

# Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional

*Education for culture of patient safety: Implications to professional training*

*Educación para la cultura de seguridad del paciente: Implicaciones para la formación*

Wiliam Wegner<sup>1</sup>

Silvana Cruz da Silva<sup>1</sup>

Karen Jeanne Cantarelli Kantorski<sup>1</sup>

Caroline Maier Predebon<sup>1</sup>

Márcia Otero Sanches<sup>1</sup>

Eva Neri Rubim Pedro<sup>1</sup>

1. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.  
Porto Alegre, RS, Brasil.

## RESUMO

**Objetivo:** Conhecer as estratégias adotadas para a construção da cultura da segurança do paciente na perspectiva dos profissionais da saúde. **Métodos:** Estudo de caso qualitativo exploratório, realizado com 23 profissionais da saúde que atuam em hospital público de ensino, entre agosto e dezembro de 2010, por meio de entrevistas semiestruturadas e análise temática com apoio do software QSR NVivo. **Resultados:** Da análise emergiram duas categorias - Construção da cultura da segurança do paciente e Educação para a segurança do paciente - as quais abordaram na perspectiva dos profissionais de saúde a necessidade de aprender com os erros, trabalhar em equipe, investir em educação permanente e em mudanças curriculares nos cursos de formação. **Conclusão:** O reconhecimento dos erros, o fortalecimento do trabalho em equipe, o estímulo à educação permanente e a inserção transversal do tema na formação profissional são estratégias para a construção da cultura da segurança do paciente.

**Palavras-chave:** Segurança do paciente; Educação permanente; Ensino; Profissionais da saúde.

## ABSTRACT

**Objective:** To know the strategies adopted for the construction of patient safety culture from the perspective of health professionals. **Methods:** A qualitative exploratory case study, held with 23 health professionals that work in a public teaching hospital, between August and December of 2010, conducted through semi-structured interviews and thematic analysis supported by QSR NVivo software. **Results:** From the analysis emerged two categories - Construction of patient safety culture; and Education for patient safety - which addressed from the health professionals' perspective the need to learn from mistakes, the importance of teamwork, invest in continuing education and curriculum changes in training courses. **Conclusion:** The acknowledgement of mistakes, the strengthening of teamwork, stimulus to continuing education and cross integration of the theme in professional training are strategies to build patient safety culture.

**Keywords:** Patient safety; Continuing education; Teaching; Health professionals.

## RESUMEN

**Objetivo:** Conocer las estrategias adoptadas para la construcción de la cultura de seguridad del paciente desde la perspectiva de los profesionales de salud. **Métodos:** Estudio de caso cualitativo, exploratorio, realizado entre agosto y diciembre de 2010. Participaron 23 profesionales que trabajaban en un hospital público de enseñanza. Se han ejecutado entrevistas semiestruturadas y análisis temático con el apoyo del software QSR NVivo. **Resultados:** Emergieron dos categorías - Construcción de la cultura de seguridad del paciente; y Educación para la seguridad del paciente - que abordan la necesidad de aprender con los errores, la importancia del trabajo en equipo, de invertir en educación continua y en un plan de estudios de los cambios en los cursos de formación. **Conclusión:** El reconocimiento de los errores, el fortalecimiento del equipo, el estímulo de la educación continua y la integración transversal en la formación son estrategias para la construcción de la cultura de seguridad del paciente.

**Palabras clave:** Seguridad del paciente; Educación continua; Enseñanza; Profesionales de salud.

### Autor correspondente:

Wiliam Wegner.

E-mail: wegnerwiliam@gmail.com

Recebido em 18/11/2015.

Aprovado em 11/04/2016.

DOI: 10.5935/1414-8145.20160068

## INTRODUÇÃO

O campo da segurança do paciente completou mais de uma década desde a publicação<sup>1</sup> que alavancou a discussão do tema, e várias conquistas foram alcançadas nesse intervalo de tempo. Os investimentos em pesquisas sobre a segurança do paciente e a qualidade do cuidado aumentaram muito, e o tema teve projeção mundial. Inicialmente, os profissionais trabalhavam a temática isoladamente com o mínimo de contato com a equipe de saúde. Entretanto, verificou-se que a maioria dos erros e falhas na saúde estavam relacionadas ao processo de comunicação e trabalho em equipe, sendo necessário fortalecer esses importantes pilares do cuidado. A partir disso, foi possível sensibilizar os profissionais para novos arranjos na equipe e estimular a capacidade de analisar o seu trabalho, o que pode provocar uma mudança na cultura de segurança do paciente<sup>2</sup>.

Nesse contexto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) mobilizou-se frente às questões de segurança do paciente e da qualidade do cuidado em saúde, a partir de 2002, na Assembleia Mundial da Saúde. Em 2004, foi criada a primeira edição da Aliança Mundial para Segurança do Paciente, que voltou-se para a criação e o desenvolvimento de políticas e práticas em prol da segurança do paciente para todos os países membros da OMS<sup>3</sup>.

Dessa forma, ações têm sido realizadas para a sensibilização e a avaliação das situações de segurança. Todavia, é preciso ainda compreender melhor, obter evidências e conhecimentos de maneira coletiva sobre a segurança do paciente, além de divulgar e apoiar o desenvolvimento da temática nos serviços de saúde<sup>3</sup>. Ademais, a magnitude dessa problemática salienta a importância de se desenvolver atitudes proativas em prol da segurança. As transformações começam a ter sentido e resultado a partir de mudanças na prática, que necessitam acontecer em curto prazo<sup>4</sup>.

