

# Desafios da prática na segurança do paciente

*Practice challenges in patient safety*

*Desafíos de la práctica en la seguridad del paciente*

**Andréia Guerra Siman<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0001-7990-9273

**Luciene Muniz Braga<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-2297-395X

**Marilane de Oliveira Fani Amaro<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-9495-0861

**Maria José Menezes Brito<sup>II</sup>**

ORCID: 0000-0001-9183-1982

<sup>1</sup> Universidade Federal de Viçosa. Viçosa, Minas Gerais, Brasil.

<sup>II</sup> Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

## Como citar este artigo:

Siman AG, Braga LM, Amaro MOF, Brito MJM.

Practice challenges in patient safety.

Rev Bras Enferm. 2019;72(6):1504-11.

doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0441>

## Autor Correspondente:

Andréia Guerra Siman

E-mail: ago.80@hotmail.com

**Submissão:** 07-06-2018    **Aprovação:** 02-03-2019

## RESUMO

**Objetivo:** compreender os desafios da prática profissional para o alcance das metas e objetivos do Programa Nacional de Segurança do Paciente. **Método:** estudo de caso qualitativo, fundamentado na Sociologia Compreensiva, realizado com 31 profissionais do Núcleo de Segurança do Paciente e da equipe de enfermagem, que trabalhavam em um hospital de ensino. A coleta de dados ocorreu entre maio e dezembro de 2015 por meio de entrevistas, observação e análise documental. A análise procedeu conforme as prerrogativas da Análise de Conteúdo. **Resultados:** emergiram três categorias, sendo elas: *A realidade prescrita; Os recursos materiais e seus impactos no cuidado; e A realidade relacionada aos recursos humanos.* **Considerações finais:** os desafios para a prática profissional segura perpassam pela estrutura física inadequada, insuficiência de recursos materiais e humanos, mas, principalmente, invadem a transição das mudanças no âmbito prescritivo para o real.

**Descritores:** Segurança do Paciente; Qualidade da Assistência à Saúde; Prática Profissional; Enfermagem; Hospitais.

## ABSTRACT

**Objective:** to understand the professional practice challenges in reaching the goals and objectives of the National Patient Safety Program (*Programa Nacional de Segurança do Paciente*). **Method:** qualitative case study, based on the Comprehensive Sociology, carried out with 31 professionals from the Patient Safety Center (*Núcleo de Segurança do Paciente*) and the nursing team, working in a teaching hospital. Data collection took place between May and December 2015 through interviews, observation and documentary analysis. The analysis proceeded according to the prerogatives of the Content Analysis. **Results:** three categories emerged: *the prescribed reality; material resources and their impact on care; and human resources related to the reality.* **Final considerations:** challenges to safe professional practice are caused by inadequate physical structure, insufficient physical and human resources, but mainly invade the transition from the prescriptive reality scope.

**Descriptors:** Patient Safety; Quality of Health Care; Professional Practice; Nursing; Hospitals.

## RESUMEN

**Objetivo:** comprender los desafíos de la práctica profesional para el logro de las metas y objetivos del Programa Nacional de Seguridad del Paciente. **Método:** estudio de caso cualitativo, fundamentado en la Sociología Comprensiva, realizado con 31 profesionales del Núcleo de Seguridad del Paciente y del equipo de enfermería, que trabajaban en un hospital de enseñanza. La recolección de datos ocurrió entre mayo y diciembre 2015 a través de entrevistas, observación y análisis documental. El análisis procedió conforme a las prerrogativas del Análisis de Contenido. **Resultados:** surgieron tres categorías, siendo ellas la realidad prescrita; los recursos materiales y sus impactos en el cuidado; y la realidad relacionada con los recursos humanos. **Consideraciones finales:** los desafíos para la práctica profesional segura atraviesan la estructura física inadecuada y la insuficiencia de recursos materiales y humanos, pero principalmente invaden la transición de los cambios en el ámbito prescritivo para el real.

**Descriptor:** Seguridad del Paciente; Calidad de la Asistencia Sanitaria; Práctica Profesional; Enfermería; Hospitales.

## INTRODUÇÃO

A avaliação da qualidade dos serviços, a melhoria da Segurança do Paciente e a cultura de Segurança do Paciente são componentes estruturais para melhorar a prática segura nos serviços de saúde<sup>(1-2)</sup>. Segurança do Paciente é reduzir a um mínimo possível os riscos de dano ao paciente. Trata-se de um processo contínuo que envolve atividades educativas, ações sistematizadas para detectar, analisar Eventos Adversos (EA) e situações de risco<sup>(3)</sup>.

Existem iniciativas de marco histórico, como a publicação do relatório sobre erros relacionados à assistência à saúde: *"To err is human: building a safer health system"*, afirmando que até 98 mil mortes por ano nos Estados Unidos da América (EUA) poderiam ser decorrentes de erros médicos<sup>(4)</sup>, o que gerou alerta às instituições de saúde. Neste sentido, o erro é a falha, ação que ocorre fora do planejado ou aplicação incorreta do plano; e os EA são quaisquer danos ou lesão causado ao paciente em decorrência de intervenção da equipe de saúde<sup>(5)</sup>.

Nesta perspectiva, nos últimos anos, estudos têm demonstrado que as práticas dos profissionais de saúde têm sido marcadas por elevadas taxas de EA em procedimentos cirúrgicos, administração de medicamentos, infecções adquiridas em hospitais, lesões provocadas em pacientes, falhas nos sistemas de atendimento hospitalar, danos permanentes e mortes. Práticas inadequadas, inseguras e negligentes afetam entre 3% e 16% dos pacientes hospitalizados em países desenvolvidos<sup>(6-8)</sup>. Portanto, manter um processo de cuidar baseado na real necessidade do paciente, com um ambiente e assistência segura, tem se configurado como um importante desafio.

