

UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: DOUTORADO EM EDUCAÇÃO

Laísa Xavier Schuh

PRÁTICAS EDUCATIVAS PARA A PROMOÇÃO DE UMA CULTURA DE
SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM HOSPITAL DE ENSINO: UM ESTUDO DE
CASO

Santa Cruz do Sul

2022

Laísa Xavier Schuh

**PRÁTICAS EDUCATIVAS PARA A PROMOÇÃO DE UMA CULTURA DE
SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM HOSPITAL DE ENSINO: UM ESTUDO DE
CASO**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação – Doutorado em Educação, Linha de Pesquisa Educação, Trabalho e Emancipação, Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC.

Professor Orientador: Dr. Moacir Fernando Viegas.

Santa Cruz do Sul

2022

CIP - Catalogação na Publicação

Xavier Schuh, Laísa

PRÁTICAS EDUCATIVAS PARA A PROMOÇÃO DE UMA CULTURA DE
SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM HOSPITAL DE ENSINO: UM ESTUDO DE CASO

/ Laísa Xavier Schuh. – 2022.

183 f. : il. ; 30 cm.

Tese (Doutorado em Educação) – Universidade de Santa Cruz do
Sul, 2022.

Orientação: Prof. Dr. Moacir Fernando Viegas.

1. Segurança do Paciente. 2. Educação e trabalho. 3.
Enfermagem. 4. Educação e saúde. 5. Cultura. I. Viegas, Moacir
Fernando. II. Título.

Laísa Xavier Schuh

**PRÁTICAS EDUCATIVAS PARA A PROMOÇÃO DE UMA CULTURA DE
SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM HOSPITAL DE ENSINO: UM ESTUDO DE
CASO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação - Mestrado e Doutorado, Área de Concentração Educação, linha de Pesquisa Educação, Trabalho e Emancipação, na Universidade de Santa Cruz do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Educação

Banca Examinadora

Prof.Dr. Moacir Fernando Viegas – UNISC

Profº. Orientador

Profa^a. Dr^a. Suzane Beatriz Frantz Krug – UNISC

Professora Examinadora

Prof.Dr. Éder da Silva Silveira – UNISC

Professor Examinador

Prof.Dr. Everton Luiz Simon – UNISC

Professor Examinador

Prof^a. Dr^a. Silviamar Camponogara – UFSM

Professora Examinadora

Prof^a. Dr^a. Cassiana Gil Prates

Professora Examinadora

Santa Cruz do Sul

2022

DEDICATÓRIA

Dedico minha tese às pessoas mais importantes e especiais da minha vida, **meus pais**, que fizeram de tudo para me proporcionar acesso à educação de qualidade, me incentivando para ser sempre melhor e me amando, incondicionalmente.

Também, aos **profissionais de enfermagem** que realizam o cuidar com tanta garra, dedicação, capacidade técnica e científica e amor. Profissionais que, rotineiramente, atuam em jornadas extenuantes, dedicando seu trabalho na prevenção, promoção e reabilitação da saúde dos seres humanos.

AGRADECIMENTOS

*Gracias a la vida que me ha dado tanto... Me ha dado el sonido y el abecedario. Con el las palabras que pienso y declaro. Gracias a la vida que me ha dado tanto... Me dio el corazón que agita su marco. Cuando miro el fruto del cerebro humano. ¡Cuando miro el bueno tan lejos del malo... Gracias a la vida!*¹

Obrigada, primeiramente, a Deus, por me abençoar e proteger em todas as minhas decisões, colocando em meu caminho pessoas especiais e do bem, que fazem a jornada valer a pena.

Obrigada às enfermeiras e técnicas(os) de enfermagem que fizeram parte deste estudo e que mesmo cansadas(os), em razão do trabalho na pandemia da COVID-19, não deixaram de participar dos grupos focais e das entrevistas, contribuindo para que a concretização desta tese fosse possível. A vocês toda a minha admiração e reconhecimento.

Obrigada aos meus pais e meu noivo, por estarem sempre ao meu lado, me incentivando e compreendendo meus momentos de ausência. Amo muito vocês!

Obrigada ao meu orientador, Prof. Dr. Moacir Fernando Viegas, por compartilhar suas experiências e seu conhecimento, sempre com muita calma e dedicação, compreendendo minhas dificuldades e me instigando a fazer sempre mais e melhor. Obrigada!

Obrigada aos meus colegas do grupo de Pesquisa Trabalho docente, Cuidado e Classes Sociais, pela troca de saberes e pela parceria durante a caminhada no doutorado. Um agradecimento especial para a colega e amiga Aline Caroline da Rosa, que me ajudou na coleta de informações desta tese, sempre com valiosas contribuições.

Obrigada à UNISC, universidade que me acolhe desde a graduação e que oferta elevada qualidade de ensino, tornando real o sonho de muitos estudantes.

Obrigada à docência em enfermagem, trabalho que exerço com comprometimento, ética e paixão. Que me faz feliz todos os dias e que me encoraja e inspira para estudar e ser uma profissional melhor para os meus alunos e pacientes.

¡Gracias a la vida!

¹ Trecho retirado da música Gracias a la vida, de Mercedes Sosa.

*Pois, diferentemente de outros processos produtivos, na saúde,
o trabalhador a qualquer momento poderá ser seu próprio usuário.
Imperativamente, quase que de modo obrigatório,
terá que sempre se ver diante do fazer de si mesmo,
porque mesmo inconscientemente tem que responder para si
se seria um usuário do que está fazendo com o outro.
(FRANCO; MERHY, 2013)*

RESUMO

A presente tese aborda a temática das práticas educativas desenvolvidas em uma instituição hospitalar de ensino para a promoção da Cultura de Segurança do Paciente, tema que é considerado um dos seis atributos da qualidade do cuidado. A cultura de uma instituição é entendida como o resultado de valores e de crenças que norteiam as decisões dos gestores e os caminhos a serem percorridos em todos os níveis da estrutura organizacional. O objetivo geral do estudo é descrever e analisar as práticas educativas para a promoção da Cultura de Segurança do Paciente desenvolvidas em uma instituição hospitalar de ensino e compreender como estas se articulam ao trabalho de cuidado, segundo profissionais de enfermagem dessa mesma instituição. A pesquisa é do tipo estudo de caso com enfoque qualitativo, tendo sido realizada em um Hospital de Ensino do Vale do Rio Pardo, localizado no interior do Rio Grande do Sul. Os participantes do estudo foram enfermeiras assistenciais e gerenciais e técnicas(os) de enfermagem. As técnicas utilizadas para a produção de informações foram o grupo focal (GF), e a entrevista semiestruturada individual, realizada via *Google Meet* no período de janeiro a maio. A análise de conteúdo foi fundamentada nas propostas operativas de Bardin (1977) e Triviños (1987). A pesquisa aconteceu durante a pandemia da COVID-19, sofrendo influências do cenário pandêmico. Entre os principais resultados, o estudo revelou que as práticas educativas realizadas pelo hospital envolvem educação formal, não formal e informal, sendo a capacitação a principal ferramenta para a educação continuada dos seus trabalhadores. A instituição do estudo vem trabalhando para a promoção da Cultura de Segurança do Paciente por meio de grupos de trabalho, capacitações e práticas seguras envolvendo as seis metas do Programa Nacional de Segurança do Paciente, porém, percebe-se que os profissionais absorvem o que consideram importante para a sua atividade diária de trabalho a partir das suas crenças e valores, conforme o que acreditam e reconhecem como importante a partir das suas experiências. Todos os profissionais compreendem e consideram a importância das práticas educativas e de segurança do paciente para a promoção de uma Cultura de Segurança do Paciente, porém, o cuidado ao paciente acontece, em muitos momentos, de maneira mecanizada em razão da falta de tempo para a realização das atividades assistenciais. O estudo reafirma o fato de que as condições de trabalho influenciam a segurança do paciente e a qualidade dos serviços em saúde. Considera-se que os resultados da pesquisa são relevantes e contribuem para o avanço do conhecimento na temática das práticas educativas para a promoção da Cultura de Segurança do Paciente.

Palavras-chave: Segurança do Paciente; Educação e trabalho; Enfermagem; Educação e saúde; Cultura; Hospitais.

ABSTRACT

This thesis addresses the issue of educational practices developed in a teaching hospital for the promotion of a Patient Safety Culture, a topic that is considered one of the six attributes of quality of care. The culture of an institution is understood as the result of values and beliefs that guide managers' decisions and the paths to be followed at all levels of the organizational structure. The general objective of the study is to describe and analyze the educational practices for the promotion of the Patient Safety Culture developed in a teaching hospital and to understand how these are linked to the care work, according to nursing professionals from the same institution. The research is a case study type with a qualitative approach, having been carried out in a Teaching Hospital in Vale do Rio Pardo, located in the interior of Rio Grande do Sul. Study participants were assistant and managerial nurses and nursing technicians. The techniques used for the production of information were the focus group (FG), and the individual semi-structured interview, carried out via Google Meet from January to May. The content analysis was based on the operative proposals of Bardin (1977) and Triviños (1987). The research took place during the COVID-19 pandemic, being influenced by the pandemic scenario. Among the main results, the study revealed that the educational practices carried out by the hospital involve formal, non-formal and informal education, with training being the main tool for the continuing education of its workers. The study institution has been working to promote the Patient Safety Culture through work groups, training and safe practices involving the six goals of the National Patient Safety Program, however, it is clear that professionals absorb what they consider important for their daily work activity based on their beliefs and values, according to what they believe and recognize as important based on their experiences. All professionals understand and consider the importance of educational practices and patient safety for the promotion of a Patient Safety Culture, however, patient care happens, in many moments, in a mechanized way due to the lack of time for the carrying out assistance activities. The study reaffirms the fact that working conditions influence patient safety and the quality of health services. It is considered that the research results are relevant and contribute to the advancement of knowledge on the subject of educational practices for the promotion of the Patient Safety Culture.