No Brasil, a enfermagem vem assumindo o papel de precursora nas discussões sobre a segurança do paciente, destacando-se em estudos envolvendo os erros de medicação. Essas pesquisas, mesmo sendo do núcleo da enfermagem, abordam várias etapas desse processo e incluem nos resultados os demais atores, como farmacêuticos, médicos, técnicos de farmácia, entre outros<sup>5</sup>.

A Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP) é uma rede de colaboração, vinculada a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a OMS, para o desenvolvimento da enfermagem. A REBRAENSP fomenta o tema, no Brasil, desde 2008, e vem colaborando no protagonismo da enfermagem na construção do cuidado seguro e de qualidade na atenção à saúde<sup>4</sup>.

A equipe de saúde e, especificamente, a de enfermagem tem enorme responsabilidade na prevenção das complicações ocasionadas por eventos adversos na prática assistencial, que fazem parte do cotidiano da área da saúde<sup>6</sup>. Contudo, os profissionais da saúde ainda são pouco instrumentalizados na sua formação para lidar com os erros, principalmente, porque esses são associados a sentimentos de incapacidade, culpa, vergonha e limitado conhecimento científico. Além disso, há o

medo de punições jurídicas, éticas e sociais que caracterizam o profissional não preparado para o cuidado seguro.

O primeiro passo para a prevenção do erro na saúde é admitir que ele é possível e está presente no cuidado. A partir disso, os profissionais da saúde necessitam compreender os tipos de eventos adversos, suas causas, consequências e fatores contribuintes. A notificação e o registro dos eventos adversos servem de subsídios para a análise crítica e a tomada de decisão, o que pretende eliminar, evitar e reduzir essas circunstâncias do cotidiano do cuidado em saúde<sup>7</sup>.

Além das notificações, algumas estratégias de ensino podem ser utilizadas, dentre elas a Educação Permanente em Saúde (EPS), bem como a inserção da temática na formação dos profissionais. Quanto a EPS, entende-se como uma proposta essencial para as transformações do trabalho e de suas relações no setor, que poderia ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. Essa é uma meta a médio e longo prazo para qualificar a atenção por meio da problematização da segurança do paciente<sup>8</sup>.

A educação para a segurança do paciente é uma recomendação da OMS, que sugere a inclusão da temática nas grades curriculares de todos os cursos da área da saúde. Um aspecto importante é que nessa área os futuros profissionais são preparados para acertar, pois partem da premissa de que o trabalho desenvolvido será livre de erros, incorporando a noção de que errar é algo inaceitável. Esse aspecto precisa ser revisto com urgência no ensino da saúde<sup>3</sup>. A segurança do paciente necessita ser problematizada e discutida de forma séria e responsável, sendo indispensável instrumentalizar os futuros profissionais para a prevenção de eventos adversos e desenvolver neles a cultura da segurança do paciente.

Nesse sentido, a cultura da segurança do paciente pode ser compreendida por diferentes referenciais, neste estudo é definida como valor, atitude, norma, crença, práticas, políticas e comportamentos da equipe, instituição, profissionais da saúde e do paciente, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar o cuidado em saúde. A partir desse entendimento, a equipe de saúde deve ser guiada por um compromisso que emana das diretrizes da instituição de saúde, nas quais cada integrante e o grupo como um todo seguem as mesmas normas/protocolos de segurança com responsabilidades compartilhadas<sup>9</sup>.

Percebe-se que o contexto da atenção à saúde agrega inúmeras questões culturais, principalmente no ambiente hospitalar, que podem interferir na segurança do paciente como: hierarquização dos cargos, enaltecimento do profissional médico, enfoque centrado na doença, falhas individuais, punição dos profissionais, ocultação das falhas assistenciais, práticas inadequadas ou ultrapassadas, entre outras. A construção de parcerias e compromissos mostra-se como um caminho para estimular o desenvolvimento de uma cultura de segurança nas instituições<sup>3</sup>.

É preciso mudar a atual concepção das falhas envolvidas no processo de cuidado e inserir esse fundamento nos temas

de debate do cotidiano dos serviços e também na formação dos profissionais. A cultura da segurança do paciente deve ser incorporada e estimulada nas organizações como um fundamento essencial para o cuidado em saúde seguro e o desenvolvimento de melhores práticas na atenção à saúde<sup>5</sup>. Os pacientes e a sua família necessitam estar seguros quando buscam auxílio no serviço de saúde e os profissionais podem ser facilitadores dessa segurança por meio da adoção de melhores práticas.

Diante do exposto, a questão norteadora deste estudo foi: Quais as estratégias utilizadas pelos profissionais da saúde para a construção da cultura da segurança do paciente? E como objetivo conhecer as estratégias adotadas para a construção da cultura da segurança do paciente na perspectiva dos profissionais da saúde.

