

A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO ÂMBITO DA ENFERMAGEM: REFLEXÃO TEÓRICA

THE PATIENT SAFETY CULTURE IN THE SCOPE OF NURSING: THEORETICAL REFLECTION

LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ÁMBITO DE LA ENFERMERÍA: REFLEXIÓN TEÓRICA

Graziele de Carvalho Lemos¹, Cissa Azevedo², Mariana Ferreira Vaz Gontijo Bernardes¹, Helen Cristiny Teodoro Couto Ribeiro³, Aline Carrilho Menezes¹, Luciana Regina Ferreira da Mata⁴

RESUMO

Objetivo: refletir sobre o conceito de Cultura de Segurança e suas dimensões, no contexto da equipe de Enfermagem. **Método:** estudo descritivo, tipo análise teórico-reflexiva, elaborado por meio de artigos científicos em bases eletrônicas de dados. **Resultados:** a reflexão foi mobilizada em quatro dimensões: “Compromisso da liderança e aspectos organizacionais”; “Trabalho em equipe”; “Comunicação eficiente e gerenciamento de risco”; e “Aprendizagem organizacional e abordagem não punitiva dos erros”. Constatou-se que, para uma cultura de segurança positiva, torna-se imprescindível uma liderança comprometida com a melhoria contínua da qualidade, o estímulo ao trabalho em equipe centrado em apoio mútuo e compartilhamento de informações, bem como avaliação dos erros com foco em discussões dos erros notificados, capacitações e educação contínua. **Conclusão:** acredita-se que a implementação de intervenções multifacetadas, pautadas nas dimensões da cultura de segurança, possam auxiliar enfermeiros e equipe na prevenção de erros em diversos níveis e setores dos cuidados em saúde. **Descritores:** Enfermagem; Segurança do paciente; Assistência à saúde; Gestão da segurança; Cultura organizacional.

ABSTRACT

Objective: to reflect on the concept of Safety Culture and its dimensions, in the context of the Nursing staff. **Method:** descriptive study, type theoretical-reflexive analysis, elaborated through scientific articles in electronic databases. **Results:** the reflection was mobilized in four dimensions: "Leadership commitment and organizational aspects"; "Team work"; "Efficient communication and risk management"; and "Organizational learning and non-punitive approach to mistakes". One can see that for a positive safety culture, it is essential leadership committed to continuous quality improvement, the encouragement of teamwork focused on mutual support and information sharing, as well as errors evaluation with focus on discussions about the reported errors, training and continuing education. **Conclusions:** it is believed that the implementation of multifaceted interventions, based on the safety culture dimensions, can help nurses and staff to prevent errors at various levels and sectors of health care. **Descriptors:** Nursing; Patient safety; Delivery of health care; Safety management; Organizational culture.

RESUMEN

Objetivo: reflexionar sobre el concepto de Cultura de Seguridad y sus dimensiones, en el contexto del equipo de Enfermería. **Método:** estudio descriptivo, tipo análisis teórico-reflexivo, elaborado por medio de artículos científicos en bases electrónicas de datos. **Resultados:** la reflexión fue movilizada en cuatro dimensiones: "Compromiso del liderazgo y aspectos organizacionales"; "Trabajo en equipo"; "Comunicación eficiente y gestión de riesgos"; y "Aprendizaje organizacional y enfoque no punitivo de los errores". Se puede constatar que para una cultura de seguridad positiva se hace imprescindible un liderazgo comprometido con la mejora continua de la calidad, el estímulo al trabajo en equipo centrado en el apoyo mutuo y el intercambio de información, así como la evaluación de los errores con enfoque en discusiones de errores notificados, capacitaciones y educación continua. **Conclusión:** se cree que la implementación de intervenciones multifacéticas, pautadas en las dimensiones de la cultura de seguridad, puedan auxiliar enfermeros y equipo a la prevención de errores en los diversos niveles y sectores del cuidado de la salud. **Descriptores:** Enfermería; Seguridad del paciente; Asistencia a la salud; Gestión de la seguridad; Cultura organizacional.

¹Graduada em Enfermagem. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal de São João del-Rei. ²Graduada em Enfermagem. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais. ³Graduada em Enfermagem. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais. Professora Adjunta na Universidade Federal de São João del-Rei. ⁴Graduada em Enfermagem. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Professora Adjunto III na Universidade Federal de Minas Gerais.

Como citar este artigo:

Lemos GC, Azevedo C, Bernardes MFVG, et al. A Cultura de Segurança do Paciente no Âmbito da Enfermagem: Reflexão Teórica. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro. 2018; 8:e2600. [Access_____]; Available in:_____. DOI: <https://doi.org/10.19175/recom.v7i0.2600>

INTRODUÇÃO

A temática segurança do paciente e o desenvolvimento de uma cultura em prol de medidas que visam à redução do risco de ocorrência de dano desnecessário ao paciente, durante a assistência à saúde, estão na pauta de discussões em espaços diversos como a academia, o judiciário e serviços de saúde privados e públicos. Esta discussão está também na agenda da Organização Mundial de Saúde (OMS) e seus estados membros, do governo brasileiro nas instâncias nacional, estaduais e municipais. Trata-se, portanto, de uma questão discutida globalmente, que tem gerado mudanças e uma busca crescente pela melhoria contínua da qualidade nos serviços de saúde⁽¹⁻²⁾.