Keywords: Patient Safety; Education and work; Nursing; Education and health; Culture; Hospitals.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Fluxograma das etapas de seleção dos artigos. Cachoeira do Sul, RS, 2019.....	25
Figura 2. Nuvem de palavras: Principais práticas educativas realizadas pelas instituições hospitalares. Cachoeira do Sul, RS, Brasil, 2019.....	35
Figura 3. Referencial para um cuidado seguro, confiável e efetivo, 2017.....	70
Figura 4. Nuvem de palavras com as principais práticas de segurança do paciente realizadas na instituição do estudo citadas pelos participantes. Santa Cruz do Sul, RS, Brasil, 2021.....	100

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características sociodemográficas dos profissionais de Enfermagem participantes do estudo, Santa Cruz do Sul, 2021.....	96
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Etapas metodológicas empregadas para a seleção dos estudos no Portal de Periódicos da CAPES e no Catálogo de Teses e Dissertações. Cachoeira do Sul, RS, Brasil, 2019	26
Quadro 2. Categorização dos estudos encontrados no Portal de Periódicos da CAPES/MEC e no Banco de Dissertações e Teses da CAPES. Cachoeira do Sul, RS, 2019	27
Quadro 3. Quadro sinóptico referente ao Portal de periódicos da CAPES/MEC. Cachoeira do Sul, RS, 2019	27
Quadro 4. Quadro sinóptico referente ao Banco de Dissertações e Teses da CAPES. Cachoeira do Sul, RS, 2019	28
Quadro 5. Estratégia de busca utilizada na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados em Enfermagem (BDENF). Cachoeira do Sul, RS, 2019.....	30
Quadro 6. Estratégia de busca utilizada na U.S. National Library of Medicine (PubMed). Cachoeira do Sul, RS, 2019	30
Quadro 7. Recursos informacionais consultados, estratégias de busca, referências recuperadas e selecionadas. Cachoeira do Sul, RS, Brasil, 2019.....	30
Quadro 8. Quadro sinóptico referente ao LILACS e PubMed. Cachoeira do Sul, RS, 2019.....	31
Quadro 9. Conceitos de Educação Permanente em Saúde, Educação Continuada e Educação em Serviço. Santa Cruz do Sul, RS, Brasil, 2022	60

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APPMS	Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde
AVA	Ambiente Virtual de Aprendizagem
BDENF	Base de Dados em Enfermagem
BPF	Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEBAS-SAÚDE	Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social em Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CSP	Cultura de Segurança do Paciente
DCN	Diretriz Curricular Nacional
DH	Desenvolvimento Humano
EA	Evento Adverso
EAD	Educação à Distância
EC	Educação Continuada
EP	Educação Permanente
EPS	Educação Permanente em Saúde
ES	Educação em Serviço
GF	Grupo Focal
HM	Higienização das mãos
IRAS	Infecção Relacionada à Assistência a Saúde
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LP	Lesão por pressão
MEC	Ministério da Educação
MIFS	<i>The Medical Insurance Feasibility Study</i>
MS	Ministério da Saúde
NIGERSP	Núcleo Interno de Gerenciamento de Risco e Segurança do Paciente
NOTIVISA	Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação

OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PA	Pronto Atendimento
PEP	Prontuário Eletrônico do Paciente
PNASS	Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
PE	Processo de Enfermagem
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PNSST	Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho
POP	Protocolo Operacional Padrão
PP	Projetos Pedagógicos
PROADI-SUS	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde
PSP	Plano de Segurança do Paciente
PUBMED	<i>U.S. National Library of Medicine</i>
QUALISUS-REDE	Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade da Rede de Atenção à Saúde
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SBAR	Situação, Breve histórico, Avaliação e Recomendação
SCAR	Comunicado de intercorrências clínicas
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNISC	Universidade de Santa Cruz do Sul
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo
VIGIPOS	Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária
SNVS	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
SP	Segurança do Paciente
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
2 A PRODUÇÃO ACADÊMICA SOBRE AS PRÁTICAS EDUCATIVAS PARA A PROMOÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE.....	25
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	38
3.1 Aspectos históricos da segurança do paciente.....	38
3.1.1 O desenvolvimento de políticas de segurança do paciente no Brasil.....	41
3.2 O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).....	47
3.2.1 Dimensão educativa da implementação da Política de Segurança do Paciente.....	52
3.3 Práticas educativas “no” e “para” o trabalho em saúde.....	56
3.4 Organizações hospitalares e a busca pela excelência.....	62
3.5 Contextualizando o universo conceitual de cultura.....	65
3.6 O trabalho em saúde.....	71
3.6.1 As(os) trabalhadoras(es) da enfermagem.....	75
4 CAMINHO METODOLÓGICO.....	79
4.1 Caracterização da pesquisa.....	79
4.2 A instituição objeto de estudo.....	80
4.3 Os participantes.....	82
4.3.1 Critérios de Inclusão.....	83
4.3.2 Critérios de Exclusão.....	83
4.4 O ciclo da pesquisa.....	83
4.5 Produção de informações.....	84
4.6 Processamento e análise de conteúdo.....	89
4.7 Considerações éticas.....	90
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	92
5.1 Reflexões sobre o protagonismo da enfermagem na pandemia da COVID-19 e a sua relação com as condições de trabalho para a Cultura de Segurança do Paciente.....	92
5.2 Apresentando as(os) profissionais de enfermagem participantes da pesquisa.....	96
5.3 Práticas para a segurança do paciente no contexto hospitalar de ensino.....	99
5.4 Práticas educativas para uma cultura de segurança do paciente na instituição do estudo.....	110
5.4.1 A importância da notificação de incidentes para as práticas educativas em segurança do paciente.....	121
5.5 O que as(os) profissionais de enfermagem compreendem por Cultura de Segurança do Paciente (CSP).....	127
5.5.1 Educação e Cultura profissional no contexto da segurança do paciente.....	134
5.6 Condições de trabalho para um cuidado seguro.....	143
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	151
REFERÊNCIAS.....	156
APÊNDICES.....	168
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) da	

Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).....	169
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).....	171
APÊNDICE C – Guias temáticos para o grupo focal.....	173
APÊNDICE D - Entrevista semiestruturada.....	174
APÊNDICE E – Slides usados no Grupo Focal (GF).....	177
APÊNDICE F - Técnica explosão de ideias.....	181

1 INTRODUÇÃO

O tema desta tese são as práticas educativas desenvolvidas em uma instituição hospitalar de ensino para a promoção da Cultura de Segurança do Paciente (CSP). Trata-se de uma pesquisa do tipo estudo de caso com enfoque qualitativo, desenvolvida com enfermeiras assistenciais e gerenciais e técnicas(os) de enfermagem que atuam em um Hospital de Ensino do Vale do Rio Pardo no interior do Rio Grande do Sul.

O estudo é resultado de reflexões e inquietações desta pesquisadora, que é enfermeira e atua como docente em nível técnico e superior. Ainda frequentando o ambiente hospitalar, por meio de estágios e aulas práticas, percebi, com um olhar crítico, a necessidade de conhecer as práticas educativas que as instituições hospitalares vêm desenvolvendo para promover a CSP e como estas tem se articulado ao trabalho de cuidado.

O **AMOR** pela temática **SEGURANÇA DO PACIENTE** principiou antes mesmo da implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído por meio da Portaria nº 529, de 1 de abril de 2013. Minha trajetória profissional iniciou no ano de 2011, em um Pronto Socorro (PS). Este setor, de extrema complexidade, com a presença de desafios diários e a necessidade de tomada de decisões rápidas e seguras, me encantou. Ao mesmo tempo, existe nele a preocupação com a assistência aos pacientes, que carecem, sempre, de atendimento responsável, qualificado e seguro.

Nesse período, tive o privilégio de vivenciar diferentes experiências na área educacional. Atuei em supervisão de estágio técnico e da graduação em enfermagem, ministrei cursos de noções em primeiros socorros e trabalhei como docente de uma escola técnica de enfermagem. Com o passar do tempo, o interesse pelo trabalho docente e em realizar projetos educativos no campo da saúde foi sendo despertado. Assim, busquei um aprofundamento na área e realizei o Mestrado em Promoção da Saúde, pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Considerei pertinente tratar na minha dissertação sobre um assunto relevante para a Enfermagem e que tanto me preocupava. Desta forma, o tema da minha dissertação foi Segurança do Paciente, com o título “Atitudes e percepções dos profissionais de enfermagem: um estudo sobre a cultura de segurança do paciente em unidades de emergência”, defendido no ano de 2016 (SCHUH, 2016).

A inquietação acadêmica sobre a qualidade do cuidado realizado na área da saúde não é recente, porém, atualmente, as pesquisas para avaliação da prestação de serviços de saúde vêm ocorrendo em maior número, assim como cresce a preocupação das instituições de saúde,

em todos os níveis de atenção, de evitar a ocorrência de incidentes. A Segurança do Paciente (SP) é um dos seis atributos da qualidade do cuidado e, conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), é entendida como a redução do risco de danos desnecessários a um mínimo aceitável, considerada um componente constante e intimamente relacionado com o atendimento ao paciente (WHO, 2009; BOPSIN; RIBAS; SILVA, 2019).

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) foi criado para contribuir com a qualificação do cuidado em saúde em todos os serviços de saúde do nosso país. Assim, foram organizados quatro eixos para o fortalecimento das ações de segurança, sendo eles: 1. Estímulo a uma prática assistencial segura; 2. Envolvimento do cidadão na sua segurança; 3. Inclusão do tema segurança do paciente no ensino; 4. Incremento de pesquisa em segurança do paciente (BRASIL, 2014). Destaco os eixos três e quatro, em que a educação se apresenta profundamente relacionada com o fortalecimento da SP, sendo esta questão uma preocupação também da OMS (WEGNER et. al.; 2016).