Em 2013, no Brasil, foi instituído o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e publicada a Resolução da Diretoria Colegiada nº. 36 (RDC 36/2013) que instituiu as ações para a promoção da Segurança do Paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde<sup>(3)</sup>.

É fato que aspectos estruturais e de processo afetam a Segurança do Paciente<sup>(9)</sup>. Contudo, ao realizar estudos nas organizações, é preciso considerar o elemento humano, o contexto e a organização do trabalho. O problema surge quando se volta o olhar para as questões entre o prescrito e o real. O prescrito não é o real, porque a realidade do contexto das instituições de saúde é complexa<sup>(10)</sup>. O componente prescrito é um componente abstrato, formal e estático; e o componente real é o concreto, verdadeiro, informal e dinâmico. O real, nas organizações, é basicamente uma organização técnica que perpassa por interações humanas e a modifica, lhe dá uma forma concreta<sup>(10)</sup>. Assim, o distanciamento entre o prescrito e o real apresenta um objeto privilegiado para a análise de práticas, valores, crenças que representam confrontos entre a forma de gerenciar o trabalho e os modos de fazer e pensar dos trabalhadores.

Portanto, para entender o comportamento real das pessoas, é preciso entender o contexto real. Vale ressaltar que o trabalho deve ser organizado de forma a impactar na qualidade da assistência para além das práticas prescritas, ou seja, deve passar do âmbito político ao assistencial e operacional.

No presente estudo, parte-se do pressuposto que há um distanciamento entre a dimensão prescrita (protocolos, relatórios, registros, indicadores e planos de ação do Núcleo de Segurança do Paciente - NSP) no planejamento das práticas de Segurança

do Paciente no contexto hospitalar e a realidade das práticas profissionais. Tal fato reforça a necessidade de compreender os desafios para a prática profissional no contexto real, pois elas envolvem um processo complexo e multidisciplinar que requer o planejamento de objetivos comuns pelos profissionais para prestar uma assistência com segurança e qualidade.

Diante disso, neste estudo, optou-se por trabalhar com o conceito de prática profissional no sentido mais amplo, como práticas sociais dentro da perspectiva praxeológica. Trata-se de uma abordagem que visa agrupar a análise de gestão, os níveis institucional, organizacional e comportamental, permitindo as interseções entre a ação humana<sup>(11)</sup>. Adotar a perspectiva da prática social é considerar os trabalhadores de saúde sujeitos sociais em processo de relação, no qual produzem as práticas de saúde de forma coletiva e dirigidas a fins específicos, compartilhados por todos os membros de uma comunidade<sup>(12)</sup>.

Tendo em vista a importância da incorporação de práticas seguras na Saúde e que a problemática atinge diversos pacientes, além da escassez de estudos nacionais sobre a temática, principalmente para retratar as limitações dos serviços públicos de saúde, justifica-se a realização deste estudo. Com as considerações apresentadas, pretende-se responder as seguintes questões norteadoras: como têm ocorrido as práticas de profissionais de saúde na implantação da Segurança do Paciente? Quais os desafios enfrentados neste contexto?

## OBJETIVO

Compreender os desafios da prática profissional para o alcance das metas e objetivos do PNSP.

## MÉTODO

### Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa - MG, Brasil. Parecer número 1.072.502.

### Referencial teórico-metodológico

Pesquisa qualitativa delineada pela estratégia de pesquisa do estudo de caso e fundamentada na Sociologia Compreensiva. O estudo de caso tem por objetivo analisar uma unidade social, buscando responder "como" e "por que" os fenômenos ocorrem. Por isso, é ideal para estudos organizacionais que buscam retratar a realidade de forma completa e profunda<sup>(13)</sup>. O cerne da Sociologia Compreensiva é a concepção das ações e relações dos indivíduos em um contexto social. É o reconhecimento que essas relações entre indivíduos possuem importância causal, pois as relações orientam as ações<sup>(14)</sup>. Neste sentido, a Sociologia Compreensiva considera o papel do indivíduo e sua ação na construção da realidade.

### Tipo de estudo

Estudo de caso fundamentado na Sociologia Compreensiva.

## Procedimentos metodológicos

### Cenário do estudo

O cenário de estudo foi um hospital de ensino situado na Zona da Mata de Minas Gerais, o qual desenvolve estratégias de melhoria da qualidade e conta com uma comissão de gerenciamento de riscos. Possui 116 leitos e, na época do estudo, possuía seis unidades de internação adulto, e uma média de 5.232 pacientes/dia ao mês. Desde 2012, está credenciado à Rede Brasileira de Hospitais Sentinelas e, em 2013, o NSP foi composto pelos membros da comissão de gerenciamento de riscos, o qual passou a notificar EA.

### Fonte de dados

Os participantes da pesquisa foram enfermeiros e técnicos de enfermagem atuantes em unidades de internação, e os profissionais membros do NSP. Todos os enfermeiros e integrantes do núcleo trabalhavam 40 horas/semana, exceto a enfermeira da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)/Qualidade, com jornada de 30 horas/semana. Os técnicos de enfermagem cumpriam escala de 12/36 horas.

Os critérios de inclusão para a equipe de enfermagem foram trabalhar nas unidades de internação, clínica médica e cirúrgica; possuir, no mínimo, um ano de trabalho; e profissionais do NSP serem membros efetivos e atuantes. Foram excluídos os participantes que estavam afastados do cargo por algum motivo no período da coleta e aqueles que recusaram participar formalmente do estudo.