Há uma preocupação cada vez maior por esclarecimentos sobre as principais causas de eventos adversos decorrentes do processo de cuidado à saúde, assim como suas possibilidades de barreira⁽³⁾. Estudos conduzidos em países desenvolvidos, com sistemas de saúde mais estruturados do que os de países em desenvolvimento alertam para a magnitude do problema, ao revelar que milhões de pacientes sofrem algum tipo de erro ou incidente decorrente do processo de cuidado à saúde⁽⁴⁾. Erro é uma falha na ação, conforme foi planejada e desejada, ou a execução de um plano de forma incorreta. Por definição, erro é não intencional, diferente das transgressões que são intencionais e podem tornar-se rotineiras ou automáticas. Incidente é definido como evento ou circunstância que poderia ter resultado ou resultou em dano desnecessário ao paciente. Quando os incidentes atingem o paciente, mas não causam danos discerníveis, são denominados de “incidente sem danos” e quando resultam em dano discernível são nomeados de “evento adverso”⁽²⁾.

Apesar de todos os avanços no âmbito da segurança do paciente, o erro humano é um dos fatores que se destaca e, frequentemente, os episódios de erro envolvendo profissionais de saúde são noticiados pela imprensa e a mídia, causando grande comoção social. A falta de compreensão sobre o erro pode acarretar para o profissional envolvido, sentimentos de vergonha, culpa e medo, dada a forte cultura punitiva ainda existente em algumas instituições, o que contribui para a omissão dos episódios⁽⁵⁾.

Os erros podem estar presentes em qualquer ação realizada, independente do setor

de atividade, pois esta é uma característica imutável do processo de cognição da espécie humana. Por outro lado, quanto mais complexo é um sistema ou mais complexa a atuação, maior também é o risco de erros e eventos adversos. Na área da saúde, nem todos os erros culminam em eventos adversos e nem todos os eventos adversos são resultantes de erros. Esta distinção faz-se importante para a implementação de estratégias de prevenção, em especial, de eventos adversos consequentes de erros, que por serem passíveis de prevenção, são classificados como eventos adversos evitáveis. Nem sempre o agravo ao paciente advém de grandes falhas realizadas em atividades com sistemas complexos, mas podem acontecer devido a pequenos deslizes capazes de ocasionar consequências fatais, a depender das condições do paciente^(2,6).

Políticas e procedimentos são adotados para proteger os pacientes de danos, contudo, uma concepção mais aprofundada do “porquê” de ocorrência de um incidente, com diminuição do foco no indivíduo que causou o erro, pode gerar implicações positivas para a cultura de segurança⁽⁶⁾.

A cultura de segurança é definida como o produto de valores, atitudes, percepções e competências grupais e individuais que determinam um padrão de comportamento e comprometimento de segurança da instituição, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas⁽²⁾. O alcance de uma cultura de segurança requer compreensão destes valores, além das crenças, das normas e das atitudes sobre o que é importante numa instituição e que costumes e comportamentos relacionados à segurança do paciente são confiados, tolerados e ressarcidos pelos colaboradores⁽⁷⁾.

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) preconiza a cultura de segurança configurada em cinco características operacionalizadoras para a gestão de uma organização: a cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e na gestão, assumem a responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares; a cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais; que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução de problemas relacionados à

segurança; que promove o aprendizado organizacional a partir da ocorrência de incidentes; e por último, que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança⁽³⁾.

São componentes de uma cultura de segurança: o compromisso da liderança para a segurança, a comunicação aberta fundada na confiança, a aprendizagem organizacional, uma abordagem não punitiva para o relatório de eventos adversos, o trabalho em equipe, e a crença compartilhada na importância da segurança⁽⁷⁾.

Nesta perspectiva, o aprimoramento da cultura de segurança exige um esforço de todo o sistema de saúde, que envolve amplas ações visando melhoria dos processos, segurança ambiental e gestão de risco⁽⁸⁾.

A cultura, por ser o produto do comportamento e da identidade organizacional quanto às atitudes e valores, pode se apresentar de forma distinta em diferentes naturezas administrativas. Fatores como o trabalho em equipe, o compromisso da liderança com a segurança, o registro de erros e falhas, bem como a abordagem não punitiva ao erro podem ser influenciados de acordo com a cultura existente⁽⁷⁾.

As informações sobre a cultura de segurança podem nortear as intervenções na busca pela qualidade dos serviços de saúde. Observa-se que há um crescente interesse, por parte das instituições de saúde, em pesquisas sobre avaliação da cultura de segurança, uma vez que é considerada a primeira etapa para a construção da comissão de segurança do paciente⁽³⁾.

É preciso também construir uma cultura de segurança do paciente em que os profissionais e os serviços compartilhem, entre si, práticas, valores, atitudes e comportamentos de redução ao dano e promoção do cuidado seguro⁽⁹⁾. Este processo envolve cada um dos profissionais da saúde que compõe as equipes multidisciplinares das organizações.

Destaca-se a força de trabalho da equipe de enfermagem que permanece durante maior período de tempo com o paciente frente às suas ações de cuidado. A enfermagem deve avaliar, relatar e mensurar os erros e falhas na assistência à saúde, com o intuito de proporcionar práticas mais assertivas como a redução de taxas de infecção hospitalar, a prevenção de quedas, erros de medicação e lesões por pressão⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Para o profissional de enfermagem, a ocorrência dos eventos adversos pode acarretar diversas problemáticas, dado o estresse emocional, os preceitos éticos e às punições legais a que está exposto. Assim, é importante o investimento numa cultura de segurança, por meio da disseminação do conceito de segurança do paciente e de uma discussão não punitiva sobre os eventos adversos⁽⁵⁾.