Grande parte das ações de cuidar é de responsabilidade da equipe de enfermagem, estando a mesma em situação privilegiada para contribuir na diminuição dos incidentes que possam atingir os pacientes, detectando complicações precocemente e agindo com o objetivo de minimizar o dano causado (SILVA et al.; 2016). Conforme o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 2017), é dever de a enfermagem prestar uma assistência livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência, garantindo uma assistência segura.

Assim, “a enfermagem deve oferecer cuidado seguro, livre de qualquer dano durante seus cuidados, identificando no sistema de saúde as possíveis falhas, tornando-se uma busca contínua de soluções que visem a um cuidado efetivo e com segurança” (DIAS et al.; 2014, p. 867). Porém, treinamentos e capacitações realizados de maneira isolada nos ambientes de trabalho em saúde não são suficientes para garantir ao paciente um cuidado livre de riscos (SILVA et al.; 2016, p. 295). Embora ainda seja considerado, por muitos profissionais, que o erro na assistência em saúde está vinculado à competência profissional, pesquisas revelam que a cultura de uma organização possui implicações diretas nas formas como ocorre a SP (JERICÓ; PERES; KURCGANT, 2008; MELLO; BARBOSA, 2013; SILVA et al., 2016).

Segundo Pires e Macedo (2006, p. 87), “toda organização está inserida em um espaço cultural e social e é este espaço que determina como a organização será administrada. Toda organização recebe influência do contexto cultural onde se insere”. Percebe-se que os serviços de saúde, em especial o ambiente hospitalar, agregam muitas questões culturais que podem

interferir na segurança do paciente, como a hierarquização dos cargos, enaltecimento do profissional médico, o cuidado centralizado na doença, falhas individuais, punição dos profissionais, ocultação das falhas assistenciais e práticas inadequadas ou ultrapassadas (WEGNER et. al.; 2016).

A educação nos serviços de saúde tem contribuído para o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo dos profissionais, sendo fundamental para tornar o ambiente de cuidado mais seguro. Torna-se importante e desafiador promover uma cultura de segurança nos serviços de saúde, educando os profissionais e habilitando-os para o desenvolvimento de competências que são imprescindíveis para um cuidado seguro (BOPSIN; RIBAS; SILVA, 2019).

O termo cultura é complexo e multifacetado, sendo utilizado e encontrado na literatura das ciências humanas, tendo suas raízes na área da antropologia. A cultura é uma preocupação atual em razão da necessidade de compreender “os caminhos que conduziram os grupos humanos às suas relações presentes e suas perspectivas futuras” (SANTOS, 1983, p. 07). Há diferentes maneiras de entendermos o que é cultura. Para Santos (1983, p. 23), existem duas concepções básicas de cultura, uma que “remete a todos os aspectos de uma realidade social”, caracterizando a existência social de um povo ou de um grupo no interior de uma sociedade, com realidades sociais bem distintas; e outra, que “refere-se mais especificamente ao conhecimento, às ideias e crenças de um povo”.

As culturas são dinâmicas e é por meio delas que entendemos os processos de transformação que a sociedade passa. O mesmo acontece com uma instituição hospitalar, onde, conforme os profissionais que ali atuam, a inserção de novas práticas, protocolos e rotinas, a cultura de uma determinada instituição vai sofrendo transformações, sendo assim, dinâmica. A cultura “serve como fator aglutinador para levar os membros do grupo em direção ao consenso, implica dinâmica e padronização” (PIRES; MACÊDO, 2006, p. 83).

Para Santos (1983), é necessário conhecermos a realidade cultural daqueles que a vivem, a fim de compreendermos as suas práticas, costumes, concepções e, também, as suas transformações. Nos questionamos as formas como a cultura dos profissionais que realizam o cuidado e que aplicam no dia a dia de trabalho os protocolos e as metas de segurança do paciente influenciam a CSP de uma instituição de saúde.

Todo o cuidado prestado em um serviço de saúde é feito por diferentes profissionais, os quais possuem diferentes formações, histórias de vida, religiões, crenças, valores e comportamentos, e que juntos irão constituir as equipes multiprofissionais que assistem o

paciente de maneira direta e indireta. Assim, ao trabalharmos com o intuito de promover a CSP dentro de um serviço, se faz necessário atentar e considerar, além da cultura da instituição, a cultura das pessoas que irão, de fato, realizar a assistência para com o paciente.

Uma cultura é produzida ao longo do tempo e, se considerarmos a data de criação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) no Brasil, completamos, recentemente, apenas nove anos de existência. Durante este período muitos avanços aconteceram na área da SP, estando ela atualmente entre as prioridades das instituições de saúde do nosso país. Entre os avanços podemos considerar a elaboração de protocolos assistenciais; implantação de práticas de segurança do paciente, como as pulseiras de identificação do paciente, do risco de queda e alergia; a criação de um sistema de notificação de incidentes; a realização de eventos científicos em nível nacional e internacional com intuito de trocas entre diferentes instituições e o fortalecimento da temática; criação de Núcleos de Segurança do Paciente objetivando apoiar a direção dos serviços de saúde na condução das ações de melhoria da qualidade, da segurança do paciente e de gestão de riscos; e, em especial, a inclusão do tema em cronogramas de capacitações e educação permanente para as equipes multiprofissionais.

As intervenções educativas são importantes para o processo de mudança no desenvolvimento da cultura dentro dos serviços, como a de SP, permitindo a padronização das técnicas, a conscientização dos profissionais quanto aos incidentes que podem ocorrer na prática diária e o aperfeiçoamento da assistência realizada. Entretanto, a aprendizagem sobre a SP vai além do conhecimento e do treinamento. Estes também são importantes, pois contribuem com a atitude e o comprometimento do profissional com os direitos do paciente, com o código de ética da sua profissão, assim como para a formulação de políticas e diretrizes governamentais. Mas, no que diz respeito à promoção de esforços e ao comprometimento com o cuidado seguro, precisamos compreender e considerar os valores subjacentes, pessoais e institucionais, pois deles também depende a aprendizagem das práticas de segurança do paciente (BOPSIN; RIBAS; SILVA, 2019).

Estudos na área da saúde avaliam a CSP das instituições, por meio de instrumentos específicos, sendo esta uma proposta globalmente estimulada. Contudo, as publicações na sua maioria, são de pesquisas com métodos quantitativos e a apresentação de um mesmo conceito de cultura de segurança, sendo definido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, na RDC nº 36/2013, como um:

[...] conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a

punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde (BRASIL, 2013a).

Avaliar a cultura de segurança é importante, pois a partir dos resultados sobre a “cultura partilhada na organização, têm-se acesso aos comportamentos relacionados à segurança, bem como às áreas e dimensões mais frágeis, contribuindo para o planejamento e a implementação de intervenções assertivas para segurança do paciente” (PRATES et al., 2021, p. 02). Porém, o que se percebe nos estudos é que a cultura dos profissionais que assumem a responsabilidade do cuidado seguro ao paciente não é discutida de maneira mais aprofundada.

É possível afirmar que mudanças na cultura de segurança dentro das organizações já são notadas, mas ainda de maneira discreta, sugerindo vigilância e o mais alto nível de dedicação. A mudança de uma cultura é um processo contínuo, exigindo envolvimento dos governos, gestores, líderes e todos os profissionais inseridos no processo de cuidar, reconhecendo e valorizando as diferentes práticas para a segurança do paciente, a cultura institucional e dos seus profissionais, valores e aprendizados, assumindo um compromisso com o cuidado qualificado e livre de danos.

Nos questionamos por que a mudança da cultura de segurança das instituições de saúde tem-se mostrado tão desafiadora (PRATES et al., 2021; REIS et al., 2019; WONG et al., 2021). Não seria devido ao fato de que as práticas educativas, fundamentais para a mudança de uma cultura, vêm acontecendo de maneira isolada, pontual, com conceitos, protocolos e rotinas “despejadas” e impostas aos profissionais sem considerar a realidade de seu trabalho e sem um processo educativo que promova mudanças?

Na concepção de Brandão (2007, p. 94), a educação vale como um bem de mercado, havendo uma dupla dimensão de valor capitalista: “valer como alguma coisa cuja posse se detém para uso próprio ou de grupos reduzidos, que se vende e compra” e “valer como um instrumento de controle das pessoas, das classes sociais subalternas, pelo poder de difusão das ideias de quem controla o seu exercício”.

A educação é um meio para que os profissionais exerçam o seu trabalho com maior capacidade, refletindo diretamente na qualidade da assistência ao paciente. Na concepção de Cury (2000), a educação contribui para uma construção crítica, reflexiva e transformadora da realidade do trabalhador. Segundo o mesmo autor, a educação ocorre num terreno de conflitos entre a classe dominante e a classe trabalhadora, em que o conhecimento aumenta a competência técnica do trabalhador, havendo uma sincronia entre as práticas educativas e a produção desenvolvida pelo mesmo.

A educação, como um saber sempre referido a um fazer, se alimenta dessa tensão entre a melhoria da força de trabalho e o modo de realizar essa melhoria, inerente ao capitalismo. Ela deverá fazer crescer e aumentar a competência técnica e instrucional do trabalhador, procurando tomar o saber parte do capital como força produtiva. Nisso ela se opõe a divisão, nascida nos contornos do modo de produção capitalista, entre o saber e o trabalho (CURY, 2000, p. 75).