A escolha de profissionais do NSP ocorreu, pois se compreende que eles gerenciam e prescrevem as ações para alcançar a Segurança do Paciente. Com relação à equipe de enfermagem das unidades de internação, tomou-se como base os resultados de uma pesquisa em que apontou a enfermagem como o local com maior frequência de EA (56,9%)<sup>(6)</sup>.

O NSP era composto por 15 membros. Dois estavam de licença médica e um se recusou a participar, totalizando 12 participantes. Na equipe de enfermagem, foram entrevistados todos os sete enfermeiros. Os dados secundários foram obtidos por meio de pesquisa documental. Assim, foram utilizados documentos relativos à gestão da qualidade; relatórios, protocolos, indicadores, registros e plano de ação do NSP.

### Coleta e organização dos dados

A coleta de dados foi realizada por meio da triangulação dos dados, com dados primários e secundários, entre maio e dezembro de 2015. Os dados primários foram coletados mediante a realização de entrevistas com roteiro semiestruturado e observação não participante com registro em diário de campo.

Nas entrevistas, aplicou-se o critério de saturação de dados<sup>(13)</sup> apenas para o grupo de técnicos de enfermagem. Assim, os participantes do estudo foram os 7 enfermeiros, os 12 membros do NSP e 12 técnicos de enfermagem, segundo os critérios de inclusão e exclusão aplicados.

Para avaliação do roteiro da entrevista, realizou-se teste piloto com dois profissionais de saúde, os quais não foram incluídos no quadro de participantes. O roteiro abordava aspectos sobre o

conhecimento na área de Segurança do Paciente, práticas e ações realizadas pela equipe para alcançar a Segurança do Paciente, dificuldades e facilidades para o alcance das metas internacionais de Segurança do Paciente e a participação da equipe neste processo. As entrevistas foram agendadas com cada participante e realizadas pela pesquisadora principal, no próprio local de trabalho, em uma sala reservada, com duração de 10 a 100 minutos. Todas foram gravadas e transcritas na íntegra, sendo codificadas com a sigla NSP (Núcleo de Segurança do Paciente); E (Enfermeiro); TE (técnico de enfermagem) seguido do número da entrevista. A observação não participante ocorreu na unidade de internação para compreender melhor a prática dos profissionais durante o processo de trabalho, com duração de 72 horas e média de 12 horas em cada unidade de internação. Foram observados aspectos referentes ao comportamento dos sujeitos da organização, comunicação e dinâmica do trabalho nos setores visitados, assistência, admissão de pacientes pela equipe de enfermagem, conversas, comportamentos, expressões e outras questões relevantes.

### Análise dos dados

Para a análise dos dados, foi utilizada a Análise de Conteúdo<sup>(15)</sup>, a qual consiste em um conjunto de técnicas de análise de comunicações, realizada em torno de três pólos cronológicos: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados. Primeiramente, na pré-análise, todo o material foi organizado e foi realizada leitura "flutuante", leituras exaustivas, possibilitando a constituição do *corpus* com surgimento de impressões formuladas com base no conteúdo dos dados. Em seguida, foi realizado o processo de codificação e categorização das temáticas levantadas, cujo procedimento sistemático permite evidenciar as "unidades de registros" (palavras/temas), constituindo três categorias. Após a categorização, procedeu-se a análise dos conteúdos, com interpretação e inferências dos dados, tendo por base a literatura. Com isso, emergiram três categorias denominadas: *A realidade prescrita; Os recursos materiais e seus impactos no cuidado; A realidade relacionada aos recursos humanos.*

## RESULTADOS

### A realidade prescrita

Esta categoria foi elaborada, principalmente, com a análise documental e a observação de campo. A instituição, cenário do estudo, a partir da comissão de gerenciamento de risco, fundou o NSP, em 2013; na ocasião, foram instituídas as fichas de notificação de queixas técnicas. Em 2015, essa mesma instância ampliou o instrumento e iniciou as notificações de EA.

O NSP foi nomeado pelo diretor administrativo. Participaram seis enfermeiros representantes dos setores (Bloco Cirúrgico, Centro de Terapia Intensiva, Responsável Técnico, CCIH, Centro de Material Esterilizado e Banco de Sangue), um técnico de enfermagem do controle de infecções, um nutricionista, o coordenador da recepção (formado em economia doméstica), o coordenador de manutenção (formado em administração), o farmacêutico (RT da farmácia) e o gerente de apoio operacional (formado em administração). Não havia representante médico.

A representatividade de diversos setores foi uma tentativa de inserir profissionais de toda a instituição; 83,33 % eram do sexo feminino, a maioria enfermeiros. No que se refere à faixa etária, a idade dos membros do NSP variou entre 26 e 50 anos, com média de 38,33 anos. Em relação ao tempo de formado, houve uma variação de 3 a 30 anos, com média de 10,3 anos. Todos possuíam cargo de coordenação e desconheciam aspectos da Segurança do Paciente até ingressar no hospital. Após a nomeação do NSP, os integrantes participaram de um curso sobre Segurança do Paciente oferecido pela instituição.

A respeito de protocolos, o objetivo era identificar apenas aqueles relacionados aos PNSP. Assim, constavam descritos os seguintes: lesão por pressão; queda; cirurgia segura; identificação do paciente; higienização das mãos; terapia enteral e parenteral; administração de hemocomponentes. Por meio da observação, constatou-se que não havia protocolo de administração de medicamentos com a justificativa de não haver uma farmácia clínica. Além disso, foi observado que os protocolos estavam disponíveis apenas no setor da qualidade.