De uma maneira ampla, percebe-se que a cultura envolve o comprometimento da instituição e de seus gestores em identificar a necessidade da temática e estabelecê-la como eixo norteador de sua organização, além de envolver-se com as situações cotidianas e buscar conhecer as dificuldades e desafios que o prestador do cuidado direto enfrenta diariamente para, assim, criar uma comunicação efetiva com os níveis hierárquicos e permitir a construção da confiança entre todos os envolvidos. Por conseguinte, quando os elos de confiança estão firmados, as necessidades e os erros são expostos mais claramente pelos profissionais e a instituição consegue intervir nos processos de trabalho e na formação permanente, empoderando os profissionais para garantir uma cultura da segurança e uma assistência mais segura⁽¹¹⁾.

Dessa forma, considerando a necessidade de se debater a *interface* Enfermagem e Cultura de Segurança, propôs-se esta reflexão teórica, a qual tem como objetivo, refletir sobre o conceito de Cultura de Segurança e suas dimensões, no contexto da equipe de Enfermagem. No entanto, é válido ressaltar que a cultura de segurança deve ser desenvolvida, discutida e analisada com toda a equipe multiprofissional que assiste direta e indiretamente ao paciente em todos os serviços de saúde. Sugere-se que estudos relacionados aos desafios presentes nas práticas de segurança do paciente envolvendo o enfermeiro, na implantação de uma cultura de segurança e melhorias da qualidade são fundamentais, pois podem auxiliar em estratégias e ações para o alcance das metas de segurança.

MÉTODO

Estudo descritivo, tipo análise teórico-reflexiva, elaborado a partir de reflexões relacionadas com a ciência "segurança do paciente". O levantamento dos artigos científicos foi realizado no período de fevereiro a junho de 2017, considerando publicações nos últimos 10 anos, disponíveis nas bases de dados Medline, Lilacs e biblioteca Scielo.

Foi realizada análise temática e os resultados discutidos em quatro temas, sendo estes: “O compromisso da liderança e aspectos organizacionais”; “Trabalho em equipe”; “Comunicação eficiente e gerenciamento de risco”; e por último, “Aprendizagem organizacional e abordagem não punitiva dos erros”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Compromisso da Liderança e aspectos organizacionais

O papel da liderança é um componente chave para o desenvolvimento de uma cultura de segurança, pois por meio da atuação de um líder, os demais profissionais conseguem criar estratégias e estruturas para promover cuidados de saúde seguros e com qualidade. Além disso, ajudam a moldar uma cultura em que os erros e as falhas sejam vistos como uma forma de conhecimento e aprendizagem contínua⁽¹²⁾, o que será abordado mais adiante.

Em estudo desenvolvido em 14 hospitais certificados pela Organização Nacional de Acreditação e pela *Joint Commission International* em São Paulo, a liderança foi a competência mais importante e mais presente nos gerentes de enfermagem, na visão dos seus superiores hierárquicos⁽¹³⁾. Neste sentido, os líderes podem criar um clima de segurança que faz com que os profissionais da linha de frente se sintam seguros em relatar erros. Isso faz da liderança de segurança, uma dimensão crítica da cultura de segurança⁽¹⁴⁾.

Sabe-se que o planejamento do cuidado é um processo pelo qual se pode atingir resultados com um mínimo de erros e por meio de atitudes dinâmicas, ou seja, dependentes das realidades encontradas nas instituições, considerando as incertezas e imprevistos dos cenários assistenciais. Sendo assim, torna-se necessário o exercício de uma liderança profundamente conhecedora das fragilidades e potencialidades de sua equipe⁽⁵⁾.

O alcance da cultura de segurança depende de como os líderes, em todos os níveis de uma organização, obtêm, usam e disseminam os dados e as informações obtidas. Consequentemente, deve-se avaliar a cultura da segurança de cada setor ou unidade, bem como em nível organizacional, a fim de identificar as áreas de cultura com necessidade de melhorar e aumentar a consciência dos conceitos de segurança do paciente; avaliar a efetividade das intervenções

de segurança do paciente, progressiva e continuamente; e estabelecer metas internas e externas. Portanto, o maior desafio em avaliar a cultura é estabelecer um elo entre a cultura da segurança e os resultados da assistência prestada ao paciente⁽¹¹⁾.

Um estudo identificou que a organização e o apoio da liderança de uma unidade para a segurança mostraram um efeito nitidamente positivo sobre o medo de repercussões⁽¹⁴⁾. A mesma linha de resultados foi obtida por um estudo de intervenção que propôs um treinamento para melhorar a percepção do clima de segurança do paciente, em gerentes de enfermagem hospitalar. O apoio das lideranças à evolução da segurança teve mais capacidade de reduzir o medo de repercussões dos erros do que a própria intervenção de treinamento de segurança⁽¹⁵⁾.