## MÉTODOS

Estudo exploratório com abordagem qualitativa<sup>10</sup> do tipo estudo de caso, que é pertinente às investigações de fenômenos contemporâneos inseridos em contextos de vidas reais, quando há pouco ou nenhum controle sobre os acontecimentos<sup>11</sup>. O caso, em estudo, foi as circunstâncias de cuidado em unidades de internação pediátrica referente à tese de doutorado, cujos resultados foram publicados em 2012<sup>12</sup>. Foi realizado nas Unidades de Internação Pediátricas de um Hospital Público, Geral e Universitário de Grande Porte do Sul do Brasil, no período entre agosto e dezembro de 2010.

Os participantes do estudo foram 23 profissionais da saúde, incluindo: médicos, médicos residentes, enfermeiros, enfermeiros residentes e técnicos de enfermagem. A escolha dessas categorias deveu-se à característica de que esses profissionais estão normalmente mais presentes na assistência à criança hospitalizada. Os critérios de inclusão foram: profissionais médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem com mais de seis meses de experiência de trabalho em pediatria. Os critérios de exclusão referem-se aos profissionais que estavam afastados do trabalho no período de coleta de dados.

Foram realizadas entrevistas individuais em sala próxima às unidades de internação, garantindo a privacidade aos participantes. Conduzidas por meio de um roteiro semiestruturado que apresentava questões relacionadas às estratégias adotadas pelos profissionais para a garantia da construção da cultura da segurança do paciente e tipo de ações educativas que poderiam colaborar para disseminação da temática na instituição pesquisada. Considerou-se o fim da coleta das informações a partir do critério de saturação de dados teórica e empírica<sup>10</sup>.

Os dados foram operacionalizados mediante a análise de conteúdo do tipo temática em três etapas que possibilitam a compreensão do fenômeno em estudo: Pré-Análise, Exploração do Material e Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação<sup>10</sup>. Utilizou-se o *software* QSR Nvivo versão 7.0 como ferramenta para a organização das informações.

Para fins da preservação do anonimato dos participantes, esses, foram codificados por letras, seguidas de algarismos

numéricos, representando a ordem em que foram entrevistados. Adotou-se a letra P para profissionais da saúde. Assim, entenda-se P1 como Profissional da Saúde 01, e da mesma forma até o número 23.

O estudo seguiu as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos, da Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, vigente no momento, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre sob o número 100085. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise das informações possibilitou conhecer as estratégias adotadas na perspectiva dos profissionais da saúde para uma mudança da cultura de segurança do paciente. Foram identificadas duas categorias temáticas denominadas: Construção da cultura da segurança do paciente e Educação para a segurança do paciente.

Tais categorias abordaram a importância do erro como fonte de ensinamento, do trabalho em equipe, do consumo de pesquisas, da mudança para um modelo assistencial pautado pela integralidade, da educação permanente e das mudanças curriculares nos cursos de formação dos profissionais de saúde.

### Construção da cultura da segurança do paciente

Os participantes do estudo destacaram o reconhecimento e a identificação dos erros como uma etapa importante para o desenvolvimento de uma cultura de segurança nas unidades de internação pediátrica. Fazer do erro uma fonte de ensinamento e alerta foi uma concepção presente nas falas:

*A gente tem a liberdade de conversar e detectar o próprio erro e corrigir [...] Mas são diferenças culturais em gente que tenta esconder o seu erro pra não se prejudicar. Nós nos policiamos bastante aqui [...] até o bom profissional erra. Não é porque tu errou que é um mau profissional, uma má pessoa. A gente diz que só erra quem trabalha, quem não trabalha não erra. (P23)*

*Se a gente faz alguma coisa errada ou se vê um outro colega fazendo algo errado, que as pessoas possam aceitar que há uma limitação e que isto pode acontecer, mas ao mesmo tempo serem capazes de retomar do erro que aconteceu, porque persistir no erro não leva a nada. (P16)*

A capacidade de aceitar a possibilidade de um evento adverso se materializar é uma das primeiras atitudes a serem tomadas pelos profissionais da saúde que pretendem evoluir para uma cultura em prol da segurança da criança hospitalizada. Os participantes enfatizaram que admitir a falha é uma postura incentivada e estimulada na instituição pesquisada, principalmente, para prevenir a ocultação e a negação da equipe diante de uma circunstância de cuidado produtora de um evento adverso.

A comunicação do erro e a sua notificação são atitudes consideradas positivas e importantes para o desenvolvimento de uma cultura de segurança. À medida que os eventos adversos forem registrados, haverá maior chance de corrigir e evitar a sua recorrência<sup>13</sup>. Para isso, é imprescindível a presença de uma cultura não punitiva, na qual seja aplicada uma abordagem sistêmica ao erro<sup>14</sup>.

Nesse sentido, a concepção do erro como algo coletivo pode demonstrar um avanço na mudança cultural, sendo exposto por um dos participantes:

*Tem que ver que o erro não é só individual. Pode acontecer, a gente como equipe deveria tentar sentar e conversar mais sobre aquilo, o que tu acha que poderia ter sido diferente? [...] Eu errei ao não fazer isso, de fazer um exercício diferente. A gente só para pra pensar nisso quando acontecem casos, uma pessoa depois de um erro é muito triste, é um sofrimento. (P23)*

A equipe de saúde deveria buscar essa corresponsabilidade entre os seus membros, pois o trabalho interdisciplinar propõe tal entendimento. A cultura da segurança do paciente objetiva uma transformação prática na compreensão do que é trabalho em equipe de saúde e qual é o cerne da sua atividade.