A respeito do Plano de Segurança do Paciente (PSP), de acordo com o PNSP, obrigatório para o NSP, observou-se que não havia ações e metas para a instituição alcançar a Segurança do Paciente. Não se verificou o uso de ferramentas de avaliação, nem estratégias traçadas para a diminuição dos EA. Ressalta-se que o PSP foi um instrumento elaborado pelo gerente de qualidade, sem a participação dos demais membros, conforme depoimentos:

*Eu vou ser muito sincera, se teve plano de ação, eu não me lembro de como ele foi executado. Têm alguns protocolos que eu ajudei a fazer, mas já tem muito tempo, foi de prevenção de lesão e não me lembro. (NSP9)*

*Eu já vi um pouco sobre o regimento interno, mas, o plano de ação, eu não cheguei a ver. (NSP10)*

### Os recursos materiais e seus impactos no cuidado

Esta categoria foi elaborada com dados do diário de campo e as perguntas sobre dificuldades e facilidades para o alcance das metas internacionais de Segurança do Paciente. Ela retrata as dificuldades relacionadas à infraestrutura das unidades de internação: falta de grades nas camas, falta de cadeiras e macas, ausência de campainhas de comunicação e sinalização no leito, cadeiras de banho e camas em condições inadequadas e recursos materiais escassos. Esses elementos foram citados pelos profissionais de saúde e caracterizavam as condições inapropriadas para a realização do trabalho:

*A grade não sobe. Tem o banheiro, podia ter umas coisas de segurar para os idosos sabe? Não tem. Podia ter mais coisas assim. (TE23)*

*As cadeiras que não são adaptadas, cadeira de banho não tem encosto. Hoje a minha paciente quase caiu do banheiro porque a cadeira não tinha encosto. Só tem um ferrinho ali e ela reclamou de dor porque estava numa cadeira ruim. (TE18)*

*Esse mês aconteceu de colocar uma senhora idosa numa cama que não tinha nenhuma das grades e ela estava um pouco confusa.*

*O acompanhante não estava no momento e ela acabou sofrendo uma queda. (E14)*

*A campainha! Não tem! Tem que chamar Não tem aquela sinalização de luz na porta do leito [...] A grade da cama não está 100%. Então, põe uma cadeirinha por baixo, se caso soltar a cadeira segura. Levar um paciente para o raio x, às vezes, falta cadeira. Temos dificuldade de encontrar uma maca. (TE21)*

As condições percebidas traduzem-se na falta de investimento em recursos básicos estruturais e de qualidade, impactando na prática do cuidado. Os profissionais desenvolviam suas práticas em um cenário de insegurança:

*Não tem vácuo encanado nos leitos. Nenhum dos leitos tem, tem o portátil ou aspira paciente no ar comprimido, porque é o que tem na instituição. (E1)*

*É, tem muita coisa, infraestrutura, material de má qualidade. (E30)*

*Por exemplo, material com dispositivo de segurança, seringa que assegura o funcionário, poderia trazer mais benefícios para o paciente. Ou maior quantidade de material, para ter mais quantidade nas alas. (NSP2)*

*Ah, aparelho de pressão! Tem hora que a gente não tem aparelho de pressão. Paciente tem que verificar pressão toda hora, aí é uma dificuldade, e também aparelho de glicemia. (TE23)*

*Às vezes, falta de equipamento, falta assim, material para você trabalhar. (TE22)*

Além do suprimento inadequado de materiais, foi observado e confirmado pelos depoimentos que não havia manutenção preventiva dos equipamentos:

*Riscos dos equipamentos. Você pega um cardioversor, por exemplo, tem que ter uma manutenção preventiva e não tem. Quem garante que na hora que o paciente vai chegar lá ele vai funcionar? Isso me preocupa. Corre o risco de a cama quebrar. Risco de infecção, porque está toda enferrujada. (NSP5)*

*Tem umas cabeceiras que estão soltas, tem paciente que se deixar ele vaza lá embaixo. Todo mundo sabe que os monitores estão todos sucateados, que são 12 anos de UTI e nunca teve manutenção. Funciona 24 horas por dia, durante os 365 dias do ano uma hora vai dar defeito. E a gente avisando, esse negócio me estressa, meu cabelo cai e ninguém paga minha conta lá no dermatologista. (NSP9)*

Os depoimentos traduzem profissionais inconformados com a realidade da instituição, com as condições de trabalho e suas consequências para a Segurança do Paciente e dos próprios profissionais. Algumas ocorrências, como falhas de bomba de infusão, válvulas de administração de medicamentos alterando a infusão, problemas com ventiladores mecânicos e monitores inseguros, podem ser observadas nos depoimentos anteriores e confirmados a seguir:

*Nós tivemos, uma vez, equipo que não controlava gotejamento, porque não temos referência de qualidade para comprar material e isso é péssimo para nós. É um erro grave que recai sobre a gente,*

*porque ninguém quer saber se controlou gotejamento ou não. Equipe fechado, a medicação estava fechada, quando a gente olhou tinha corrido tudo. A gente já padronizou uma marca, mas vai lá ver se é a marca X. Luva, jelco, equipo de bombas, mas tem um monte de equipo azul para medicação. Que segurança é essa que estou dando? Porque o risco de errar é muito grande. Você ficar com noradrenalina alta, aí você ficar lá na bomba. Comecei a usar equipo fotossensível e é caríssimo, não tem condições. Estou fazendo de boba aqui. Você vê por aí o nível. (NSP9)*

Por meio dos depoimentos, é possível identificar casos de ocorrência de EA graves por falta de investimento em dispositivos e equipamentos médicos, inclusive em setores de alta complexidade, como o Centro de Tratamento Intensivo (CTI), a hemodiálise e o Bloco Cirúrgico (BC):

*Essas minhas instalações de tomada são antigas [...] não tem essa segurança total. Então, têm alguns eventos adversos que acontecem. Um monitor que desliga. Uma tomada que não liga. Um aparelho que não ascende, extensões que ficam como desencapadas. Temos esses problemas. (NSP12)*

