necessidade aclamada num plano pessoal e mundial frente às iatrogenias e danos reportados por meio dos estudos e estratégias de vigilância. (E114)*

#### ◆ Dimensões da cultura de Segurança no âmbito da organização hospitalar

Grande parte dos relatos enfatizou a falta de integração e comunicação entre as unidades, o que fragiliza a dimensão ‘trabalho em equipe pelas unidades hospitalares’:

*Neste hospital falta muita cooperação entre os serviços de apoio, como laboratório e raio x, no qual muitas vezes solicitamos e não somos bem atendidos. (E3)*

*A notificação dos eventos é feita somente na UTI pós-operatória. Não existe política administrativa para a segurança do paciente em todo o hospital. As ações são feitas de forma isolada, cada profissional pensa e age individualmente; o coletivo não está preparado para a atenção em saúde voltada para a segurança do paciente. (E62)*

Também em âmbito institucional, na dimensão ‘transferências internas e passagens de plantão’, percebe-se que não existe uma rotina sistematizada para o repasse de informações e/ou documentos entre os diferentes setores que prestam cuidados ao paciente:

*[...] e quanto ao laboratório, muitos exames, amostras, são perdidas. Pacientes e funcionários não ficam sabendo e o cliente é sempre o mais prejudicado. (E3)*

Os resultados apontam nuances e interesse dos enfermeiros em desenvolver a cultura de segurança do paciente, todavia observa-se divergências atitudinais e conceituais que dificultam essa prática, havendo necessidade de mudanças imediatas nas dimensões relacionadas à comunicação, *feedback* e aprendizagem organizacional, com foco em ações não punitivas.

## DISCUSSÃO

A partir dos relatos, é notório que os profissionais percebem e têm conhecimento dos eventos adversos no contexto hospitalar, sabem que podem ser prevenidos e reconhecem que para a melhoria da qualidade do cuidado, a cultura de segurança deve ser

Tobias GC, Bezerra ALQ, Moreira IA et al.

Conhecimento dos enfermeiros sobre a cultura...

priorizada pelos gestores, a qual deve ser respaldada pelas políticas institucionais e governamentais, e envolver os usuários.

Esses aspectos contribuem para a transformação no ambiente de trabalho e para minimizar os danos evitáveis causados durante a prestação de cuidado.<sup>13</sup>

Em relação à comunicação dos eventos entre a equipe, observa-se que não há uma padronização, uma vez que os profissionais não notificam, nem relatam os erros. Possivelmente, a dificuldade para aceitar o erro humano, seja por temor da punição, seja pela incompreensão da população e, ainda, devido à notificação de erros ser percebida como um problema por outros profissionais.<sup>14-5</sup>

Estudo<sup>16</sup> aponta que muitos profissionais da área da saúde não comunicam ou notificam eventuais erros por sentirem vergonha, por terem “idéia punitiva”, por medo de sofrerem sanções administrativas, punições verbais, escritas, demissões, processos civis, legais e éticos. Os relatos de 5,40% dos enfermeiros sugerem como motivo da subnotificação o medo em razão das consequências que este pode resultar ao profissional. No entanto, é preocupante saber que mesmo com todas as campanhas educativas para notificação de eventos no âmbito institucional, ainda há relatos de profissionais a favor de medidas punitivas para os erros cometidos.

Aprender a reconhecer o erro e comunicá-lo faz dessa iniciativa uma fonte de análise de todo o processo causal, além da prevenção de situações futuras, envolvendo eventos adversos. É importante reforçar a substituição da punição pela avaliação do processo, instituindo-se uma cultura de segurança visando à notificação protocolada e com a utilização de ferramentas para analisar as causas dos erros, correção do processo e medidas preventivas de novas ocorrências de falhas.<sup>14,17-9</sup>

Um aspecto de relevância é o *feedback* na ocorrência do evento adverso. Além de ser uma informação a ser repassada à equipe pela gerência, é uma ação que deve ser instituída por todos os pesquisadores que realizam estudos sobre eventos adversos, visto que a informação para os profissionais de saúde e os resultados encontrados auxiliam na compreensão sobre a etiologia dos eventos adversos e da contribuição do sistema hospitalar para a conscientização situacional, almejando, assim, mudanças significativas na assistência.<sup>20</sup>

Foram evidenciadas pelos enfermeiros possíveis causas ou fatores de risco para a ocorrência de eventos adversos, destes 14,86%

dos relatos alertam sobre a inadequação do quantitativo de recursos humanos diante da grande demanda de pacientes, além de pessoal da equipe de enfermagem com carga horária exaustiva decorrente de até três vínculos empregatícios. Isso aponta para a necessidade dos gestores investirem na organização em relação à dotação de pessoal adequado e do absenteísmo, como mostrou uma pesquisa<sup>21</sup> com profissionais de enfermagem, em que a responsabilidade excessiva, o trabalho desgastante em dois turnos e o enfrentamento diário de situações de sofrimento provocam nos trabalhadores um aumento da carga emocional e o esgotamento profissional, aumentando o número de absenteísmo na instituição.