À medida que todos os profissionais da saúde aprimorem essa ideia de responsabilidade coletiva será possível avançar em direção a uma cultura de segurança do paciente. Nesse sentido, identificou-se que para favorecer a segurança do paciente é necessária a promoção de um bom relacionamento e cooperação na equipe, com união, respeito e motivação<sup>15</sup>.

Portanto, o trabalho em equipe é um pressuposto para a segurança do paciente. Os participantes realçaram que a atenção e a união dos profissionais da saúde, ter os mesmos interesses, reforçam a segurança do paciente.

*Como a gente trabalha em equipe, todo mundo tem que estar atento. (P5)*

*Eu considero bastante seguro, porque ele trabalha com uma equipe multiprofissional. Então em vários níveis a gente tem a possibilidade de detectar problemas e atuar nestes problemas, mesmo que passe algo pela prescrição médica, ela chega ao farmacêutico que é um profissional altamente qualificado, que normalmente avalia e nos manda parecer de volta [...] Em nível de cuidado, a gente também tem o mesmo trabalho com a equipe enfermagem, com a psicologia, o serviço social [...]. (P16)*

Por envolver questões culturais, a segurança do paciente não é uma problemática individual, tão pouco de uma única categoria profissional. No entanto, corresponde a um processo de transformação em nível institucional, com seus gestores e também com o sistema de saúde brasileiro.

A equipe multidisciplinar de trabalhadores na saúde, quando consegue desenvolver suas atividades de maneira interdisciplinar, está atuando em prol da segurança do paciente. A formação e o desenvolvimento dos profissionais, aliados a uma relação próxima do paciente, são potencialidades para um cuidado seguro<sup>16</sup>.

Os profissionais estão familiarizados com inovações na sua área de conhecimento, e isso é um aspecto favorável para que a segurança do paciente seja objeto de estudo, de modo que se possa compreender as características e as peculiaridades desse fenômeno. Os participantes compactuam com esse entendimento:

*De qualquer forma que tu se atualizes estará protegendo o teu paciente. [...] tu pode olhar este assunto de diversas maneiras, e todas vão resultar no cuidado com o paciente. Eu acho que discutir este assunto, falar e expor pra toda a equipe multidisciplinar, o papel que compete a cada um nas medidas de proteção e segurança da criança [...]. (P6)*

*É uma coisa evolutiva e individual, mas que precisa ser dita. Então, eu acho treinamento, conversar com a pessoa, falar, insistir e as pessoas, mesmo se não identificaram o erro, poderem dizer “Tu viu isso?” e levar adiante. Tu tem que retomar e nunca deixar o erro se perpetuar, pois é a pior coisa que pode acontecer no trabalho da gente [...]. (P16)*

O consumo de pesquisas pode ser um segundo passo em prol de uma cultura de segurança do paciente. Recomenda-se que os profissionais da saúde contagem-se pela curiosidade e compartilhem com a equipe de saúde as questões sobre as circunstâncias de cuidado promotoras de eventos adversos.

A Organização Mundial da Saúde indica que pesquisas sobre essa temática sejam preconizadas, visto o número de prejuízos à atenção em saúde<sup>3</sup>. As instituições de saúde e formadoras poderiam direcionar suas pesquisas para encontrar evidências sobre as falhas sistêmicas que põem em risco a assistência dos seus pacientes<sup>13</sup>.

A cultura da segurança do paciente traz consigo diversas modificações conceituais e práticas para a área da saúde. Uma delas está ligada à transposição do modelo biomédico que valoriza o biológico, ao invés do ser humano. A criança hospitalizada, muitas vezes, pode ser percebida como um mero objeto de intervenção para os profissionais da saúde. No entanto, apesar de estudos e diretrizes programáticas que evidenciam a importância do cuidado integral, a criança ainda precisa ser vista e tratada na sua dimensão singular de um ser em desenvolvimento. Os participantes do estudo compartilham que é necessária outra metodologia de atenção à saúde da criança hospitalizada, como descrito nos relatos:

*Eu vejo que a medicina está muito intervencionista, muito exame, pouca conversa, pouco exame físico, pouca clínica e muito exame laboratorial. Eu vou na contramão*

*deste paradigma que é exame, medicação [...] tem coisas que tem que fazer exame, tem que fazer aqui, tem que ser agora, mas sempre que possível dar alta, tratar minimamente ou não tratar. (P17)*

*Não é só entregar o bebê pra mãe cuidar, eu acho que tem que chegar ali, olhar, visualizar tudo o que está acontecendo e como esta mãe está [...]. Às vezes, eles [acompanhantes] estão meio impacientes, brabos com os bebês, tem que intervir também, a gente pede calma, pra dar uma volta, descansar [...]. Tem que tomar conta do familiar e do bebê como um todo. (P9)*

Os participantes do estudo explicam que o cuidado à criança hospitalizada deve incluir o acompanhante/cuidador como usuário do serviço. Além disso, é essencial a inclusão das tecnologias leves como o acolhimento, a escuta ativa, o toque, a ludicidade, a humanização, entre outros dispositivos para o cuidado integral do paciente.