*Eu peço muito para eles não confiarem no monitor porque ele não alarma. (NSP9)*

*Por exemplo, a máquina de diálise para durante o atendimento ao paciente e interrompe o tratamento e não foi notificado. E o paciente fica prejudicado. (E1)*

### A realidade relacionada aos recursos humanos

Esta categoria permite apresentar as dificuldades referentes aos recursos humanos. Foram destacados: número reduzido de pessoal, sobrecarga de trabalho, estresse, atrasos nos salários, baixa remuneração e alta rotatividade dos profissionais. Aspectos que, na visão dos participantes, impactam na prática segura. O déficit no quantitativo da equipe de enfermagem e dos médicos, para uma assistência que atenda aos requisitos de segurança, foi o aspecto mais citado pelos participantes:

*Eu acho que a segurança do paciente, ela deixa muito a desejar. Pelo quadro dos profissionais. Eu já vi, durante a soma final de indicadores, que teve quedas, paciente que não tinha úlcera por pressão e depois da internação ou depois de ser transferido de um setor para outro e teve úlcera por pressão. O quadro de funcionários é insuficiente [equipe de enfermagem]. (E1)*

Durante a observação de campo, foi possível identificar que os enfermeiros prestavam cuidados em mais de uma unidade de internação durante o plantão diurno, assumindo em torno de trinta pacientes. No plantão noturno, havia apenas um profissional responsável por todo o hospital, exceto para pronto atendimento e CTI. Os depoimentos contribuem com as observações:

*À noite a gente tem um enfermeiro só, para o hospital todo, aí você imagina. Ele resolve tudo. Por exemplo, tudo que acontece liga para ele, sendo relacionado à Enfermagem ou não. Então, ele fica a noite por conta de tudo. E fica um no CTI, um no pronto atendimento e um para o restante, as alas. Acontece uma urgência na ala C e na ala D ao mesmo tempo, e aí? Fica difícil. A noite fica difícil trabalhar. (NSP2)*

As ausências e o número reduzido de recursos humanos acarretam uma sobrecarga de trabalho, o que influencia significativamente na Segurança do Paciente:

*Temos aqui, hoje, em relação à assistência, um número reduzido de pessoal e pode gerar uma queda do leito, porque, às vezes, temos três técnicos para atender uma unidade com 30 leitos, 30 leitos ocupados. (NSP6)*

*E sobrecarga de trabalho [...] para o enfermeiro. Tudo na ala é o enfermeiro. (NSP2)*

*A jornada de trabalho é muito puxada, o que me atrapalha mais assim para a gente conseguir desenvolver um trabalho legal. (TE26)*

*Pacientes estão ficando nas mãos de residentes. Erram muito, já vi até prescrição de Tylenol venoso. (TE23)*

Observa-se a falta de desenvolvimento e valorização pessoal, aspectos caracterizados pelos baixos salários e a alta rotatividade da equipe, resultando em profissionais estressados:

*É funcionário trabalhando estressado, pouco salário, o salário é ruim, tem que trabalhar em vários lugares. (E30)*

*[...] rotatividade que mata a gente e a gente fica sobrecarregado. (NSP12)*

### DISCUSSÃO

A primeira categoria revela alterações no âmbito prescritivo da organização, como a criação do NSP, instituição de notificações de EA e elaborações de protocolos, mas dificuldades em alcançá-las no âmbito real. A formação estratégica e articuladora do núcleo<sup>(3)</sup> justifica uma composição envolvendo profissionais e gerentes de diversos setores. Para atender ao princípio de disseminação sistemática da cultura de segurança<sup>(2-3)</sup>, seria indispensável um médico ou representante da residência médica no NSP. No entanto, não havia representatividade da categoria. A evidência de que os participantes desconheciam as diretrizes para práticas seguras com foco na qualidade da atenção a saúde reforça a constatação de que a formação profissional na área da Saúde, abarcando aspectos da segurança paciente no currículo, ainda é insipiente no contexto nacional<sup>(3)</sup>.

Os dados da primeira categoria ainda retratam o real da instituição, com protocolos de segurança descritos, exceto o de administração de medicamentos, mas não disponíveis para a equipe. A Organização Mundial de Saúde elegeu os protocolos de Segurança do Paciente, todos disponíveis para implantação, os quais são: identificação do paciente, cirurgia segura, prevenção de úlceras por pressão, prática de higienização das mãos em serviços de saúde, segurança na prescrição uso e administração de medicamentos e prevenção de quedas<sup>(3)</sup>. Os protocolos são instrumentos para melhorar a Segurança do Paciente e devem ser sistêmicos, gerenciados e potencializar o trabalho em equipe<sup>(3)</sup>. Além disso, deve haver monitoramento dos resultados por meio dos indicadores de Segurança do Paciente<sup>(3,16)</sup>. Essa realidade não foi encontrada na instituição em estudo, retratando desafios da prática assistencial e gerencial, no alcance das metas e objetivos do PNSP, tanto no contexto macro (instituição) quanto microsocial (setorial).

As diretrizes nacionais também orientam como estabelecer o PSP; um documento que aponta situações de risco e descreve as estratégias e as ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão dos riscos, visando à prevenção e à mitigação dos incidentes, desde a admissão até a alta ou o óbito do paciente. Sua elaboração deve ser coletiva, multidisciplinar, envolvendo o maior número de unidades e suas equipes para facilitar sua execução e compreensão<sup>(3)</sup>. Para tanto, há o desafio de envolver as pessoas, melhorar a interação, e compreender o sentido e as influências contextuais sobre as práticas profissionais, aspectos estes, coerentes com o âmbito real das organizações<sup>(10,14)</sup>. Esses achados retratam que ainda é preciso estratégias para desenvolver a cultura de segurança na instituição. Considerando o referencial teórico adotado, ao desenvolver essa cultura, ela influenciará nas práticas profissionais do indivíduo e a forma como ele reage e interpreta um desafio.