Conforme Ricaldoni e Sena (2006), a educação produz alterações e mutações em uma sociedade, repercutindo nos modos de produzir nas áreas do saber e na produção dos bens e serviços. No contexto do mundo globalizado, em que os avanços tecnológicos estão inseridos cada vez mais no cotidiano da assistência em saúde, é exigido das equipes multidisciplinares o desenvolvimento de novas competências, as quais influenciam diretamente os indicadores de qualidade.

Todos os seres humanos estão inseridos em processos educativos. No contexto dos serviços de saúde, além de contribuir com as necessidades da instituição e dos trabalhadores, a prática educativa visa atender às exigências dos usuários. Neste ambiente encontramos o profissional enfermeiro exercendo múltiplos papéis, desenvolvendo atividades administrativas, assistenciais, de pesquisa, extensão e educação. Atua como líder e educador da equipe de enfermagem, assim como de equipes multidisciplinares, não podendo estar em uma posição superior que o separe da equipe, e sim de maneira que integre e dissemine o conhecimento, fazendo com que cada membro da equipe realize o seu melhor na assistência em saúde (SILVA et al. 2015).

A produção de informações desta tese aconteceu durante a pandemia da COVID-19 e, assim como outras instituições de saúde, o hospital deste estudo sofreu influências do cenário pandêmico. Neste contexto, as condições de trabalho da enfermagem chamaram a atenção do mundo todo, expondo um cenário preocupante para a segurança dos trabalhadores e pacientes.

Diante do exposto, o desenvolvimento desta pesquisa possui justificativa de cunho social, visto que a SP é uma questão de saúde pública e necessita de ações, pesquisas e políticas para prevenir a falha na assistência, atuando e disseminando melhores práticas em saúde. Todos os profissionais de saúde precisam ser educados com relação a este tema, objetivando a promoção e o desenvolvimento de uma cultura de segurança.

Também possui justificativa de cunho acadêmico, em razão da temática desta tese constar na Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde (APPMS) do ano de 2018, inserido no eixo temático 9 - Programas e Políticas em Saúde (BRASIL, 2018a) e nos quatro eixos definidos pelo PNSP para o fortalecimento das ações de segurança, onde é

afirmado que a educação e a pesquisa sobre o tema necessitam ser trabalhadas e realizadas nas instituições de ensino, em todos os níveis educacionais.

Como profissional da área da saúde e pesquisadora, me sinto desafiada a conhecer as práticas educativas desenvolvidas em uma instituição hospitalar para a promoção da CSP e compreender como estas se articulam ao trabalho de cuidado, segundo profissionais de enfermagem. Considero necessário o estudo sobre o tema, visto que a pesquisa é um componente central e indispensável de melhoria da saúde, possibilitando a produção de novos conhecimentos e a sua utilização em benefício dos envolvidos no processo de cuidar e de toda a população.

E quais são essas práticas educativas? O que vem sendo realizado e desenvolvido para que isso se efetive? Como os profissionais de enfermagem experienciam e compreendem as ações educativas desenvolvidas pela instituição hospitalar para a promoção da CSP?

Assim, o **problema** desta pesquisa é: Como se caracterizam as práticas educativas desenvolvidas em uma instituição hospitalar para a promoção da Cultura de Segurança do Paciente e como elas têm se articulado ao trabalho de cuidado, segundo profissionais de enfermagem dessa mesma instituição?

O **objetivo geral** deste estudo é descrever e analisar as práticas educativas para a promoção da Cultura de Segurança do Paciente desenvolvidas em uma instituição hospitalar de ensino e compreender como estas se articulam ao trabalho de cuidado, segundo profissionais de enfermagem desta mesma instituição.

Os **objetivos específicos** são: apreender como os profissionais de enfermagem experienciam e compreendem as ações educativas desenvolvidas pela instituição hospitalar para a promoção da Cultura de Segurança do Paciente; compreender e analisar as relações entre educação, Cultura de Segurança do Paciente e o trabalho de profissionais de enfermagem da instituição hospitalar; e produzir conhecimentos que sirvam de subsídios para ações educativas que fortaleçam a Cultura de Segurança do Paciente e suas relações com o cuidado em saúde nas instituições hospitalares.

A tese defendida neste estudo é que as práticas educativas para a promoção da Cultura de Segurança do Paciente (CSP) desenvolvidas na instituição hospitalar do estudo envolvem educação formal, expressa especialmente na capacitação assistencial estabelecida no Cronograma de Capacitações Institucional, além de educação não formal por meio de orientações *in locu*, uso de *WhatsApp*, revisão de técnicas e a leitura de protocolo operacional padrão (POP) e, também, a educação informal, por meio de conversas, trocas de saberes e

experiências durante o trabalho e as passagens de plantão. Os profissionais de enfermagem reconhecem a segurança do paciente como uma preocupação global de saúde pública e a importância da realização de práticas educativas dentro da instituição hospitalar para a promoção de uma CSP, com reflexo direto no trabalho de cuidado. Porém, em razão das condições de trabalho, que se tornaram mais difíceis na pandemia da COVID-19, o cuidado ao paciente torna-se, em muitos momentos, mecanizado, trazendo prejuízos também para as práticas educativas que objetivam desenvolver a CSP.

Este trabalho está organizado em cinco capítulos, além deste texto introdutório, visando atender aos objetivos propostos. O segundo capítulo trata da produção acadêmica sobre as práticas educativas realizadas em instituições de saúde para a promoção da CSP. O objetivo deste capítulo é apresentar o mapeamento das publicações sobre as práticas educativas desenvolvidas em instituições de saúde, com intuito de conhecer o que vem sendo discutido sobre o tema, em que condições esses estudos estão sendo realizados e publicados, seus níveis de evidência e a comprovação da sua viabilidade.

O terceiro capítulo trata da fundamentação teórica, estando dividido em seis subcapítulos. Na revisão bibliográfica, é apresentada uma perspectiva histórica da SP, assim como as políticas que têm sido desenvolvidas no setor. O capítulo aborda também as especificidades do Programa Nacional de Segurança do paciente (PNSP), destacando-se a dimensão educativa da Política Nacional de Segurança do Paciente. Os outros quatro subcapítulos tratam, pela ordem, da educação no trabalho em saúde, da busca pela excelência das instituições hospitalares, dos diferentes conceitos de cultura, do trabalho em saúde e, por fim, das(os) trabalhadoras(es) de enfermagem.

A seguir, o quarto capítulo descreve todo o caminho metodológico percorrido para a concretização deste estudo: caracterização da pesquisa, instituição objeto de estudo, participantes, critérios de inclusão e exclusão, o ciclo da pesquisa, produção de informações, processamento e análise de conteúdo e as considerações éticas. As técnicas utilizadas para a produção de informações desta pesquisa foram o grupo focal (GF), desenvolvido em novembro e dezembro de 2020, e a entrevista semiestruturada individual, realizada via *Google Meet* no período de janeiro a maio de 2021.

A análise e discussão dos dados é o quinto capítulo, sendo formado por oito subcapítulos. O primeiro aborda reflexões sobre o protagonismo da enfermagem durante a pandemia da COVID-19 e a sua relação com este estudo, em razão da pesquisa ter acontecido neste período e sofrido influências. Após, são apresentados os profissionais de enfermagem

que contribuíram com a produção de informações desta tese e as suas características sociodemográficas. A seguir, são apresentadas as práticas para a segurança dos pacientes que vêm sendo realizadas pela instituição, ou seja, todas as ações e protocolos que são realizados, como: uso de pulseiras para identificação do paciente, risco de queda, alergia e risco de desenvolver lesão por pressão (LP); identificação da medicação por meio de etiquetas; higienização das mãos; uso de prontuário eletrônico do paciente (PEP); *Checklist* da cirurgia segura, entre outros. O próximo subcapítulo destaca as práticas educativas desenvolvidas pelo hospital e que visam à promoção da CSP, abrangendo a educação formal, não formal e informal. Também é considerada a cultura de notificação de incidentes, que não possui o objetivo de culpabilizar um profissional da saúde, mas contribuir com o reconhecimento de fragilidades de uma instituição de saúde e o desenvolvimento de práticas educativas para o fortalecimento da assistência segura. O que os profissionais entendem por CSP é apresentado a seguir. O objetivo deste subcapítulo não é analisar a CSP ou o clima de segurança do hospital, mas compreender as relações entre educação, cultura de segurança e o trabalho dos profissionais de enfermagem. O subcapítulo seguinte trata sobre a cultura profissional no contexto da segurança do paciente, em que algumas manifestações e dimensões culturais que foram apresentadas pelos participantes do estudo e que constituem a categoria Cultura Profissional são consideradas. O subcapítulo sobre as condições de trabalho para um cuidado seguro encerra o capítulo de análise e discussão dos dados, chamando a atenção para a importância da segurança dos trabalhadores em saúde para proporcionarem um cuidado seguro aos pacientes.

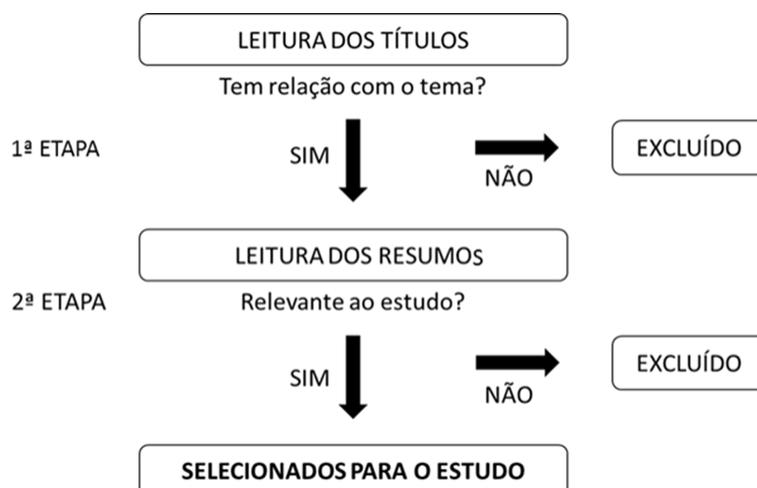
Por fim, são apresentadas as considerações finais, onde os objetivos da tese são retomados, comentados os resultados atingidos por meio da pesquisa concretizada e apontadas as limitações e as perspectivas de novos estudos sobre o tema abordado. Espera-se que os resultados desta tese contribuam com as práticas de SP e as ações educativas, tanto as realizadas na instituição do estudo como demais instituições de saúde, promovendo e fortalecendo a CSP e as suas relações com o trabalho de profissionais de enfermagem.