Tanto estudos teóricos quanto investigações empíricas corroboram a concepção de que, para existir uma cultura de segurança positiva, é fundamental que os líderes das organizações apoiem as iniciativas de segurança do paciente de forma decisiva⁽¹⁴⁾. Caso contrário, os profissionais não terão um ambiente adequado para aprender com os erros, uma vez que não terão respaldo da liderança. Assim, a cultura do silêncio e da punição, já hegemônica, será sustentada nas instituições.

Por outro lado, faz-se necessário o desenvolvimento de uma cultura justa e franca, em que se tenha uma linha clara entre comportamentos aceitáveis e inaceitáveis. Identifica-se a cultura justa como uma maneira de pensar em uma escala de justiça de dois lados. Um lado desta escala é a responsabilidade do indivíduo e o outro, é a responsabilidade do sistema. A responsabilidade do indivíduo é considerada como um produto que contribui para um elevado nível de segurança, em que todos os membros de uma organização compartilham dos mesmos compromissos e valores, para que a segurança do paciente seja eficaz. Contudo, sabe-se que existe o comportamento de risco, em que há profissionais que, conscientemente, desrespeitam os critérios de segurança, sendo assim, merecedores de uma abordagem de responsabilização⁽¹⁶⁾.

No que se refere à responsabilidade dos sistemas, um ambiente de trabalho satisfatório, seguro e empoderador é considerado saudável para os funcionários e para os pacientes⁽¹⁷⁾. Fatores como carga de trabalho elevada, número

insuficiente de profissionais, problemas na comunicação entre as equipes, falta de equipamentos e falta de apoio gerencial são contra produtivos quando o objetivo é uma assistência segura e de qualidade⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

As práticas do ambiente de trabalho também são mencionadas como atributos primordiais para práticas seguras, pois as atitudes favoráveis dos indivíduos para a segurança são influenciadas neste ambiente. Por isso, é importante que os gestores das instituições de saúde promovam uma política de segurança dentro da organização, definindo assim responsabilidades, qualificação e formação⁽¹⁶⁾.

Em estudo transversal, recentemente realizado na Turquia, com 274 profissionais de enfermagem de um hospital universitário regional, foi identificada associação significativa entre ambiente de trabalho, empoderamento da equipe de enfermagem e cultura de segurança do paciente⁽¹⁷⁾. A Turquia é um país emergente assim como o Brasil, no qual os serviços de saúde ainda estão em transição. O mesmo achado foi observado também em outros estudos internacionais⁽¹⁰⁾.

Em outra investigação realizada na Suíça, com 9236 profissionais de enfermagem, também foi detectada uma forte relação entre o ambiente de trabalho e a percepção de segurança do paciente por parte dos participantes. Fatores como funcionários suficientes e recursos para discutir questões de enfermagem com outros enfermeiros, para completar o trabalho e para oferecer cuidados de qualidade, bem como boas relações entre médicos e enfermeiros, e lideranças de enfermagem visíveis e competentes foram altamente relacionados com uma melhor avaliação da segurança do paciente⁽¹⁰⁾.

Em estudo, cujo objetivo foi avaliar a cultura de segurança em três hospitais públicos do estado do Ceará, identificou-se que os aspectos que apresentaram maior e menor destaque, respectivamente, foi Satisfação no Trabalho e Percepção da Gerência. Observou-se que os profissionais terceirizados apresentaram melhor percepção da cultura de segurança em comparação aos profissionais estatutários. Por outro lado, os profissionais de nível superior apresentaram melhor percepção dos fatores estressores do que os profissionais de nível médio. O nível de cultura de segurança encontrado no referido estudo foi considerado abaixo do ideal, sendo que as ações gerenciais foram consideradas o principal contribuinte para

a fragilidade da cultura⁽¹⁹⁾. Neste sentido, é necessário que haja, nas instituições, uma liderança comprometida com a melhoria contínua da qualidade, na qual o desenvolvimento de uma cultura de segurança do paciente esteja no centro do planejamento estratégico da organização, o que direcionará os processos de trabalho e, conseqüentemente, resultados assistenciais positivos.

Trabalho em equipe

Para uma cultura de segurança positiva, é imprescindível que o trabalho em equipe, dentro das unidades, seja estimulado, o que corresponde ao apoio que os funcionários oferecem uns aos outros, trabalhando juntos e de modo respeitoso. Não obstante, as diferentes unidades de uma instituição devem trabalhar em equipe, de forma cooperativa e coordenada, para prover um cuidado de alta qualidade para os pacientes⁽¹⁸⁾. Isso é importante, uma vez que as unidades, apesar de terem seus objetivos e processos de trabalho particulares, são interdependentes.

Pesquisas relatam a redução e gerenciamento de erros na área da saúde através de trabalho em equipe executado com qualidade e cooperação de todos no processo⁽¹⁸⁾. Neste sentido, observa-se que os cuidados de saúde modernos estão cada vez mais baseados em equipes multidisciplinares que se organizam numa rede mais complexa e compartilhada. No entanto, essa transição não foi acompanhada por mudanças nos sistemas de comunicação entre os profissionais, principalmente entre profissionais de diferentes disciplinas^(18,20). Sabe-se que as falhas no trabalho em equipes interdisciplinares e na comunicação contribuem com 61% dos eventos sentinelas⁽²¹⁾. Isto, porque elas podem comprometer diretamente a assistência ao paciente, provocar tensão e angústia nos profissionais, reduzir sua eficiência e, assim, influenciar substancialmente a ocorrência de erros⁽²⁰⁾.