Os aspectos prescritos são fundamentais para iniciar a organização do trabalho e direcionar as práticas dos profissionais de saúde. No entanto, mantê-los apenas no âmbito prescritivo não é suficiente, ou seja, é necessário implementar as ações descritas no PSP na realidade institucional e utilizar ferramentas para avaliação do alcance das metas, envolvendo as pessoas, melhorando a comunicação, direcionando e transformando as práticas dos profissionais no âmbito real da organização hospitalar. Assim, ao investir no trabalho em equipe e suas relações, reconhecendo que essas relações possuem importância causal, e que podem orientar as práticas e ações dos indivíduos<sup>(14)</sup>, atingirá práticas mais seguras e consequentemente dará sentido a esta prática, partindo do pressuposto de que o indivíduo é movido pelo sentido que atribui às relações<sup>(14)</sup>.

Articulando com evidências de outro estudo, os autores constataram que a fase de implantação das estratégias de Segurança do Paciente envolve um processo lento, com dificuldades para o desenvolvimento de uma cultura de segurança positiva. Neste sentido, para alcançar os objetivos e metas propostas, é essencial, além da formação do NSP, o desenvolvimento de uma cultura de segurança na instituição, a capacitação e o envolvimento de todos os profissionais que prestam assistência direta ou indiretamente, especialmente o enfermeiro, pois ele é o líder da equipe de enfermagem, possui um amplo conhecimento técnico-científico e presta cuidados aos pacientes na maior parte do tempo<sup>(16-17)</sup>.

Os resultados da segunda e terceira categoria revelaram desafios enfrentados pelos profissionais, relacionados aos recursos humanos e materiais, para prestar uma assistência segura aos pacientes e sua relação com EA evitáveis, como, por exemplo, a queda do paciente do leito e lesão por pressão. De acordo com um estudo brasileiro<sup>(6)</sup>, esses EA representaram cerca de 25% dos EA evitáveis, pois podem ser prevenidos quando é realizada uma avaliação contínua do risco, através de escalas, pela equipe de enfermagem e implementadas intervenções preventivas, fundamentadas nas melhores evidências<sup>(6)</sup>. Além disso, a ausência de um dimensionamento adequado de profissionais de enfermagem gera sobrecarga de trabalho de enfermagem, com aumento no risco de EA, conforme evidenciado neste estudo e em outro<sup>(18)</sup>.

A insuficiência dos recursos materiais e a qualidade dos mesmos constituem numa limitação para desenvolver uma prática segura, necessitando transpor dificuldades multifatoriais. Esses achados são corroborados por outros estudos<sup>(18-20)</sup> e reforçam a necessidade de manutenção preventiva dos equipamentos,

e melhorias na gestão hospitalar para controlar riscos, manter condições de segurança, com quantidade e qualidade dos recursos materiais, para prevenir acidentes e lesões<sup>(21)</sup>.

Para uma infraestrutura adequada, atentando para a Segurança do Paciente, pode-se inferir que há necessidade de maior investimento e melhor gestão nos hospitais conveniados ao Sistema Único de Saúde. É necessário compromisso político e organizacional, ponderando às necessidades de acessibilidade, segurança, qualidade e relação custo-eficácia. Uma estrutura física e ambiente adequado, equipamentos médicos e outros recursos, muitas vezes, sustentam os cuidados clínicos prestados e, por isso, devem ser utilizados de forma segura<sup>(21-22)</sup>.

Outro desafio para uma prática segura, identificado no presente estudo, está relacionado com os recursos humanos, os quais foram relacionados pelos participantes com o quantitativo de profissionais de enfermagem, com a sobrecarga de trabalho, com a remuneração salarial e a alta rotatividade. Outros estudos confirmam esses achados e revelam a fragilidade do dimensionamento de pessoal e a necessidade de um maior quantitativo de profissionais de enfermagem, principalmente no período noturno, para oferecer uma assistência segura e de qualidade<sup>(2,23)</sup>. O dimensionamento de pessoal tem relação direta com a qualidade do cuidado quando se analisa a cultura de segurança e os indicadores de qualidade, verificando aumento nas taxas de infecção, mortalidade, quedas, pneumonia associada à ventilação mecânica e tempo de internação<sup>(17,24)</sup>.

A falta de desenvolvimento e valorização profissional foi relacionada com a insatisfação no trabalho e aumento na rotatividade dos profissionais, com consequente sobrecarga de trabalho e estresse. Segundo um estudo brasileiro<sup>(25)</sup>, se sentir inseguro no trabalho é um fator negativo e está diretamente relacionado com a qualidade da assistência prestada. Instituições com profissionais insatisfeitos apresentam maiores taxas de rotatividade e ocorrência de EA, como erros de medicação e quedas<sup>(25)</sup>. O cansaço e o estresse são fatores humanos que contribuem com o erro, sendo de responsabilidade da administração da instituição criar condições para que esses fatores não sejam causa de erro do profissional e não atinja o paciente<sup>(25)</sup>. De acordo com o referencial teórico adotado, esses fatores culturais podem influenciar o sentido ou a motivação do indivíduo em suas práticas cotidianas<sup>(14)</sup>.