2 A PRODUÇÃO ACADÊMICA SOBRE AS PRÁTICAS EDUCATIVAS PARA A PROMOÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

O objetivo deste capítulo é sistematizar a produção acadêmica sobre as práticas educativas realizadas em instituições hospitalares e as práticas educativas sugeridas pelas equipes de saúde para a promoção da Cultura de Segurança do Paciente (CSP), a fim de verificar o conjunto de informações e resultados já obtidos. Esse momento de sistematização da produção sobre o tema auxilia, de maneira significativa, na construção da tese por meio da revisão de materiais já publicados na área, contribuindo no delineamento dos objetivos da pesquisa a ser realizada e na delimitação do problema.

No primeiro momento, no ano de 2018, as fontes básicas de referência para localização dos trabalhos foram o Portal de Periódicos da CAPES/MEC e o Banco de Dissertações e Teses da CAPES, com o descritor “segurança do paciente”. A seleção dos trabalhos foi efetuada por meio de duas etapas (Figura 1): 1º) leitura dos títulos, sendo excluídos os que não possuíam relação com o tema; 2º) leitura dos resumos, com intuito de uma maior aproximação e conhecimento do trabalho. Todos os trabalhos que tratavam sobre os seis protocolos da segurança do paciente (identificação do paciente; prevenção de úlcera por pressão; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; cirurgia segura; prática de higiene das mãos em serviços de saúde; e prevenção de quedas) não foram incluídos nesta revisão, visto que já foram objeto de análise em pesquisa anterior pela doutoranda (SCHUH, 2016) e não possuem relação com o tema atual.

Figura 1. Fluxograma das etapas de seleção dos artigos. Cachoeira do Sul, RS, 2019.



Fonte: Elaborado pela autora (2022).

No Portal de Periódicos da CAPES/MEC, foram encontrados, no primeiro momento, 417 estudos. O período de abrangência foi de 2008 a 2018 e teve como objetivo conhecer os estudos desenvolvidos nos últimos dez anos, totalizando 381 trabalhos. Após a leitura dos títulos, 52 estudos foram selecionados e, após a leitura dos resumos, 09 estudos tinham relação com a Educação. Destes, foram selecionados 02 estudos que respondessem a seguinte questão norteadora: Quais são as práticas educativas desenvolvidas em instituições de saúde para a promoção da cultura de segurança do paciente?

No Catálogo de Teses e Dissertações também foi utilizado o descritor “segurança do paciente”, o que resultou em 897 pesquisas. A estes resultados, foram aplicados os filtros mestrado e doutorado, ciências da saúde e enfermagem e marco temporal de 2013 até 2018 em razão do ano de criação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), obtendo um resultado de 392. Após a leitura dos títulos, 34 teses e dissertações foram selecionadas e, por conseguinte, a segunda etapa, 10 trabalhos eram sobre a temática Educação. Por fim, após leitura na íntegra dos estudos, considerando os que respondessem a questão norteadora, 04 trabalhos foram selecionados (Quadro1).

Quadro 1. Etapas metodológicas empregadas para a seleção dos estudos no Portal de Periódicos da CAPES e no Catálogo de Teses e Dissertações. Cachoeira do Sul, RS, Brasil, 2019.

Recursos informacionais	Busca geral	Refinamento	Seleção por título	Seleção por resumo	Selecionados para o estudo
Portal de Periódicos da CAPES	417	381	52	09	02
Catálogo de Teses e Dissertações	897	392	34	10	04

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Realizada a organização dos estudos selecionados, foi desenvolvida uma categorização com o objetivo de identificar as pesquisas relacionadas com a temática, assim como servir de guia de orientação para a escrita da tese (Quadro 2). No total, 21 categorias foram produzidas e, dentre elas, as duas mais utilizadas foram Enfermagem (34 estudos) e Educação (21 estudos).

Quadro 2. Categorização dos estudos encontrados no Portal de Periódicos da CAPES/MEC e no Banco de Dissertações e Teses da CAPES. Cachoeira do Sul, RS, 2019.

<p>1.IMPLANTAÇÃO DA REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM 2.CLIMA DE SEGURANÇA DO PACIENTE 3.PRÁTICAS DE MELHORIA 4.ENFERMAGEM 5.BIOSSEGURANÇA E SEGURANÇA 6.CONCEITO 7.IMPLANTAÇÃO NÚCLEO 8.DIREITOS HUMANOS 9.EDUCAÇÃO 10.PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE 11.QUALIDADE DO CUIDADO 12.CUIDADOS DE FAMILIARES 13.INCIDENTES 14.GESTÃO DE RISCOS 15.ESTRUTURA CONCEITUAL DE CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE 16.CARGA DE TRABALHO 17.SAÚDE DO TRABALHADOR 18.EVENTOS ADVERSOS 19.CULTURA ORGANIZACIONAL 20.CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE 21.INICIATIVAS INTERNACIONAIS</p>
--

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Os dados finais coletados foram organizados em um quadro sinóptico contendo os seguintes dados: título, autor, periódico, objetivo, método e resultados.

Quadro 3. Quadro sinóptico referente ao Portal de periódicos da CAPES/MEC. Cachoeira do Sul, RS, 2019.

Título e Autor	Periódico Ano	Objetivo	Método	Resultados
<p>C1.Mudanças na prática de enfermagem para melhorar a segurança do paciente. Andréia Guerra Simana Maria José Menezes Britob</p>	<p>Revista Gaúcha de enfermagem. 2017 P 1 N 6</p>	<p>Identificar mudanças na prática de enfermagem com vistas à melhoria da qualidade do cuidado e da segurança do paciente.</p>	<p>Estudo de caso realizado em uma unidade de internação com profissionais do Núcleo de Segurança do Paciente e equipe de Enfermagem, 31 participantes. Entre maio e dezembro de 2015, foram realizadas entrevistas, observação com registro em diário de campo e análise documental, tendo sido submetidas à análise de conteúdo.</p>	<p>Prática de educação permanente e atitudes que incluem a comunicação eficaz, reuniões formais, desenvolvimento de simulação realística e grupos de estudos, inserindo temas voltados para a segurança do paciente.</p>

<p>C2. Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional.</p> <p>Wiliam Wegner, Silvana Cruz da Silva, Karen Jeanne Cantarelli Kantorski, Caroline Maier Predebon, Márcia Otero Sanches, Eva Neri Rubim Pedro.</p>	<p>Escola Anna Nery. 2016 P 3 N 2</p>	<p>Conhecer as estratégias adotadas para a construção da cultura da segurança do paciente na perspectiva dos profissionais da saúde.</p>	<p>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.</p>	<p>Treinamento em serviço e a educação continuada foram as estratégias mais mencionadas para implantação de uma cultura de segurança.</p>
---	---	--	--	---

C = Portal de periódicos da CAPES/MEC.

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Quadro 4. Quadro sinóptico referente ao Banco de Dissertações e Teses da CAPES. Cachoeira do Sul, RS, 2019.

Título Autor	Dissertação/ Tese Ano	Objetivo	Método	Resultados
<p>B1. Estudo exploratório das iniciativas acerca da segurança do paciente em hospitais do Rio de Janeiro.</p> <p>Ruth Francisca Freitas de Souza.</p>	<p>Dissertação 2016</p>	<p>Analisar as iniciativas implementadas pelos gerentes de risco para garantir a segurança do paciente, considerando as iniciativas nacionais e mundiais existentes.</p>	<p>Estudo exploratório, realizado de março a agosto de 2013, em cinco hospitais do município do Rio de Janeiro, todos da rede sentinela ou acreditados.</p>	<p>Cursos pela educação continuada como uma estratégia para difusão dos programas (93%); elaboração de protocolos, de folder e manuais (79%).</p>
<p>B2. Intervenções educativas de enfermagem: reflexos na cultura de segurança do paciente</p> <p>Monique Mendes Marinho.</p>	<p>Tese 2016</p>	<p>Identificar e analisar a cultura de segurança dos profissionais de enfermagem de unidades de internação adulto de um hospital universitário antes e depois de intervenções educativas a respeito da segurança do paciente.</p>	<p>Estudo de natureza quantitativa, do tipo quase-experimental com grupo equivalente do tipo antes e depois, realizado em cinco unidades de internação adulto.</p>	<p>Aulas expositivas dialogadas; capacitação no local de trabalho.</p>
<p>B3. Educação permanente em saúde e a interface com a gestão do cuidado.</p> <p>Maria Antonia Ramos Costa.</p>	<p>Tese 2015</p>	<p>Analisar a prática educativa em saúde e sua relação com a gestão do cuidado na perspectiva de enfermeiros envolvidos na atenção hospitalar.</p>	<p>Pesquisa exploratória descritiva, de abordagem qualitativa, realizada com 15 enfermeiros que desempenhavam cargos de liderança / supervisão, em um</p>	<p>Educação Permanente em Saúde (EPS) - promoção de ações educativas in loco, relacionadas ao processo de</p>

			hospital público da região Sul do Brasil.	cuidado; problematização do processo de trabalho e a construção de espaços mais democráticos favorecendo a discussão pela equipe sobre as fragilidades do processo de cuidar e reflexão.
B4. Segurança do paciente na perspectiva de enfermeiros gestores. Gislene Aparecida Xavier dos Reis.	Dissertação 2016	Descrever, na percepção de enfermeiros gestores, o processo de implantação das estratégias de segurança do paciente.	Pesquisa descritivo-exploratória, de abordagem qualitativa, realizada com 72 enfermeiros gestores de quatro hospitais universitários públicos paranaenses. Os dados foram coletados por meio de entrevista gravada.	Capacitação aos colaboradores, por meio de palestras e entrega de folders para divulgar o conhecimento em torno da temática segurança do paciente.