Assim, é importante lembrar que as equipes efetivas são aquelas que apresentam cinco dimensões-chave: liderança de equipe, monitoramento de desempenho mútuo, comportamento de *backup*, adaptabilidade e orientação de equipe. A liderança de equipe envolve a capacidade de dirigir, coordenar e avaliar o desempenho dos membros do grupo, além de atribuir tarefas, desenvolver conhecimentos, habilidades e motivar os integrantes, de forma a planejar, organizar e

estabelecer uma atmosfera positiva. O monitoramento de desempenho mútuo se refere à capacidade de desenvolver entendimentos comuns no ambiente da equipe e desenvolver estratégias para monitorar o desempenho do colega de equipe. A dimensão comportamento de *backup* é a capacidade de antecipar as necessidades de outros membros da equipe por meio de um conhecimento sobre as responsabilidades de todos, além da sua própria responsabilidade. Neste sentido, ocorre a mudança nas atividades para alcançar o equilíbrio durante períodos de alta carga de trabalho ou pressão. A adaptabilidade é o ajuste de estratégias em resposta a mudanças de condições internas ou externas por meio do uso do comportamento de *backup* e redistribuição de funções dentro da equipe. Por fim, a dimensão orientação de equipe, leva em consideração o comportamento de outros durante a interação grupal e a crença na importância do objetivo da equipe sobre os objetivos dos membros individuais⁽²²⁾.

Tais dimensões são coordenadas pelos mecanismos subjacentes de confiança mútua (crença compartilhada de que todos protegerão os interesses dos colegas de equipe), comunicação em circuito fechado (troca de informações entre um remetente e um receptor independentemente do meio) e modelos mentais compartilhados. Este último mecanismo tem sido considerado fundamental para um trabalho em equipe efetivo nos cuidados de saúde. Os modelos mentais compartilhados permitem aos membros de uma equipe, uma compreensão comum da situação, do plano de tratamento e das responsabilidades individuais. Portanto, tal fato possibilita a previsão de necessidades dos membros da equipe, a identificação de mudanças na situação clínica e o ajuste de estratégias. Desta forma, os diferentes componentes da equipe podem contribuir plenamente para a resolução de problemas e para a tomada de decisões^(18,20,22).

O funcionamento das equipes seguindo estes preceitos possibilita sanar um dos principais desafios que se apresentam na área da saúde: o compartilhamento de informações. A comunicação entre profissionais e equipes é necessária em diversos cenários do cuidado à saúde, contudo, tem se mostrado inadequada, principalmente em contextos críticos como nas transferências de cuidados em unidades de alta complexidade, como em unidades de emergência ou em sala de cirurgia⁽²⁰⁾.

Comunicação eficiente e gerenciamento de risco

Em estudo de comunicações nas salas de cirurgia, foram identificadas uma falha a cada oito minutos. As trocas de informações interdisciplinares resultaram em falhas quase duas vezes mais frequentes que as intradisciplinares. Em 81% das falhas, o resultado foi a ineficiência, sendo que o desperdício de recursos (19%) e o aumento do trabalho (13%) também foram observados⁽²³⁾. Neste sentido, as dificuldades e até mesmo ausência de discussão multiprofissional, seja diante de um incidente ou mesmo no planejamento da assistência ao paciente, é um forte paradigma a ser superado dentro da cultura dos serviços de saúde. Em outra investigação, foi verificado que as equipes que compartilharam informações sobre o paciente com menos frequência, no início de um caso cirúrgico e na transferência, após a cirurgia, tiveram mais do dobro de risco de complicações cirúrgicas do que as equipes que compartilhavam essas informações com frequência. Outros achados mostram que, durante as transferências pós-operatórias, muitas informações críticas (por exemplo, alergias ou problemas intra-operatórios) não são comunicadas pelos médicos aos enfermeiros da ala. As falhas no compartilhamento de informações acima descritas tornam-se fatores críticos que comprometem a comunicação eficaz da equipe e cuidados seguros para o paciente, sendo considerados *déficits* educacionais, psicológicos e organizacionais⁽²⁰⁾.

As falhas de comunicação podem ser corrigidas com a implementação de estratégias como o ensino de técnicas de comunicação, práticas incluindo todos os membros da equipe, simulações e uso de protocolos, *checklists* e outros artifícios. Outra medida importante é o desenvolvimento de uma cultura organizacional que apoie as equipes de saúde^(18,20).

A comunicação eficiente permite que erros que podem levar a danos previsíveis à saúde do paciente sejam evitados, o que é um dos maiores objetivos da cultura de segurança. Reason, psicólogo e pesquisador da Universidade de Manchester, é um dos mais notáveis estudiosos sobre os erros humanos no âmbito da segurança e responsável por descrever o modelo do queijo suíço de acidentes⁽⁸⁾. De acordo com este modelo, os sistemas organizacionais possuem camadas defensivas (barreiras) dotadas de falhas, como “buracos” em fatias de queijo suíço. Esses “buracos” estão continuamente se abrindo,

fechando e mudando sua localização, e, quando eles se alinham momentaneamente, proporcionam uma trajetória de oportunidade de acidentes que não encontra barreiras e acaba atingindo o paciente⁽²⁴⁾.