Outro aspecto evidenciado trata da falta de trabalho em equipe dentro da unidade e também entre as unidades hospitalares, em que a perda ou troca de informações dos clientes prejudica a assistência de qualidade e possibilita surgimento de falhas. A cultura de segurança tem como referência as atitudes coletivas e o clima de organização e trabalho na unidade, portanto, uma organização comprometida com a cultura de segurança do paciente é aquela que reforça os andares em nível pessoal e em nível de grupo e, para isso, os gestores devem identificar os pontos deficientes do sistema como forma de corrigi-los.<sup>22</sup>

Esta realidade justifica a formulação de protocolos como política para a prevenção de eventos adversos, uma vez que esses erros podem ser evitados ou minimizados a partir da implantação de medidas simples e seguras que precisam ser divulgadas e adotadas nas instituições. Envolve uma abordagem baseada em sistemas que examinam todas as atividades na organização, contribuindo para a manutenção e a melhoria da segurança do paciente, tais como o progresso no desempenho e a administração dos riscos. Esse processo visa garantir que as atividades funcionem juntas, não de maneira isolada, para melhorar o atendimento e a segurança.<sup>23-4</sup>

Desse modo, a supervisão e a educação continuada de todos os profissionais são fundamentais e foram citadas em 14,86% dos relatos. É necessário desenvolver programas educacionais que elucidem o que são os erros, discutindo cenários para entender as causas do problema e propostas de melhoria, além da conscientização coletiva para o cuidado seguro.<sup>15,19</sup>

Quanto às falhas e necessidades de melhoria nas ações da gestão do hospital, os resultados obtidos reforçam que a

Tobias GC, Bezerra ALQ, Moreira IA et al.

implantação de um programa multidimensional é fundamental para avaliar e melhorar a qualidade dos cuidados de saúde através de produção de informação para a tomada de decisões.<sup>22</sup> Para tal, é preciso padronizar os processos na prática diária multiprofissional, visto que tal medida contribui para a redução de eventos adversos.<sup>17</sup>

No contexto deste estudo, por se tratar de um hospital de ensino, faz-se necessário formar profissionais de saúde capazes de desencadear e ampliar o pensamento crítico e a ação estratégica no sentido de difundir e dinamizar o atendimento das necessidades de saúde da população brasileira.<sup>25</sup>

A análise realizada aponta que os enfermeiros entendem que a assistência à saúde se caracteriza como uma das mais complexas e dinâmicas atividades realizadas por seres humanos e que o conhecimento e disseminação das dimensões da cultura de segurança podem minimizar a ocorrência de eventos adversos que tanto prejudicam a assistência à saúde. Se acompanhada de investimentos no sistema organizacional e nas pessoas, a adoção de práticas seguras pode ser ainda mais efetiva, já que uma das quatro estratégias da organização institucional é adotar comportamentos para a prevenção de erros e converter esses comportamentos em hábitos de trabalho.<sup>26</sup>

No entanto, para se estabelecer práticas seguras, é fundamental uma mudança cultural em todo o sistema e, portanto, deve haver uma transformação na atitude dos profissionais direcionada para a cultura de segurança.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento da cultura de segurança é fortemente influenciado pelo comportamento dos profissionais de saúde, que por sua vez sofre influência da forma de organização do trabalho e da gestão organizacional.

Foram identificados aspectos que influenciam negativamente esse processo, tais como falhas na comunicação entre os setores da instituição, profissionais da unidade e diante dos eventos adversos, ausência de uma rotina de aprendizagem a partir do erro, dimensionamento de pessoal inadequado, trabalho em equipe no âmbito da instituição insuficiente, medo de punição e necessidade de melhorar o apoio dos gestores/gerentes para o desenvolvimento da cultura de segurança.