Além disso, para alcançar a Segurança do Paciente, é necessária uma estrutura organizacional adequada, com investimento em pessoal, equipamentos e materiais. No entanto, vale lembrar que, algumas práticas, especialmente aquelas para prevenção de EA, não são dependentes de equipamentos e insumos, podendo ser desenvolvidas com excelência pela equipe profissional, em cenários com recursos escassos. Como exemplo, estão as intervenções de enfermagem no âmbito da prevenção de riscos, pois muitos cuidados não requerem a utilização de materiais, mas, sim, do comprometimento de todos os membros da equipe para desenvolver e implementar cuidados preventivos, devendo-se incluir uma abordagem interdisciplinar<sup>(26-27)</sup>.

Neste sentido, as interações pessoais podem configurar e reconfigurar a prática<sup>(10-11,14)</sup>. Esse processo pode alterar o aspecto prescritivo da organização, algo que deve ser reconhecido/considerado pela administração como meio de adaptar as normas às características reais da organização e obter práticas mais seguras. Uma prática construída socialmente. Trata-se de uma ação que recebe sentido ou motivação do indivíduo inserida em um contexto sociocultural<sup>(10,14)</sup>,

configurando um âmbito prescrito mais compatível com as características das situações de trabalho e, sobretudo, de suas especificidades. Dessa maneira, o real seria mais próximo do prescrito e alcançaria os objetivos do PNSP, com práticas mais seguras, atendendo à real necessidade do paciente. Para transpor o âmbito prescrito para a realidade institucional, foram realizadas algumas ações devolutivas à instituição estudada, como apresentação junto à administração e à equipe de saúde dos resultados encontrados, na tentativa de contribuir para a avaliação das condições da assistência à saúde e reflexão de estratégias de melhorias no processo.

### Limitações do estudo

As principais limitações da pesquisa são decorrentes da metodologia adotada, pois estudos de caso não permitem generalizações. A realidade aqui encontrada não representa, necessariamente, a realidade de outras instituições hospitalares.

### Contribuições para a área da Enfermagem, Saúde ou Política Pública

O presente estudo apresenta contribuições para a Enfermagem e para avanços na Segurança do Paciente, na medida em que descreve um distanciamento entre o que está prescrito no programa e como ele é implementado na realidade dos serviços de saúde. O esquema teórico (Figura 1) foi elaborado, a partir da análise dos resultados, para auxiliar na compreensão de como as práticas redigidas no âmbito prescrito poderiam ser concretizadas na realidade da organização.

A perspectiva analítica adotada permitiu identificar que o desenvolvimento de práticas seguras e a transição de uma organização de alta confiabilidade dependem de normas e diretrizes (prescrito), do ambiente com alterações nas condições operacionais, mas, principalmente, depende da intersubjetividade na produção da saúde, pois envolve pessoas, suas interações, comunicações e influências contextuais, pois o real é o informal, é o dinâmico sendo determinado pelas relações sociais.

No contexto do estudo, há a necessidade de fortalecer as interações entre as equipes, NSP e administração e, conseqüentemente, suas ações, nas quais, enfermeiros e demais líderes entram como protagonistas na resolução dos problemas e no desenvolvimento de estratégias para alcançar práticas mais seguras. E, ainda, investimento em Educação Permanente, compromisso ético e político, para se construir uma prática social com foco na Segurança do Paciente. O estudo apresenta lacunas de pesquisa que precisam

ser melhor estudadas, especialmente sobre a influência do NSP em todos os níveis hierárquicos para o alcance de práticas mais seguras.

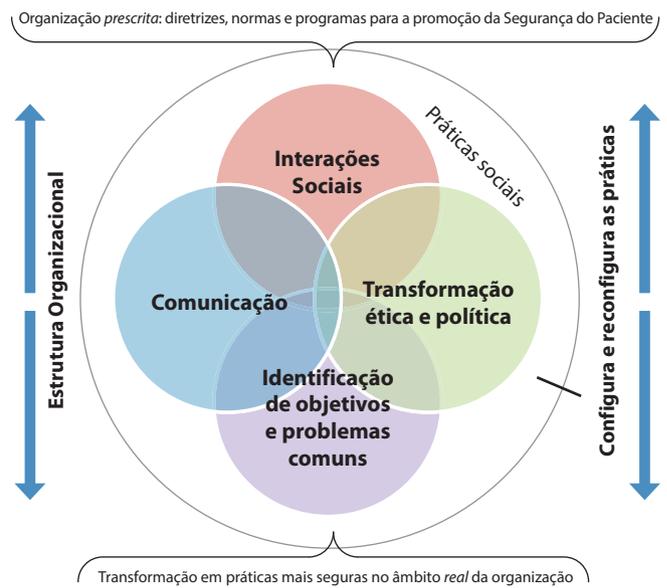


Figura 1 - Práticas Seguras: entre o prescrito e o real

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implantação dos protocolos de Segurança do Paciente e PSP foi evidenciada, principalmente, na concepção prescritiva, havendo um distanciamento entre o prescrito e as práticas implementadas no âmbito real da instituição estudada. Além disso, a estrutura física, as instalações inadequadas, a falta de recursos materiais, a ausência de qualidade dos materiais utilizados e os recursos humanos insuficientes se caracterizam como desafios a serem superados para se alcançar uma prática segura nos cuidados em saúde. Assim, os desafios para a prática segura envolvem dificuldades de recursos materiais e humanos, mas, principalmente, invade a transição das mudanças no âmbito prescritivo para o real.

### FOMENTO

A presente pesquisa foi apoiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG).

### REFERÊNCIAS

1. Siman AG, Cunha SGS, Brito MJM. Changes in management actions after the Hospital Accreditation. Rev Rene. 2016;17(2):165-75. doi: 10.15253/2175-6783.2016000200003
2. Andrade LEL, Lopes JM, Souza Filho MCM, Vieira Jr RF, Farias LPC, Santos CCM, et al. Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão Ciênc Saúde Coletiva. 2018;23(1):161-72. doi: 10.1590/1413-81232018231.24392015
3. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada n. 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências [Internet]. Brasília; 2013 [cited 2018 Mar 21]. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036\\_25\\_07\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html).
4. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. To err is human. Washington (DC): National Academy Press; 2000.