Neste contexto, cabe ressaltar que os serviços de saúde modernos levam os profissionais a realizar uma grande quantidade de tarefas sob pressões de tempo extremas e frequente escassez de recursos, inseridos numa complexa rede de equipes multidisciplinares que devem interagir com a finalidade de fornecer aos pacientes, cuidado de qualidade e de alto grau de precisão⁽¹⁴⁾. Essas condições de trabalho predispoem às falhas ativas e condições latentes no sistema organizacional que, quando combinadas, dão origem aos eventos adversos⁽²⁴⁾.

As falhas ativas são explicadas por Reason como os atos inseguros cometidos por pessoas que estão em contato direto com o paciente ou sistema, ocasionadas por deslizos, lapsos, erros. Já as condições latentes são inevitáveis "agentes patogênicos residentes" dentro do sistema, que surgem de decisões feitas por gestores. Elas podem se apresentar como condições que levam ao erro como a pressão de tempo, escassez de recursos humanos, equipamentos inadequados, fadiga e inexperiência, ou então, como condições que provoquem falhas nas defesas do sistema. Ao contrário das falhas ativas, que muitas vezes são difíceis de prever, as condições latentes podem ser identificadas e corrigidas de maneira preventiva quando há um gerenciamento de risco proativo e não reativo⁽²⁴⁾.

Esse tipo de gerenciamento é empregado pelas indústrias de alta confiabilidade como a aviação, o controle de tráfego aéreo e a energia nuclear. Elas gerenciam tecnologias altamente complexas, com pessoal especializado diversificado, e se baseiam na premissa de que, quando ocorrem erros, a abordagem punitiva apenas encoraja a negação, o medo e o segredo. Por isso, deve-se passar de uma "abordagem da pessoa" que vê o erro como resultado da insuficiência pessoal dos trabalhadores para uma "abordagem de sistemas", que aceita os seres humanos como falíveis e se concentra nas causas sistêmicas dos erros^(14,24).

Quando esta ideia é transposta para as organizações de saúde, percebe-se a necessidade premente de reforçar as barreiras que protegem os pacientes dos riscos. Isso pode ser feito delineando medidas como a atualização dos profissionais, o uso de protocolos clínicos e do

checklist cirúrgico, o estabelecimento de protocolos de higiene das mãos, a prescrição de doses unitárias de medicamentos e a criação de um sistema de relatório de erros^(8,24). Esta última medida talvez seja a mais importante, uma vez que os sistemas de notificações de erros são reconhecidos como mecanismos chave de segurança e favorecem uma cultura organizacional positiva e uma assistência de qualidade. Quando os profissionais de saúde se encontram em ambiente em que foi desenvolvida uma cultura organizacional positiva, seu compromisso com o relatório de erros aumenta, o que leva a uma consequente melhora da segurança do paciente e redução das taxas de mortalidade^(6,19).

Ademais, as estratégias para melhoria da comunicação podem advir tanto em nível de liderança quanto de cada equipe. A liderança, por exemplo, pode promover ações que facilitam a comunicação e integração das equipes, incluindo a minimização das hierarquias entre os profissionais, uma vez que os diferentes gradientes de hierarquia geram uma distância entre colaborador e lideranças. Por outro lado, é no cotidiano de trabalho que, individualmente, cada membro da equipe pode produzir um ambiente favorável para a boa convivência e comunicação, resultando num ambiente de trabalho saudável em que se oferece uma assistência segura aos pacientes.

Aprendizagem organizacional e abordagem não punitiva dos erros

A avaliação dos erros por meio da cultura de aprendizagem encoraja oportunidades para compartilhar lições aprendidas e considera o processo de educação contínuo e evolutivo⁽¹²⁾. Contudo, somente está presente quando os líderes demonstram vontade de aprender e criam uma consciência entre os profissionais para o relato dos incidentes. Além disso, promovem um ambiente de aprendizagem por meio de oportunidades, permitindo que sejam identificadas as condições inseguras para a segurança do paciente⁽¹⁶⁾.

À medida que a cultura de segurança amadurece nas instituições, a cultura de aprendizagem torna-se mais proativa na identificação e melhoria de processos potencialmente inseguros para prevenir erros⁽¹²⁾. Entretanto, ainda permanece a cultura punitiva na maior parte das instituições, o que provoca insatisfação e desmotivação dos profissionais.

Neste caso, é essencial migrar de uma cultura punitiva aos erros para uma cultura de aprendizagem, o que leva à possibilidade de abertura da comunicação, fazendo com que os funcionários conversem de forma desinibida sobre os erros que podem afetar o paciente e que eles se sintam livres para questionar os funcionários, com maior autoridade, quando estes estiverem tendo comportamentos inseguros. Dessa forma, é possível aumentar a notificação de eventos adversos, viabilizando um *feedback* sobre os erros, permitindo a implementação de mudanças e a discussão de estratégias de prevenção de novos incidentes^(14,17).

O que torna os relatórios de erros tão fundamentais é o fato de oferecerem informações sobre as condições de trabalho e processos que contribuem para a ocorrência de erros durante a assistência ao paciente. Eles permitem aos profissionais de saúde expor e registrar, geralmente, e de forma voluntária e confidencial, a ocorrência de incidentes ou de qualquer irregularidade de segurança observada no ambiente de trabalho. Dessa forma, podem aumentar o conhecimento sobre os erros e os riscos inerentes à tarefa e ao tipo e local de trabalho. Por meio da investigação do evento e da análise de vários incidentes agregados, geram ainda informação útil para corrigir as fragilidades ou falhas identificadas⁽⁵⁾. Diante disso, percebe-se que os sistemas de notificação constituem uma importante ferramenta de diagnóstico de situações de risco e, em consequência, podem ser uma fonte de recomendações que visem aumentar a segurança e as boas práticas em saúde⁽³⁾.