Entretanto, esses atributos ainda não são suficientemente discutidos e incorporados nas unidades de saúde, visto que a sua inclusão ainda é uma característica de cada profissional. Para mudança dessa prática, ressalta-se a necessidade de (re) pensar o modelo tradicional de assistência à saúde da criança e do adolescente hospitalizado, fortalecendo a humanização do cuidado<sup>17</sup>. Ainda considera-se necessário incluir nos currículos discussões sobre humanização e direitos dos usuários nos serviços de saúde, ambos relacionados com a segurança do paciente.

Nesse sentido, ressalta-se que a mudança do modelo de atenção com vista à integralidade é uma necessidade para o desenvolvimento de uma cultura de segurança do usuário nos serviços de saúde. Para tanto, o campo da educação traduz-se como uma das interfaces capaz de desenvolver estratégias para uma cultura de segurança.

### **Educação para a segurança do paciente**

Os profissionais que participaram deste estudo expressaram uma visão tradicional do processo ensino/aprendizagem, sendo o treinamento em serviço e a educação continuada as estratégias mais mencionadas para implantação de uma cultura de segurança. Ainda, os participantes discutiram sobre a necessidade de mudanças na formação do profissional da saúde e a reformulação da estrutura curricular de cursos de graduação e programas de residência médica/multiprofissional.

Os treinamentos em serviço por meio de palestras, cursos e aulas teóricas são possibilidades educativas sugeridas pelos pesquisados para apresentar a temática da segurança do paciente. Acrescentam que o treinamento é um método de qualificação profissional e de revisão de conteúdo, podendo ser também uma maneira de preparação do acompanhante/cuidador para compartilhar os cuidados com a equipe de saúde.

*Eu acho que treinamento. Segurança tem muito a ver com treinamento. Eu acho que, quanto mais treinado tu é, mais seguro tu fica e mais cientes dos teus atos. (P3)*

*Eu acho que deveriam ser feitas mais palestras sobre estes cuidados, tanto com a equipe quanto com os familiares também [...]. Acho que precisa de mais palestras falando sobre isso, orientar mais, né? Acho bem interessante. (P12)*

*De tempo em tempo, acho que devia haver uma reciclagem, um feedback das técnicas de administração de medicação, nos cuidados da criança hospitalizada, acho que de tempo em tempo devia haver um treinamento. Quando tu trabalha muito tempo com gente na mesma função, nas mesmas coisas, fica uma coisa meio automatizada e aí, talvez, não preste muita atenção no que está fazendo [...]. (P13)*

Evidencia-se nas falas dos profissionais a necessidade de mudanças na concepção pedagógica do fazer em saúde. Atualmente, as metodologias ativas do processo de ensino/aprendizagem têm se mostrado favoráveis e efetivas na formação dos profissionais da saúde. A educação permanente em saúde é uma estratégia que vem sendo implementada na instituição pesquisada, possibilitando, do ponto de vista teórico-prático, o redesenho dos fundamentos e das noções dos profissionais da saúde focados na cultura de segurança do paciente.

As rodas de conversa já são frutos dessas transformações que vêm ocorrendo na instituição, com a introdução da EPS como metodologia de ensino para os profissionais da saúde. Os participantes expõem que compartilhar as experiências relacionadas ao erro de maneira coletiva pode ser produtivo para a expansão de uma cultura de segurança entre os profissionais da saúde.

*Eu vejo uma coisa que funciona bem aqui no hospital que são as rodadas de conversa. Eu acho que conversar com todo mundo, que cada um tem a sua experiência, de trazer o que tem de errado na unidade, o que tem errado no dia a dia, no hospital, eu acho que isso é uma ação importante. [...] cursos mostrando coisas erradas, diferentes e arrumando a unidade. (P11)*

*O profissional tem que reciclar, aprendeu uma coisinha a mais, vamos juntar a equipe e conversar quando acontece um erro. Por exemplo, mostrar que aconteceu isso, dividir as suas experiências, sentimentos, o que poderia ter sido feito diferente? [...] Mas eu acho que a gente deveria conversar mais [...]. (P23)*

A educação permanente em saúde incentiva a diversificação de estratégias para compartilhar conhecimentos e experiências do mundo do trabalho. O profissional da saúde que discute e aceita a possibilidade da ocorrência de eventos adversos está progredindo para uma cultura de segurança do paciente.

Sugere-se, assim, a inclusão da temática segurança do paciente, por meio de rodas de conversa, provocando os profissionais da saúde para uma reflexão sobre as suas práticas

e condutas, além de promover maior integração das equipes em prol da criança hospitalizada. A roda de conversa pode ser um dos primeiros passos para o desenvolvimento de uma cultura de segurança do paciente, pois é percebida como uma forma de estimular os profissionais a falar sobre os erros decorrentes da sua atuação profissional<sup>12</sup>.

Em um hospital universitário de Porto Alegre houve aumento das taxas de adesão à verificação de identificação do paciente, após a realização de estratégias educativas, as quais incluíram produção e distribuição de um vídeo, de cartazes e de folders, assim como cursos em modalidade de Ensino a Distância. Tais atividades contribuíram para reforço da rotina e consolidação de práticas, possibilitando o fortalecimento da segurança dos pacientes na instituição<sup>18</sup>.

A formação dos profissionais da saúde é outro ponto a ser discutido para a construção de uma cultura de segurança do paciente. Os participantes relataram que essa temática é ainda pouco abordada na formação do profissional, seja na graduação, seja nos programas de residência médica/multiprofissional e quando abordada é de maneira pontual sem reflexões críticas aprofundadas.