5. Runciman W, Hibbert P, Thomson R, Van Der Schaaf T, Sherman H, Lewalle P. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. *Int J Qual Health Care*. 2009;21(1):18-26. doi: 10.1093/intqhc/mzn057
6. Mendes W, Pavão ALB, Martins M, Moura MLO, Travassos C. The feature of preventable adverse events in hospitals in the State of Rio de Janeiro, Brazil. *Rev Assoc Med Bras*. 2013;59(5):421-8. doi: 10.1016/j.ramb.2013.03.002
7. Sousa P, Uva AS, Serranheira F, Nunes C, Leite ES. Estimating the incidence of adverse events in Portuguese hospitals: a contribution to improving quality and patient safety. *BMC Health Serv Res*. 2014;14:311. doi: 10.1186/1472-6963-14-311
8. Jha AK, Plaizier NP, Larizgotia I. Patient safety research: an overview of the global evidence. *Qual Saf Health Care*. 2010;19(1):42-7. doi: 10.1136/qshc.2008.029165
9. Gama ZAS, Saturno-Hernández PJ, Ribeiro DNC, Freitas MR, Medeiros PJ, Batista AM, et al. Desenvolvimento e validação de indicadores de boas práticas de segurança do paciente: Projeto ISEP-Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2016;32(9):e00026215. doi: 10.1590/0102-311X00026215
10. Chanlat JF. Ciências Sociais e Management. *Rev Adm FEAD-Minas [Internet]*. 2006[cited 2018 May 26];3(2):9-17. Available from: <http://revista.fead.br/index.php/adm/article/view/139/117>
11. Reed, M. *Sociologia da gestão*. Lisboa: Celta; 1997.
12. Alves M, Brito MJM, Rodrigues TRS, Araújo MT. O trabalho na prática de saúde. In: Salgado MI, Freire G, organizadores. *Saúde e espiritualidade: uma nova visão da medicina*. Belo Horizonte: Inede; 2013. p. 333-50.
13. Yin RK. *Estudo de caso. Planejamento e métodos*. 5ª. ed. Porto Alegre: Bookman; 2015.
14. Weber M. *Ensaio de sociologia*. Rio de Janeiro: Zahar Editores; 1979.
15. Gondim SMG, Bendassolli PF. The use of the qualitative content analysis in psychology: a critical review. *Psicol Estud*. 2014;19(2):191-9. doi: 10.1590/1413-737220530002
16. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº. 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [Internet]. *Diário Oficial da União, Brasília*, 2 abr. 2013 [cited 2018 Jul 20]. Available from: [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)
17. Reis GAX, Hayakawa LY, Murasaki ACY, Matsuda LM, Gabriel CS, Oliveira MLF. Nurse manager perceptions of patient safety strategy implementation. *Texto Contexto Enferm*. 2017;26(2):e00340016. doi: 10.1590/0104-07072017000340016
18. Novaretti MCZ, Santos EV, Quitério LM, Daud-Gallotti RM. Nursing workload and occurrence of incidents and adverse events in ICU patients. *Rev Bras Enferm*. 2014;67(5):692-9. doi: 10.1590/0034-7167.2014670504
19. Ques AAM, Montoro CH, Gonzalez MG. Strengths and threats regarding the patient's safety: nursing professionals' opinion. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2010;18(3):339-45. doi: 10.1590/S0104-11692010000300007
20. Paranaguá TTB, Bezerra ALQ, Silva AEBC, Azevedo Filho FM. Prevalence of no harm incidents and adverse events in a surgical clinic. *Acta Paul Enferm*. 2013;26(3):256-62. doi: 10.1590/S0103-21002013000300009
21. Oliveira RM, Leitão IMTA, Silva LMS, Figueiredo SV, Sampaio RL, Gondim MM. Strategies for promoting patient safety: from the identification of the risks to the evidence-based practices. *Esc Anna Nery*. 2014;18(1):122-9. doi: 10.5935/1414-8145.20140018
22. Oliveira JLC, Gabriel CS, Fertonani HP, Matsuda LM. Management changes resulting from hospital accreditation. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2017;25:e2851. doi: 10.1590/1518-8345.1394.2851
23. Burström L, Letterstål A, Engström ML, Berglund A, Enlund M. The patient safety culture as perceived by staff at two different emergency departments before and after introducing a flow-oriented working model with team triage and lean principles: a repeated cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*. 2014;14:296. doi: 10.1186/1472-6963-14-296
24. Möller G, Magalhães AMM. Bed baths: nursing staff workload and patient safety. *Texto Contexto Enferm*. 2015;24(4):1044-52. doi: 10.1590/0104-0707201500003110014
25. Rigobello MCG, Carvalho REFL, Cassiani SHB, Galon T, Capucho HC, Deus NN. The climate of patient safety: perception of nursing professionals. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(5):728-35. doi: 10.1590/S0103-21002012000500013
26. Alves VC, Freitas WCJ, Ramos JS, Chagas SRG, Azevedo C, Mata LRF. Actions of the fall prevention protocol: mapping with the classification of nursing interventions. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2017;25:e2986. doi: 10.1590/1518-8345.2394.2986
27. Vasconcelos JMB, Caliri MHL. Nursing actions before and after a protocol for preventing pressure injury in intensive care. *Esc Anna Nery*. 2017;21(1):e20170001. doi: 10.5935/1414-8145.20170001