Continuamente, são publicados estudos usando dados de incidentes como um indicador de resultados para avaliar a eficácia das intervenções de segurança⁽²⁵⁻²⁶⁾. No entanto, muitas vezes, as organizações de cuidados de saúde não são capazes de aprender com suas falhas, principalmente devido à subnotificação dos erros^(17,25). Este problema pode ser ocasionado por diversos fatores, como o incômodo e a demora no preenchimento dos formulários, podendo provocar atrasos na realização das tarefas e/ou atividades, a crença de que o relatório de erros não levará a melhorias de segurança, confidencialidade e preocupações legais, tradições de autonomia profissional, perfeccionismo, hierarquias de poder dentro e entre equipes profissionais, sistemas de relatório

mal concebidos e um ambiente de trabalho punitivo⁽¹⁷⁾. Se houver, simplesmente, o arquivamento dos dados coletados no sistema de notificação interno da instituição, sem o devido tratamento, com ações de melhoria e discussão com todos os profissionais da instituição, não haverá aprendizado organizacional. Para o desenvolvimento de uma cultura de segurança fortalecida, a liderança deve utilizar estes dados para a gestão de cuidados e promover capacitação e discussão dos erros notificados.

Ademais, para além das quatro dimensões discutidas, espera-se que o desenvolvimento de uma cultura organizacional voltada para a segurança do paciente gere a mudança necessária de vários paradigmas. Ressalta-se a transposição do modelo biomédico hegemônico, que valoriza somente o biológico, em detrimento do ser humano em sua totalidade, para um modelo voltado para a atenção integral, humanizada e segura da pessoa assistida na organização de saúde. Para tanto, é necessário que todo este processo de desenvolvimento da cultura de segurança do paciente seja embasado em modelos teóricos, uma vez que estes irão guiar e sistematizar as etapas deste processo de melhoria, que é contínuo e precisa do engajamento de todos os profissionais que compõe a equipe multiprofissional da instituição.

CONCLUSÃO

Considerando as principais reflexões levantadas, constata-se a necessidade de se estabelecer a segurança do paciente nas organizações de saúde enquanto processo cultural, a fim de promover uma maior consciência tanto dos profissionais de enfermagem quanto de cada profissional da equipe multiprofissional que atua nas organizações. Este processo deve estar ser pautado, principalmente, em compromisso ético, comunicação efetiva e cultura não punitiva dos erros.

Neste sentido, uma assistência com menor índice de erros pode ser obtida por meio de uma mudança no modo de organização do trabalho, do ambiente, na participação mais ativa dos profissionais de saúde e pacientes, no sentido de incentivar a participação dos usuários quanto à identificação e prevenção de ocorrências adversas nos ambientes de saúde.

O gerenciamento de risco corrobora essa participação dos usuários, uma vez que tal estratégia propõe uma "abordagem de sistemas"

que aceita os seres humanos como falíveis e se concentra nas causas sistêmicas dos erros.

A percepção diária de situações de risco se configura em medida importante, pois colabora para o adequado gerenciamento do cuidado, com enfoque na prevenção do erro e o estabelecimento da cultura de segurança na instituição. Os eventos adversos devem ser compreendidos em sua totalidade, considerando o que existe além de sua ocorrência, ou seja, sobrecargas de trabalho, a falta de conhecimento dos profissionais, falta de comunicação efetiva, precária infraestrutura institucional, pouco envolvimento da liderança, desconhecimento da realidade local e outros problemas estruturais e organizacionais que prevalecem nas instituições de saúde.

Torna-se importante ressaltar os avanços obtidos pela enfermagem, no que diz respeito à atuação pautada na identificação e avaliação de riscos, prevenção de eventos adversos e adoção de melhores práticas assistenciais e gerenciais, numa perspectiva de alcançar as metas de segurança do paciente, propostas pela OMS. Entretanto, tal tema ainda necessita de investigações, principalmente no que se refere à eficácia das estratégias adotadas, a fim de auxiliar enfermeiros e equipe a desenvolverem intervenções adequadas ao gerenciamento adequado dos erros e fortalecimento da cultura de segurança nos diversos níveis e setores dos cuidados em saúde. Sugere-se que melhorias advindas da implementação de intervenções multifacetadas, com vistas à abordagem das diferentes dimensões da cultura de segurança, alcancem resultados mais eficientes e satisfatórios.