B = Banco de Dissertações e Teses da CAPES.

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

No segundo momento, ano de 2019, a busca pelos trabalhos ocorreu na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados em Enfermagem (BDENF) e *U.S. National Library of Medicine* (PubMed). A questão guia para busca dos artigos seguiu a estratégia PICO, que, de acordo com Lacerda e Costenaro (2016, p. 56), “é a primeira e mais importante decisão e se localiza na etapa de planejamento, é a determinação do foco do estudo”. Os elementos da estratégia são população (P), intervenção (I), comparação (C) e desfecho (O), podendo ter um quinto elemento, o tempo (T). “A estratégia PICO ou PICOT aumenta a probabilidade de que a melhor evidência para transformar a prática clínica seja encontrada rapidamente e de forma efetiva” (p. 56).

Nesta pesquisa, a estratégia PICO contemplou: P - gestores, profissionais de saúde que atuam em instituições hospitalares; I - práticas educativas; C - instituições hospitalares; O - promoção da cultura de segurança do paciente. Assim, a questão guia ficou: Quais são as práticas educativas sugeridas pelas equipes de enfermagem para a promoção da cultura de segurança do paciente e quais práticas são realizadas pelas instituições de saúde? A partir disso, seis etapas foram seguidas: 1º) formulação da pergunta de revisão, 2º) amostragem ou busca na literatura, 3º) extração de dados dos estudos primários, 4º) avaliação crítica, 5º) análise e 6º) síntese dos resultados da revisão.

Os critérios de inclusão para seleção dos artigos foram os seguintes: artigos oriundos de pesquisas primárias, que tratassem das práticas educativas sugeridas pelos profissionais de saúde e/ou realizadas pelas instituições hospitalares para a promoção da segurança do paciente e disponíveis nos idiomas português, inglês ou espanhol, selecionados a partir do ano de 2013, partindo do marco inicial do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Para a busca foi utilizado como estratégia os operadores booleanos (*AND* e *OR*) para determinar as possíveis combinações entre os descritores.

Quadro 5. Estratégia de busca utilizada na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados em Enfermagem (BDENF). Cachoeira do Sul, RS, 2019.

```
(tw:((tw:((mh:((educação))) OR (mh:((ensino))) OR (mh:((currículo))) OR (mh:((educação superior)))))) OR
(tw:((tw:((aprendizado organizacional))) OR (tw:((práticas de ensino))) OR (tw:((educação contínua))) OR
(tw:((capacitações))) OR (tw:((educação contínua))) OR (tw:((educação permanente))) OR (tw:((educação
continuada)))))) AND (tw:((tw:((mh:((atenção secundária à saúde))) OR (mh:((atenção terciária à saúde)))
OR (mh:((serviços hospitalares))) OR (mh:((assistência à saúde))) OR (mh:((hospitais))) OR (mh:((cuidados
de enfermagem))) OR (mh:((hospital de ensino))) OR (mh:((hospitalização)))))) OR (tw:((tw:((ambiente
hospitalar))) OR (tw:((alta complexidade))) OR (tw:((gestão hospitalar))) OR (tw:((intra hospitalar))) OR
(tw:((instituição de saúde))) OR (tw:((organizações))))))
```

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Quadro 6. Estratégia de busca utilizada na U.S. National Library of Medicine (PubMed). Cachoeira do Sul, RS, 2019.

```
("educational status"[MeSH Terms] OR "education"[MeSH Terms]) AND "hospitals"[MeSH Terms] AND
"patient safety"[MeSH Terms] AND ("2013/01/01"[PDAT]: "2019/12/31"[PDAT])
```

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

A partir da busca realizada, foram encontrados 212 estudos nas três bases de dados (18 na LILACS, 07 na BDENF e 187 na *PubMed*). 133 não eram artigos originais, tendo sido selecionados 09 artigos para o *corpus* de análise. Para melhor compreensão da seleção dos artigos, foi construído um quadro das fontes de dados utilizadas no estudo.

Quadro 7. Recursos informacionais consultados, estratégias de busca, referências recuperadas e selecionadas. Cachoeira do Sul, RS, Brasil, 2019.

Recursos Informacionais	Tudo	Artigos originais e disponíveis	Artigos selecionados por Título e Resumo	Selecionados para o estudo
BVS (LILACS)	18	15	07	06
BVS (BDENF)	07	07	00	00
PUBMED	187	57	11	03

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Mediante a leitura dos artigos incluídos, a fim de organizar a coleta e análise das publicações que atenderam aos critérios de inclusão, utilizou-se um instrumento (Quadro 8) para reunir e sintetizar as informações-chave dos artigos, contendo: título, autor, periódico, ano, nível de evidência, objetivo e práticas educativas sugeridas pelas equipes e práticas educativas já realizadas pelas instituições.

Para uma avaliação crítica dos estudos, pesquisadores podem utilizar um sistema de classificação da força de evidências, que são classificados de maneira hierárquica, representada por pirâmides. Existem diferentes classificações, porém, neste estudo, foi utilizada a proposta de Melnyk e Fineout-Overholt, em que “a hierarquia da força de evidência foi construída levando em consideração o tipo de questão clínica do estudo primário” (LACERDA; COSTENARO, 2016, p. 69). O intuito de conhecer e aplicar a classificação de evidências nos estudos ajuda o enfermeiro na avaliação crítica dos resultados e contribuiu para a tomada de decisão para aplicação das evidências na prática assistencial. Portanto, os estudos que se encaixarem no topo da pirâmide são considerados com um nível de evidência maior.

Quadro 8. Quadro sinóptico referente ao LILACS e PubMed. Cachoeira do Sul, RS, 2019.

Título Autor	Periódico Ano Nível de evidência	Objetivo	Práticas educativas sugeridas pelas equipes e práticas educativas realizadas pelas instituições
A1. Formulation, implementation and evaluation of a distance course for accreditation in patient safety. Wanderlei, Poliana Nunes; Montagna, Erik.	Einstein (São Paulo). 2018. P: 1 N: 6	Elaborar e implantar um curso em ambiente virtual de aprendizagem sobre segurança do paciente em um hospital, além de propor maneiras de estimar o impacto do curso em desfechos relacionados a esta segurança.	Realizada: - Ambiente virtual de aprendizagem (AVA).
A2. Cultura de segurança do paciente: percepções da equipe de enfermagem. Silva-Batalha, Edenise Maria; Melleiro, Marta Maria.	HU Revista. 2016. P: 3 N: 4	Identificar a percepção de profissionais de enfermagem de um hospital de ensino acerca das dimensões de cultura de segurança do paciente e identificar os fatores intervenientes na segurança do paciente.	Sugerida: - Educação continuada.
A3. Contribuições da equipe de saúde visando à promoção da	Escola Anna Nery Revista de Enfermagem.	Apresentar as recomendações dos profissionais de saúde de uma Unidade de Terapia	Sugeridas: - Realizar capacitações periódicas sobre segurança do paciente. - Elaborar e implementar protocolos

<p>segurança do paciente no cuidado intensivo.</p> <p>Minuzzi, Ana Paula; Salum, Nádia Chiodelli; Locks, Melissa Orlandi Honório; Amante, Lúcia Nazareth; Matos, Eliane.</p>	<p>2016.</p> <p>P: 3 N: 4</p>	<p>Intensiva para a melhoria da cultura de segurança do paciente.</p>	<p>operacionais padrão e <i>checklist</i> para a padronização de rotinas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aprimorar o treinamento aos funcionários novos, com responsabilização dos enfermeiros no repasse das rotinas do setor. - Elaborar manual sobre segurança do paciente. - Corrigir práticas inadequadas no serviço, evitando sua adoção por profissionais recém-admitidos.
<p>A4.Educational strategies to improve adherence to patient identification.</p> <p>Hemesath, Melissa Prade; Santos, Helena Barreto dos; Torelly, Ethel Maris Schroder; Barbosa, Amanda da Silveira; Magalhães, Ana Maria Müller de.</p>	<p>Revista Gaúcha de enfermagem.</p> <p>2015.</p> <p>P: 1 N: 6</p>	<p>Analisar o impacto de ações educativas nos resultados do indicador de adesão à verificação da pulseira de identificação de pacientes, antes da realização de cuidados de maior risco.</p>	<p>Sugeridas:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Rotinas e protocolos. -Desenvolver estratégias de apoio educacional e ações gerenciais de acompanhamento para sustentar práticas seguras e baseadas em evidências. - Adoção de estratégias de sensibilização e educação da equipe. <p>Realizadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Curso em EaD, voltado especificamente para a identificação do paciente. -Campanhas educativas. -Uso de fatos reais ajuda a dar significado e favorece a aprendizagem para melhorar os ambientes de cuidado. -Revisão dos processos e implantação de um novo protocolo, ancorado em estratégias educativas e ações gerenciais.
<p>A5.Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem.</p> <p>Mello, Janeide Freitas de; Barbosa, Sayonara de Fátima Faria.</p>	<p>Revista Texto & contexto enfermagem.</p> <p>2013.</p> <p>P: 3 N: 7</p>	<p>Sistematizar as recomendações dos profissionais de enfermagem acerca da segurança do paciente em duas Unidades de Terapia Intensiva adulto na Grande Florianópolis - SC, Brasil, em 2011.</p>	<p>Sugeridas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aprendizado organizacional e melhoria contínua: Realizar pesquisas, cursos, palestras e treinamentos ou capacitações, no ambiente de trabalho, extensivo a todos os profissionais, sem discriminação, sobre assuntos gerais ou temas específicos como: segurança do paciente, rotinas e padronizações, técnicas, assuntos específicos da unidade, uso de antibióticos, manuseio de materiais e equipamentos e novas tecnologias. - Promover treinamento de funcionários que chegam sem experiência. - Formar comissões de segurança do paciente. - Realizar avaliações para crescimento e aprendizado da equipe.