Acredita-se que esse tema deva ser transversal nos currículos dos profissionais da saúde. Entretanto, para isso ser construído, todas as disciplinas deveriam abordar a temática e os docentes envolvidos buscarem conhecimentos específicos da sua área de atuação.

*Eu acho que isso tem que ser desde antes, né? Desde a nossa formação como médicos, porque tu tem que ter lá já um cuidado com a segurança e cuidado com a proteção da criança e do adulto, e depois... Enfim, na residência também eu acho que temos de ter um pouco mais desses cuidados básicos [...]. (P15)*

Atualmente, a formação dos profissionais na área da saúde tem sido repensada e reformulada por meio das novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação. Essas mudanças visam readequar as propostas de ensino/aprendizagem às demandas e às necessidades do setor saúde, dos usuários e da sociedade. O referencial teórico-prático da segurança do paciente deveria ser incluído nas grades curriculares, sendo objeto da formação dos profissionais da saúde. Porém, talvez exista carência de docentes preparados para a problematização desse assunto com os futuros profissionais.

A estética pedagógica da EPS é inserir a experiência da problematização e da invenção de problemas na formação em saúde. Essa atraente proposta é condição para o desenvolvimento de uma inteligência de escutas, de práticas cuidadoras, de conhecimentos engajados e de permeabilidade aos usuários<sup>19</sup>.

A segurança do paciente poderia ser um tema transversal na atenção à saúde da criança. Para isso, é necessário instrumentalizar os profissionais a explorar a dinâmica de sistemas, configurações, hábitos, padrões, processos e peculiaridades para poderem desenvolver capacidades analíticas e críticas

sobre as suas práticas, caso contrário os modelos tradicionais de aprendizagem serão mantidos<sup>20</sup>. A OMS lançou, em 2011, um guia curricular para a segurança do paciente para escolas multiprofissionais, com orientações e recomendações aos professores, além de sugestões de tópicos para a reformulação dos currículos. O documento contempla questões relacionadas à comunicação da equipe, às práticas baseadas em evidências, ao trabalho em equipe, à bioética dos erros médicos, à assistência segura, entre outros<sup>21</sup>.

Uma participante criticou a formação dos trabalhadores da área da saúde, em especial, a formação médica, enfatizando que atualmente a formação é ainda fortemente centralizada no conhecimento científico, com pouca ou nenhuma preocupação com o indivíduo que tem uma doença, isso os afastam do paciente, que perde o protagonismo, sendo mero objeto de intervenção e experimentação. Esse participante comentou que a convivência e a aproximação com o usuário resultam em experiências significativas para a formação do profissional.

*Isso devia passar por toda uma reformulação da formação. [...] Eles não são médicos, não são enfermeiros, são aprendizes mirins, então vêm com o viés da pesquisa. A pesquisa está impregnada de tecnologia. Eu digo pra eles “você não estão se formando médicos, mas pesquisadores, técnicos, médico é outra coisa!”. [...] Eu acho que o foco da formação tá pervertido. [...] O profissional não tem que ser um reservatório de informações, tem que ter informações básicas e tem que ter formação, que só se dá na medida em que o indivíduo vivencia situações do mundo real. Não adianta falar em evento adverso se ele não tá vivendo junto com o paciente [...]. (P17)*

Os conhecimentos adquiridos pelos profissionais da saúde hoje se concentram em evidências científicas, experimentalmente comprovadas, raramente testadas clinicamente, o que culmina em afastamento do paciente e da sua família. No contexto da criança hospitalizada, para muitos profissionais da saúde, todo processo terapêutico está voltado a exames e procedimentos avançados, com o mínimo de contato, por exemplo, entre paciente, acompanhante/cuidador e o médico assistente.

Essa maneira de cuidar da criança é presenciada pelo estudante, que, por sua vez, a reproduz. A aprendizagem, nesse contexto, não apresenta circunstâncias significativas para o estudante, pois ele é treinado a produzir saúde, copiando um modelo preestabelecido. Essa concepção também é visível em outras profissões da saúde, não sendo exclusiva do médico.

As transformações na formação dos profissionais da saúde devem ser produzidas em conjunto, sendo imprescindível qualificar o diálogo entre as instituições de saúde e de educação, proporcionando ainda o envolvimento do paciente e sociedade para discussão do tema segurança do paciente<sup>22</sup>. As interações entre os segmentos de formação, atenção, gestão e controle social em saúde deveriam valorizar as características locais e

as capacidades instaladas, estimular o desenvolvimento das potencialidades de cada realidade, implementar a aprendizagem significativa e a capacidade crítica, de forma efetiva e criativa<sup>19</sup>.

A supervisão direta e permanente é um requisito essencial para o profissional da saúde em processo de aperfeiçoamento. Um participante destacou que muitos médicos residentes não têm a orientação e o acompanhamento necessários para garantir um cuidado seguro. Essas limitações estão presentes em todas as profissões da área da saúde, de maneira que o estudante é exposto ao mundo do trabalho, sem a devida preparação para cumprir todas as exigências que lhe são requeridas.