Em contrapartida, foram percebidos pelos enfermeiros a adoção de ações de melhoria da

Conhecimento dos enfermeiros sobre a cultura...

qualidade e segurança da assistência, a sensibilização dos profissionais de saúde para a notificação dos eventos adversos, o trabalho em equipe entre os profissionais da unidade, a abertura dos gestores para a discussão de situações indesejáveis e a discussão dos eventos adversos, mesmo que de forma limitada aos profissionais da equipe.

Esses fatores representam nuances da cultura de segurança que precisam ser fortalecidas a partir das mudanças necessárias que, neste ato, são direcionadas pelos fatores negativos identificados pelos enfermeiros. O foco principal deve ser a adoção de comportamentos favoráveis à segurança do paciente. Para isso, a educação continuada é essencial como forma de atualizar o conhecimento, formar profissionais competentes e corrigir os erros antes que eles possam gerar consequências maiores ao paciente.

Em se tratando de um hospital universitário, o fortalecimento do vínculo entre ensino e serviço torna-se um desafio pela necessidade de integrar as ações da comunidade acadêmica e dos gestores institucionais em busca da excelência do cuidar.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization [Internet]. The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Final Technical Report and Technical Annexes. Geneva: WHO, 2009 [cited 2015 Apr 30]. Available from: [http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps\\_full\\_report.pdf](http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf)
2. World Health Organization [Internet]. World Alliance for Patient Safety. Forward Programme 2008-2009. Geneva: WHO, 2009 [cited 2015 Apr 30]. Available from: [http://www.who.int/patientsafety/informati on\\_centre/reports/Alliance\\_Forward\\_Program me\\_2008.pdf](http://www.who.int/patientsafety/informati on_centre/reports/Alliance_Forward_Program me_2008.pdf)
3. Marinho MM, Radünz V, Barbosa SFF. Avaliação da cultura de segurança pelas equipes de enfermagem de unidades cirúrgicas. Texto contexto-enferm [Internet]. 2014 [cited 2015 June 10];23(3):581-90. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt\\_0104-0707-tce-23-03-00581.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt_0104-0707-tce-23-03-00581.pdf)
4. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Washington (DC): Institute of Medicine; 2000.
5. World Health Organization [Internet]. World Alliance for Patient Safety program 2006-2007. Geneva: WHO, 2010 [cited 2015 Apr 30]. Available from:

[http://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/WHO\\_EIP\\_HDS\\_PSP\\_2006.1.pdf](http://www.who.int/patientsafety/information_centre/WHO_EIP_HDS_PSP_2006.1.pdf)

6. Altafin JA, Grion CM, Tanita MT, Festti J, Cardoso LT, Veiga CF, et al. Nursing Activities Score e carga de trabalho em unidade de terapia intensiva de hospital universitário. Rev bras ter intensiva [Internet]. 2014 [cited 2015 July 14];26(3):292-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v26n3/0103-507X-rbti-26-03-0292.pdf>
7. Teixeira TC, Cassiani SH. Análise de causa raiz de acidentes por quedas e erros de medicação em hospital. Acta paul enferm [Internet]. 2014 [cited 2015 June 18];27(2):100-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n2/0103-2100-ape-27-02-0100.pdf>
8. Lorenzini E, Santi JAR, Bão ACP. Segurança do paciente: análise dos incidentes notificados em um hospital do sul do Brasil. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2014 [cited 2015 Apr 24];35(2):121-7. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v35n2/pt\\_1983-1447-rgenf-35-02-00121.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v35n2/pt_1983-1447-rgenf-35-02-00121.pdf)
9. Paranaguá TTB, Bezerra ALQ, Santos ALM, Silva AEBC. Prevalence and factors associated with incidents related to medication in surgical patients. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2014 [cited 2015 Apr 24];48(1):41-7. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n1/pt\\_0080-6234-reeusp-48-01-41.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n1/pt_0080-6234-reeusp-48-01-41.pdf)
10. Sorra J, Nieva VF. Hospital Survey on Patient Safety Culture [Internet]. Publication n. 04-0041. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2004 [cited 2015 Apr 24]. Available from: <http://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/resource/s/hospcult.pdf>
11. Agency for Healthcare Research and Quality [Internet]. Surveys on Patient Safety Culture. Rockville, MD; 2011 [cited 2015 Apr 30]. Available from: <http://www.ahrq.gov/qual/patientsafetyculture/>.
12. Ministério da Saúde. Comitê Nacional de Ética em Pesquisa. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução CNS 466/12. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, DF: CNS; 2012.
13. Mello JF, Barbosa SFF. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem. Texto contexto-enferm [Internet]. 2013 [cited 2015 Apr 10];22(4):1124-33. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/31.pdf>