<p>A6. Good practices for patient safety in the operating room: nurses' recommendations.</p> <p>Gutierrez, Larissa de Siqueira; Santos, José Luís Guedes dos; Peiter, Caroline Cechinel; Menegon, Fernando Henrique Antunes; Sebold, Luciana Fabiane; Erdmann, Alacoque Lorenzini.</p>	<p>Revista Brasileira de Enfermagem.</p> <p>2018</p> <p>P: 3 N: 6</p>	<p>Descrever as recomendações de enfermeiros para boas práticas de segurança do paciente em centro cirúrgico.</p>	<p>Sugeridas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desenvolvimento de ações de educação continuada: A educação continuada deve ser sistemática, envolver os profissionais de todas as áreas assistenciais e ter como foco atualizações sobre procedimentos assistenciais e novos equipamentos e/ou tecnologias disponíveis para a segurança do paciente. O sucesso das ações de educação continuada está diretamente relacionado à participação, e ao apoio dos gestores e lideranças da instituição. Utilização dos espaços de trabalho, enquanto campos de aprendizado e desenvolvimento de competências, permite ao profissional conviver com a diversidade e a velocidade com que o conhecimento vem sendo produzido no mundo moderno.
<p>A7. Tailoring an educational program on the AHRQ Patient Safety Indicators to meet stakeholder needs: lessons learned in the VA.</p> <p>Shin MH, Rivard PE, Schwartz M, Borzecki A, Yaksic E, Stolzmann K, Zubkoff L, Rosen AK.</p>	<p>BMC Health Serv Res.</p> <p>2018</p> <p>P: 1 N: 6</p>	<p>O objetivo deste estudo foi desenvolver um programa educacional e adaptá-lo para necessidades das partes interessadas.</p>	<p>Sugeridas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conferência na Web. - Videoconferência. - Relatórios ou artigos de periódicos. - Estudos de caso escritos. - Materiais de vídeo / áudio. - Conferência presencial. - Sessões de perguntas e respostas.
<p>A8. Patient safety in transitional care of the elderly: effects of a quasi-experimental interorganisational educational intervention.</p> <p>Storm M, Schulz J2, Aase K1,3.</p>	<p>BMJ Open.</p> <p>2018</p> <p>P: 1 N: 2</p>	<p>O objetivo do estudo foi avaliar os efeitos de uma intervenção educacional interorganizacional chamada o "Ponto de Encontro" sobre a cultura de segurança do paciente entre os funcionários enfermarias de hospitais e casas de repouso.</p>	<p>Realizadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervenção educacional chamada 'Meeting Point' - reuniões interorganizacionais da equipe combinando sessões educacionais com uma plataforma de discussão.
<p>A9. 'It promoted a positive culture around falls prevention': staff response to a patient education programme-a qualitative evaluation.</p>	<p>BMJ Open.</p> <p>2016</p> <p>P: 3 N: 2</p>	<p>O objetivo deste estudo foi entender como a equipe respondeu à educação individualizada sobre prevenção de quedas de pacientes fornecida como parte de um estudo randomizado em cluster, incluindo como eles</p>	<p>Realizadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grupos focais com discussões de 70 minutos, liderada por um moderador experiente e um assistente moderador. As perguntas exploraram três tópicos principais: interação paciente-equipe sobre prevenção de quedas, percepções da equipe sobre como a educação os impactou enquanto era entregue aos

Hill AM, Waldron N, Francis-Coad J, Haines T, Etherton-Beer C, Flicker L, Ingram K, McPhail SM.		perceberam que a educação contribuiu para a prevenção de quedas em suas enfermarias.	pacientes nas enfermarias e como a equipe sentiu que a ala impactada pela educação cai nos esforços de prevenção. Durante o período de intervenção, um educador, um profissional de saúde treinado e um não membro da equipe, trabalharam com questões sobre quedas individualizadas, educação preventiva a pacientes com bons níveis de cognição.
---	--	--	--

P= pirâmide; N=nível de evidência (Melnik; Fineout-Overholt, 2011 apud Lacerda, Costenaro 2016).

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

O que anuncia a produção acadêmica?

O objetivo deste capítulo foi verificar o conjunto de informações e resultados já obtidos sobre as práticas educativas realizadas em instituições hospitalares para a promoção da CSP. Além das práticas educativas já realizadas pelas instituições hospitalares, também foram incluídas pesquisas que tratassem das sugestões feitas pelas equipes de enfermagem sobre as práticas educativas a serem realizadas dentro dos seus ambientes de trabalho.

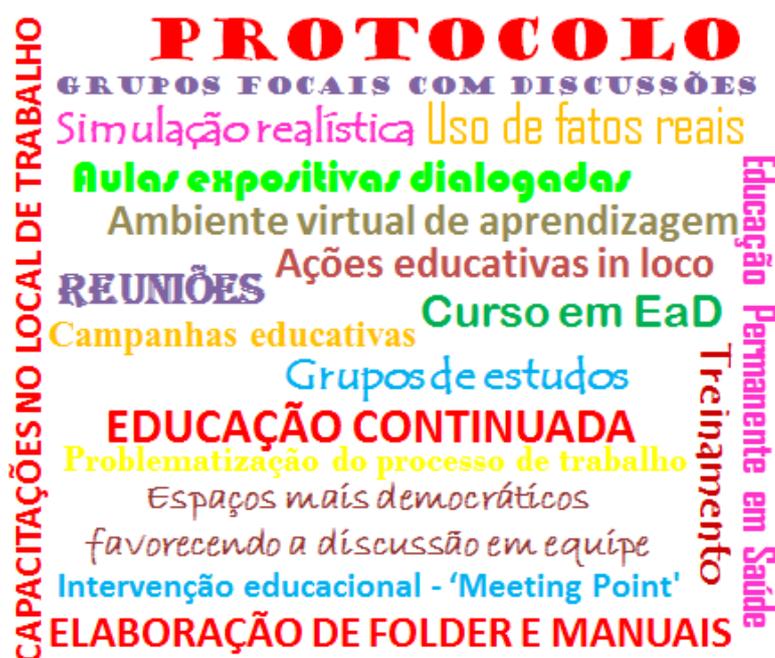
No total, foram incluídas 15 pesquisas neste estudo (Quadros 3, 4 e 8), publicadas nos anos 2013 (A5), 2015 (B3, A4), 2016 (C2, B1, B2, B4, A2, A3, A9), 2017 (C1) e 2018 (A1, A6, A7, A8). A classificação do nível de evidência dos artigos selecionados mostrou que sete (77,77%) artigos se classificaram com nível de evidência fraco (A1, A2, A3, A4, A5, A6 e A7) e somente dois artigos (22,23%) foram classificados com nível de evidência forte (A8 e A9), com delineamento de pesquisa explicativo qualitativo e ensaio clínico randomizado controlado, sendo ambos os estudos de origem internacional. Importante registrar que as teses e dissertações, assim como os artigos do Portal de Periódicos da CAPES, não foram classificados conforme nível de evidência, tendo sido assim classificados somente os artigos das bases de dados LILACS e PubMed.

As evidências demonstraram que as principais práticas educativas realizadas pelas instituições hospitalares para a promoção da CSP são: ambiente virtual de aprendizagem (AVA), curso de educação à distância (EaD), campanhas educativas, uso de fatos reais que ajuda a dar significado e favorece a aprendizagem para melhorar os ambientes de cuidado, revisão dos processos e implantação de protocolos, intervenção educacional chamada ‘*Meeting Point*’ – reuniões interorganizacionais da equipe combinando sessões educacionais com uma plataforma de discussão, grupos focais com discussões, Educação Permanente em Saúde (EPS), reuniões formais, simulação realística, grupos de estudos, treinamento,

Educação Continuada (EC), elaboração e distribuição de folder e manuais, aulas expositivas dialogadas, capacitação no local de trabalho, ações educativas *in loco*, problematização do processo de trabalho e a construção de espaços mais democráticos favorecendo a discussão e reflexão pela equipe sobre as fragilidades do processo de cuidar (Figura 2).

Merecem destaque as seguintes práticas educativas: revisão dos processos e implantação de protocolo (A4, B1), desenvolvimento de educação continuada (C2, B1), elaboração e distribuição de folder e manuais (B1, B4) e capacitação no local de trabalho (C2, B2), pois foram citadas em dois estudos cada uma. As demais práticas foram mencionadas somente uma vez.

Figura 2. Nuvem de palavras: Principais práticas educativas realizadas pelas instituições hospitalares. Cachoeira do Sul, RS, Brasil, 2019.



Fonte: Elaborada pela autora (2019).