*Eu acho que a primeira coisa é a questão de a gente estar junto com o residente. [...] Eles [residentes] estão aprendendo e eu acho que eles não precisam aprender errando, temos de detectar os erros antes de eles acontecerem, porque afetam pacientes e precisamos preservar a vida. [...] Eu vejo muitos residentes muito soltos, e eles fazem, na verdade, coisa que a princípio são completamente erradas e poderiam ser reajustadas, mas eles aprendem errando. [...] (P22)*

Aprender com os próprios erros não é uma estratégia compatível com o desenvolvimento de uma cultura de segurança do paciente. É fundamental introduzir a prevenção dos eventos adversos e o gerenciamento de risco na formação e na supervisão dos profissionais da saúde em programas de aperfeiçoamento. A preceptoría é uma atividade complexa e provida de incumbências para o profissional que assiste o estudante, porque ele servirá de modelo para o futuro profissional. Esse, por sua vez, poderá seguir exatamente suas recomendações e estratégias de cuidado. Acredita-se que o preceptor dos programas de residência tem grande responsabilidade na formação e no aprimoramento de outros profissionais, com condições para contextualizar a cultura da segurança do paciente para o profissional aprendiz.

Estudo realizado em universidade de São Paulo identificou que estudantes de medicina e enfermagem percebem o erro como consequência da vida humana, mas acreditam na possibilidade de prevenção, com base na adoção de medidas e na mudança do sistema<sup>22</sup>. Os mesmos estudantes consideram que a análise do erro deve ser sistêmica, sendo que cada vez mais a assistência à saúde desenvolve-se em ambientes dinâmicos e especializados, nos quais há interações complexas entre infraestrutura, equipes, patologias, processos e procedimentos<sup>23</sup>.

Os incidentes de segurança do paciente são considerados fontes de aprendizado para todos os envolvidos. Entretanto, já existem várias evidências pontuando as principais causas e fatores contribuintes relacionados aos eventos adversos, os quais podem servir de subsídios para o processo de ensino/aprendizagem dos futuros profissionais e servir de exemplos práticos para os docentes na formulação de problemas para as atividades de ensino.

## CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

A realização desta pesquisa evidenciou estratégias identificadas por profissionais de saúde para construção da cultura de segurança do paciente. São elas: identificação e notificação do erro, com consequente processo de aprendizado a sua ocorrência; concepção sobre o erro coletivo e a importância do trabalho em equipe; consumo e produção de pesquisas como subsídios para efetivar a transformação cultural nas instituições; transposição do modelo biomédico para integralidade da atenção; educação permanente para inserção do tema no cotidiano profissional; e, inserção da segurança do paciente como tema transversal na formação de profissionais da saúde, disseminando-a em todos os contextos. Assim, pode-se inferir que a cultura da segurança do paciente deveria ser incorporada nas instituições de saúde de forma mais enraizada e sistêmica, possibilitando a garantia da segurança dos pacientes e o desenvolvimento das melhores práticas em saúde. Outro aspecto importante diz respeito à incorporação dessa temática ao longo da formação acadêmica dos profissionais para que seja possível modificar o panorama atual, no qual as práticas em saúde acumulam riscos e potencializam falhas. Espera-se que a incorporação da cultura da segurança, desde o início do processo de formação, no qual o discente reconheça os erros, aprenda com eles e informe as instâncias competências sobre a sua ocorrência de maneira transparente.

Os dados oriundos desta pesquisa permitem afirmar que o desenvolvimento de uma cultura de segurança não é trabalho fácil. Pelo contrário, requer tempo para assimilar mudanças que vão das mais simples até as mais complexas, bem como os desafios para sensibilizar os profissionais em sua prática diária. Além disso, exigirá dos sujeitos um sentimento constante de equipe/coletividade, uma vez que as atitudes de culpabilização individual não são capazes de provocar as mudanças necessárias, podendo ainda mascarar informações ou fazer com que alguns incidentes não sejam sequer notificados. Ainda, erros na atenção à saúde não são atitudes voluntárias e nem tampouco individuais, eles estão relacionados a um contexto e ao desenvolvimento de um processo assistencial que precisa ser repensado.

Um dos pressupostos para o desenvolvimento da cultura da segurança do paciente é o trabalho em equipe e, para tanto, será necessário que profissionais de saúde incorporem e aprimorem a ideia da responsabilidade coletiva e compartilhada. Ainda, no que diz respeito à equipe, as Instituições de Saúde precisam rever suas estratégias de EPS, pois as capacitações teóricas por meio de palestras e conferências, não representam a melhor estratégia para assegurar a formação dos profissionais pautada no conhecimento. Em grande parte das situações, os docentes carecem de atitudes dinâmicas e metodologias ativas que possam envolver os profissionais de forma mais significativa e implicada com o futuro compromisso social assumido no papel de cuidadores.

É imprescindível refletir sobre a relação entre a ocorrência de erros na formação dos profissionais de saúde e o modelo peda-

gógico adotado pelas Instituições de Ensino. O estabelecimento da cultura da segurança do paciente traz consigo a necessidade de transpor o modelo biomédico de valorização do biológico em detrimento ao humano. Ainda, faz-se necessário pensar na integralidade da atenção em saúde. Vários pesquisados relataram que ao longo da sua formação não tiveram contato com a temática da segurança do paciente e isso nos permite reconhecer uma falha relacionada à formação em saúde, uma vez que esse assunto deveria ser transversal aos currículos de graduação.