REFERÊNCIAS

1. Rodrigues CCFM, Santos VEP, Sousa P. Segurança do paciente e enfermagem: interface com estresse e Síndrome de Burnout. *Rev Bras Enferm.* 2017;70(5):1083-8. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0194>
2. World Health Organization (WHO). The conceptual framework for the International Classification for Patient Safety: Version 1.1: final technical report. Geneva: World Health Organization; 2009 [citado em 22 nov 2017]. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 529, de 1 de abril de 2013. Programa Nacional de

Segurança do Paciente – ANVISA [Internet]. Brasília; 2013 [citado 2017 out. 25]. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/upload/controle-infeccoes/pasta2/portaria-msgm-n-529-de-01-04-2013.pdf>

4. Cestari VRF, Ferreira MA, Garces TS, Moreira TMM, Pessoa VLMP, Barbosa IV. Aplicabilidade de inovações e tecnologias assistenciais para a segurança do paciente: revisão integrativa. *Cogitare Enferm.* 2017;22(3):e45480. <https://doi.org/10.5380/ce.v22i3.45480>
5. Duarte SCM, Stipp MAC, Silva MM, Oliveira FT. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2015;68(1):144-54. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680120p>
6. Simam AG, Cunha SGS, Brito MJM. Ações de enfermagem para segurança do paciente em hospitais: revisão integrativa. *Rev Enferm UFPE on line.* 2017;11(2 Supl):1016-24. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i2a13472p1016-1024-2017>
7. Halligan M, Zecevic A. Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. *BMJ Qual Saf.* 2011;20(4):338-43. <https://doi.org/10.1136/bmjqs.2010.040964>
8. Ministério da Saúde (BR). Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Documento de referência do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014 [citado 26 out 2017]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf
9. Butler GA, Hupp DS. Pediatric quality and safety: a nursing perspective. *Pediatr Clin North America.* 2016;63(2):329-39. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2015.11.005>
10. Alenius LS, Tishelman C, Runesdotter S, Lindqvist R. Staffing and resource adequacy strongly related to RNs' assessment of patient safety: a national study of RNs working in acute-care hospitals in Sweden. *BMJ Qual Saf.* Published online first: 14 oct 2013. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001734>
11. Paese F, Sasso GTMD. Cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde. *Texto Contexto Enferm.* 2013;22(2):302-10. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000200005>

12. Sammer CE, Lykens K, Singh KP, Mains DA, Lackan NA. What is patient safety culture? A review of the literature. *J Nurs Scholarsh*. 2010;42(2):156-65. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2009.01330.x>
13. Furukawa PO, Cunha ICKO. Perfil e competências de gerentes de enfermagem de hospitais acreditados. *Rev Latinoam Enferm*. 2011;19(1):106-14. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000100015>
14. Castel ES, Ginsburg LR, Zaheer S, Tamim H. Understanding nurses' and physicians' fear of repercussions for reporting errors: clinician characteristics, organization demographics, or leadership factors? *BMC Health Serv Res*. 2015;15:326. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0987-9>
15. Ginsburg L, Norton PG, Casebeer A, Lewis S. An educational intervention to enhance nurse leaders' perceptions of patient safety culture. *Health Serv Res*. 2005;40(4):997-1019. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2005.00401.x>
16. Mello JF, Barbosa SFF. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2013;22(4):1124-33. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000400031>
17. Dirik HF, Intepeler SS. The work environment and empowerment as predictors of patient safety culture in Turkey. *J Nurs Manag*. 2017;25(4):256-65. <https://doi.org/10.1111/jonm.12458>
18. Hastings SE, Suter E, Bloom J, Sharma K. Introduction of a team-based care model in a general medical unit. *BMC Health Serv Res*. 2016;16:245. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1507-2>
19. Carvalho REFL, Arruda LP, Nascimento NKP, Sampaio RL, Cavalcante MLSN, Costa ACP. Assessment of the culture of safety in public hospitals in Brazil. *Rev Latinoam Enferm*. 2017;25:e2849. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1600.2849>
20. Weller J, Boyd M, Cumin D. Teams, tribes and patient safety: overcoming barriers to effective teamwork in healthcare. *Postgrad Med J*. 2014;90:149-54. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2012-131168>
21. The Joint Commission. Most Commonly Reviewed Sentinel Event Types. 2012 [citado em 22 nov 2017]. Disponível em: https://www.jointcommission.org/assets/1/18/Event_type_2Q_2016.pdf
22. Salas E, Sims DE, Burke CS. Is there a "Bib Five" in teamwork? *Small Group Res*. 2005;36(5):555-9. <https://doi.org/10.1177/1046496405277134>
23. HU, Y. Deconstructing intraoperative communication failures. *J Surg Res*. 2012;177(1):37-42. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2012.04.029>
24. Reason J. Human error: models and management. *BMJ*. 2000;320:768-70. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768>
25. Westbrook JI, Li L, Lehnborn EC, Baysari MT, Braithwaite J, Burke R et al. What are incident reports telling us? A comparative study at two Australian hospitals of medication errors identified at audit, detected by staff and reported to an incident system. *Int J Qual Health Care*. 2015;27(1):1-9. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzu098>
- Raban M, Westbrook J. Are interventions to reduce interruptions and errors during medication administration effective? A systematic review. *BMJ Qual Saf*. 2014;23(5):414-21. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002118>

Nota: Manuscrito extraído da dissertação em andamento intitulada: "Cultura de Segurança do Paciente na perspectiva de profissionais de enfermagem: caracterização e fatores associados" – Programa de pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São João del-Rei – Campus Centro-Oeste Dona Lindu.

Recebido em: 04/11/2017

Aprovado em: 20/01/2018

Endereço de correspondência:

Luciana Regina Ferreira da Mata
Av. Prof. Alfredo Balena, 190 - Bairro Santa Efigênia
UFMG - Escola de Enfermagem
CEP: 30130-100 - Belo Horizonte/MG - Brasil
E-mail: luregbh@yahoo.com.br