14. Reis CT, Martins M, Laguardia J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde - um olhar sobre a literatura. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2013 [cited 2015 Apr 10];18(7):2029-36. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n7/18.pdf>
15. Costa VT, Meirelles BHS, Erdmann AL. Melhores práticas do enfermeiro gestor no gerenciamento de risco. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2013 [cited 2015 Apr 10];21(5):[07 telas]. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/pt\\_0104-1169-rlae-21-05-1165.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/pt_0104-1169-rlae-21-05-1165.pdf)
16. Silva AEBC, Cassiani SHB, Miaso AI, Optiz, SP. Problemas na comunicação: uma possível causa de erros de medicação. Acta Paul Enferm [Internet]. 2007 [cited 2015 July 18];20(3):272-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n3/a05v20n3.pdf>
17. Leitão IMTA, Oliveira RM, Leite SS, Sobral MC, Figueiredo SV, Cadete MC. Análise da comunicação de eventos adversos na perspectiva de enfermeiros assistenciais. Rev RENE [Internet]. 2013 [cited 2015 Apr 24];14(6):1073-83. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1193/pdf>
18. Abreu CCF, Rodrigues MA, Paixao MPBA. Erros de medicação reportados pelos enfermeiros da prática clínica. Rev Enf Ref [Internet]. 2013 [cited 2015 June 12];10(3):63-8. Available from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserllln10/serllln10a08.pdf>
19. Marchon SG, Mendes Junior WV. Segurança do paciente na atenção primária à saúde. Cad Saúde Pública [Internet]. 2014 [cited 2015 July 18];30(9):1-21. Available from: [http://www.scielosp.org/pdf/csp/v30n9/pt\\_0102-311X-csp-30-9-1815.pdf](http://www.scielosp.org/pdf/csp/v30n9/pt_0102-311X-csp-30-9-1815.pdf)
20. Lima RPM, Melleiro MM. Percepção da equipe multidisciplinar acerca de fatores intervenientes na ocorrência de eventos adversos em um hospital universitário. REME rev min enferm [Internet]. 2013 [cited 2015 June 12];17(2):312-21. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/652>
21. Chagas MCS, Ilha S, Nicola GDO, Xavier DM, Gomes GC, Lemes RA. Causas e consequências do absenteísmo por profissionais de enfermagem: Abordagem reflexiva. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2013 [cited 2015 Apr 16];7(spe):7190-4. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/5212>



22. Silva LD. Segurança e qualidade nos hospitais brasileiros. Rev enferm UERJ [Internet]. 2013 [cited 2015 Apr 10];21(4):425-6. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v21n4/v21n4a01.pdf>
23. Gouvêa CSD, Travasso C. Indicadores de segurança do paciente para hospitais de pacientes agudos: revisão sistemática. Cad Saúde Pública [Internet]. 2010 [cited 2015 Apr 16];26(6):1061-78. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n6/02.pdf>
24. Vendramini RCR, Silva EA, Ferreira KASL, Possari JF, Baia WRM. Segurança do paciente em cirurgia oncológica: experiência do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo. Rev Esc Enferm USP (Online) [Internet]. 2010 [cited 2015 June 12];44(3):815-20. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/39.pdf>
25. Freitas JS, Silva AEBC, Minamisava R, Bezerra ALQ, Sousa MRG. Qualidade dos cuidados de enfermagem e satisfação do paciente atendido em um hospital de ensino. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2014 [cited 2015 July 10];22(3):454-60. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/pt\\_0104-1169-rlae-22-03-00454.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/pt_0104-1169-rlae-22-03-00454.pdf)
26. Silva RB, Loureiro MDR, Frota OP, Ortega FB, Ferraz CCB. Qualidade da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva de um hospital escola. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2013 [cited 2015 June 12];34(4):114-20. Available from: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchaEnfermagem/article/view/36792/28571>

Submissão: 11/08/2015

Aceito: 05/02/2016

Publicado: 01/03/2016

### Correspondência

Gabriela Camargo Tobias  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem  
Faculdade de Enfermagem  
Universidade Federal de Goiás  
Rua 227 / Qd 68 / s/n - Setor Leste  
Universitário  
CEP 74605-080 – Goiânia (GO), Brasil