Confirma-se que reconhecer e admitir que erros e falhas são possíveis são aspectos fundamentais compreendidos na educação para cultura de segurança do paciente. Essas atitudes podem contribuir para a identificação precoce do erro e a tomada de decisão, prevenindo a ocultação e a negação das equipes, bem como estabelecendo estratégias de prevenção e recorrências das falhas identificadas e documentadas.

Ressaltar ainda que a implantação de uma cultura da segurança perpassa várias instâncias de uma instituição e precisa do envolvimento e compromisso desde a administração central até os serviços de apoio. O amadurecimento dessa visão sistêmica e processual é um dos desafios impostos para a construção dessa cultura nos cenários de cuidado à saúde.

Pondera-se que o estudo teve como principais limitações as referentes ao desenho metodológico, o qual não almeja a generalização dos resultados. Acrescenta-se, ainda, a especificidade relacionada à participação de profissionais da saúde inseridos, exclusivamente, no contexto da internação pediátrica. Apesar disso, as questões pertinentes à educação para a cultura da segurança do paciente podem ser aplicáveis em outros contextos de cuidado.

Dessa forma, recomenda-se a realização de estudos futuros que problematizem o tema com outros trabalhadores e com os usuários das instituições que fomentam a construção da cultura da segurança no seu planejamento estratégico e na filosofia institucional.

## REFERÊNCIAS

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To err is human: building a safer health care system*. Washington/DC: National Academy Press; 2000.
2. Wachter, RM. Patient safety at 10 years: how far have we come? What's next. *OR Manager*. 2010 mar;26(3):5-7.
3. World Health Organization (WHO). *World Alliance for Patient Safety. Forward Programme 2008-2009*. Geneva (Switzerland): World Health Organization; 2008.
4. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. *Estratégias para a segurança do paciente: manual para profissionais da saúde*. Porto Alegre (RS): EDIPUCRS; 2013.
5. Harada MJCS, Chanes DC, Kusahara DM, Pedreira MLG. Segurança na administração de medicamentos em Pediatria. *Acta Paul. Enferm*. 2012 jul/ago;25(4):639-42.
6. Duarte SC, Stipp MA, Silva MM, Oliveira FT. Adverse events and safety in nursing care. *Rev. Bras. Enferm*. 2015 jan/fev;68(1):136-46.
7. 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 jan/mar;18(1):122-129.
8. Silva T, Wegner W, Pedro ENR. Segurança da criança hospitalizada na UTI: compreendendo os eventos adversos sob a ótica do acompanhante. *Rev. Eletr. Enf*. 2012 abr/jun;14(2):337-44.
9. Tobias GC, Bezerra ALQ, Branquinho NCS, Silva AEBC. Cultura de la seguridad del paciente en la atención sanitaria: un estudio bibliométrico. *Enferm. Glob. [on line]*. 2014 Ene;13(33):336-348.
10. Minayo MC. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2010.
11. Yin RK. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman; 2015.
12. Wegner W, Pedro ENR. Patient safety in care circumstances: prevention of adverse events in the hospitalization of children *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2012 mai/jun;20(3):427-34.
13. Jha AK, Prasopa-Plaizier N, Larizgoitia I, Bates DW. Patient safety research: an overview of the global evidence. *Qual Saf Health Care*. 2010 Feb;19(1):42-47.
14. Fassini P, Hahn GV. Riscos à segurança do paciente em unidade de internação hospitalar: Concepções da equipe de enfermagem. *Rev Enferm. UFSM* 2012 abr/jun;2(2):290-299.
15. Mello JF, Barbosa SFF. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2013 out/dez;22(4):1124-33
16. Ques AAM, Montoro CH, Gonzales MG. Strengths and threats regarding the patient's safety: nursing professionals' opinion. *Rev Latino-Am Enferm*. 2010; 18mai/jun(3):42-49.
17. Gomes ILV, Queiroz MVO, Bezerra LLAL, Souza NPG. A hospitalização no olhar de crianças e adolescentes: sentimentos e experiências vivenciadas. *Cogitare enferm*. 2012 out/dez;17(4):703-9.
18. Hemesath MP, Santos HB, Torelly SEM, Barbosa AS, Magalhães AMM. Estratégias educativas para melhorar a adesão à identificação do paciente. *Rev. Gaúch. Enferm*. 2015 out/dez;36(4):43-48.
19. Miccas FL, Batista SHSS. Permanent education in health: a review. *Rev Saúde Pública* 2014 jan/fev;48(1):170-185.
20. Morath JM, Hain PD, Deshpande JK, Gitlin JD, Churchwell KB. Patient safety as an academic discipline. *The Journal of Pediatrics*. 2009 Sep;155(3):303-304.
21. World Health Organization (WHO). *Patient safety curriculum guide: multi-professional edition*. Geneva: World Health Organization; 2011.
22. Steven A, Magnusson C, Smith P, Pearson PH. Patient safety in nursing education: contexts, tensions and feeling safe to learn. *Nurse Educ Today*. 2014 Feb;(2):277-284.
23. Yoshikawa JM, Sousa BEC, Peterlini MAS, Kusahara DM, Pedreira MLG, Avelar AFM. Compreensão de alunos de cursos de graduação em enfermagem e medicina sobre segurança do paciente. *Acta Paul. Enferm*. 2013 jan/fev;26(1):21-9.