As práticas educativas sugeridas pelas equipes de enfermagem foram: Educação Continuada (EC), capacitações periódicas, protocolos operacionais padrão e *checklist* para a padronização de rotinas, treinamento aos funcionários novos, manual sobre segurança do paciente, correção das práticas inadequadas no serviço, ações gerenciais de acompanhamento, realização de pesquisas, cursos, palestras, formação de comissões de segurança do paciente, realização de avaliações para crescimento e aprendizado da equipe, conferência na Web, videoconferência, relatórios ou artigos de periódicos, estudos de caso escritos, materiais de vídeo / áudio, conferência presencial e sessões de perguntas e respostas. Entre as práticas

educativas sugeridas pelas equipes de enfermagem mais citadas estão a educação continuada, protocolos operacionais padrão e *checklist* para a padronização de rotinas e treinamento aos funcionários novos.

Chamou a atenção que os três estudos internacionais pesquisaram, de maneira pontual, a educação para segurança do paciente, objetivando: desenvolver um programa educacional e adaptá-lo para necessidades das partes interessadas (A7); avaliar os efeitos de uma intervenção educacional interorganizacional chamada o "Ponto de Encontro" sobre a cultura de segurança do paciente entre os funcionários de enfermarias de hospitais e casas de repouso (A8); e entender como a equipe respondeu à educação individualizada sobre prevenção de quedas de pacientes fornecida como parte de um estudo randomizado em cluster, incluindo como eles perceberam que a educação contribuiu para a prevenção de quedas em suas enfermarias (A9).

Dos seis estudos brasileiros, somente dois realizaram as pesquisas com foco na educação para segurança do paciente, com os seguintes objetivos: elaborar e implantar um curso em ambiente virtual de aprendizagem sobre segurança do paciente em um hospital, além de propor maneiras de estimar o impacto do curso em desfechos relacionados a esta segurança (A1) e analisar o impacto de ações educativas nos resultados do indicador de adesão à verificação da pulseira de identificação de pacientes, antes da realização de cuidados de maior risco (A4). Os demais estudos realizaram as pesquisas utilizando o questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)*² (A2, A3 e A5) e questionário on-line via plataforma *Google Forms* (A6). Nestes estudos o desenvolvimento de ações educativas aparece nos resultados como uma recomendação dos profissionais de saúde para melhoria da segurança do paciente, sendo necessário fortalecer a educação continuada nas instituições hospitalares para o avanço da assistência e a segurança do paciente.

Em contrapartida, os estudos encontrados no Banco de Dissertações e Teses e no Portal de periódicos da CAPES trouxeram a educação como foco das suas pesquisas, por meio de análises sobre: iniciativas implantadas para garantir a segurança do paciente (B1); a cultura de segurança dos profissionais de enfermagem antes e depois de intervenções educativas a

² O questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)*, instrumento de avaliação das características da cultura de segurança do paciente em hospitais, foi desenvolvido e disponibilizado pela Agency Healthcare Research and Quality (AHRQ) dos EUA, em 2004. O HSOPSC abrange 12 dimensões ou fatores da cultura de segurança em escala de múltiplos itens, contendo 50 itens no total (44 são relacionados a questões específicas de cultura de segurança e 6 itens a informações pessoais). O HSOPSC foi traduzido para o idioma português e validado para uso no Brasil por meio da tese de doutorado de Cláudia Tartaglia Reis, A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro, realizada na ENSP/Fiocruz.

respeito da segurança do paciente (B2); prática educativa em saúde e sua relação com a gestão do cuidado (B3); e o processo de implantação das estratégias de segurança do paciente (B4). Também, na identificação de mudanças na prática de enfermagem com vistas à melhoria da qualidade do cuidado e da segurança do paciente (C1) e estratégias adotadas para a construção da cultura da segurança do paciente na perspectiva dos profissionais da saúde (C2).

Os estudos sobre a temática são poucos e, conforme citado anteriormente, a maior parte das pesquisas não possui um nível de evidência forte, ou seja, não contribuem de maneira significativa para a aplicação das evidências na assistência ao paciente. As práticas educativas já desenvolvidas pelas instituições hospitalares, assim como as sugeridas pelos profissionais de saúde, nos mostram a preocupação real com a temática e evidenciam ações em benefício de uma assistência segura, qualificada e humanizada.

Assim, os resultados nos permitem concluir que as atividades educativas já realizadas nas instituições de saúde, independentemente do tipo, mas que visam à promoção da CSP, são fundamentais para a consolidação das práticas de segurança do paciente. Além de contribuir com os processos de certificação e acreditação hospitalar, melhorias nos processos assistenciais e adoção e cumprimento, por parte dos profissionais, dos protocolos e rotinas. Importante também citar que os estudos incluídos nesta etapa da pesquisa não discutem sobre a compreensão do significado do conceito de cultura. Alguns deles (A2, A3, A5, A6, C2 e B2) apenas descrevem um mesmo conceito de CSP e que vem sendo muito utilizado na área da saúde.

Por fim, compreende-se que avanços no cenário atual das organizações de saúde seja algo desafiador, todavia é imprescindível a efetiva mobilização educativa dos profissionais e dos gestores a fim de promover uma CSP.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Aspectos históricos da segurança do paciente

O campo da segurança do paciente completou mais de uma década desde a publicação 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 (WEGNER et al., 2016, p. 02).

O estudo pioneiro no campo da segurança do paciente, conhecido como *The Medical Insurance Feasibility Study* (MIFS), foi realizado em 1974, na Califórnia, com o objetivo de avaliar em prontuários médicos a incidência de eventos adversos (EA), lesões não intencionais causadas pelo cuidado. Dez anos após, em hospitais do estado de Nova York, outro estudo foi desenvolvido, expondo a proporção dos problemas e os desafios da segurança de pacientes internados (MENDES et al., 2013). Este estudo contribuiu para a construção do livro *To err is human: Building a Safer Health System*, do Instituto de Medicina, em 2000 (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000). A publicação do relatório foi um marco na história e na cultura de segurança do paciente, instigando estudiosos e profissionais da área da saúde a repensarem os processos assistenciais em todos os níveis de amparo à saúde no mundo (MENDES et al., 2013; REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013; CAPUCHO, CASSIANI, 2013). Este relatório assegurou que 44.000 a 98.000 pessoas morriam todos os anos vítimas de iatrogenias médicas³ e que 7.000 destes casos estavam relacionados aos erros com medicação (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000; RIGOBELLO et al., 2012). A partir deste marco, outros estudos foram realizados em diversos países, incluindo o Brasil.

Frente às questões relacionadas à segurança do paciente e à qualidade da assistência em saúde, no ano de 2004, a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou a primeira edição da Aliança Mundial para Segurança do Paciente, com o objetivo de desenvolver políticas para todos os membros da OMS em prol da segurança do paciente (WHO, 2008; WEGNER et al., 2016; RIGOBELLO et al., 2012). Contudo, na história da prestação de cuidados de saúde, algumas descobertas foram fundamentais para o conhecimento que possuímos atualmente.

No final do século XIX, a comunidade médica e a sociedade em geral assumiam que os incidentes se deviam ao comportamento de alguns raros profissionais e tinham

³ O termo iatrogenia deriva do grego (*iatros* = médico / *gignesthai* = nascer, que deriva da palavra *genesis* = produzir) e significa qualquer alteração patológica provocada no paciente pela má prática médica (PEREIRA et al., 2000).

pouco peso no resultado do tratamento do paciente. O pensamento dominante, à época, era que o profissional cumprisse seu papel sem errar; cada incidente era gerido individualmente por ele, que não o partilhava com o paciente nem com seus pares. Essa atitude devia muito à formação profissional, mas estava também enraizada na cultura da sociedade e na forma como o homem conviveu com a doença desde sempre (SOUSA; MENDES, 2014, p. 41).

A doença, na Pré-História e na Antiguidade, era vista como uma punição ou um mal de origem divina, sendo, na época, o sacerdote o principal responsável pela cura das pessoas, agindo como curandeiro por meio do uso de poções, drogas e ligaduras. Poucos tratamentos eram eficazes, estando o homem sob risco de doenças infecciosas e outras. Em cada local do mundo, a doença e seu respectivo tratamento era abordada de uma maneira, como, por exemplo, na antiga Índia, quando “os médicos podiam ser castigados se fizessem um diagnóstico errado, ou se tentassem tratar os casos considerados incuráveis; a falha não era atribuída à vontade divina, mas a um engano ou má prática do médico” (SOUSA; MENDES, 2014, p. 40).

Os grandes destaques na história do controle da infecção e na segurança do paciente foram o médico húngaro Ignaz Semmelweiss (1818-1865) e a enfermeira britânica Florence Nightingale (1820-1910), reverenciada há décadas por suas contribuições para o conhecimento, a educação e as práticas da Enfermagem, bem como para as reformas da atenção à saúde. Ambos introduziram conceitos, práticas seguras no atendimento aos pacientes internados em hospitais e métodos de investigação científica e epidemiológica, no século XIX (PRATES; STADŇIK, 2017). Ignaz Semmelweiss chamava a atenção para a importância da lavagem das mãos entre os atendimentos às puérperas, prevenindo a mortalidade materna.

Semmelweis era responsável pela maternidade de um hospital universitário, onde verificou que a taxa de morte por infecção após o parto era superior nas enfermarias em que as mulheres eram cuidadas pelos estudantes em relação àquelas nas quais os partos eram feitos por enfermeiras parteiras. Ao estudar essa diferença, identificou como causa o facto de os estudantes passarem de procedimentos de autópsias para a observação das parturientes, sem procederem à lavagem das mãos. Ao introduzir a obrigação de lavagem das mãos dos estudantes e médicos, verificou que a taxa de mortalidade desceu para valores idênticos aos das enfermarias das parteiras (SOUSA; MENDES, 2014, p. 43).

Suas conclusões foram rejeitadas pela comunidade científica da época e pelo hospital em que exercia suas atividades laborais. O médico retornou para seu país de origem e introduziu a técnica de lavagem das mãos em uma maternidade, reduzindo índices de mortalidade. Mais tarde, em 1861, publicou seus resultados em um livro e morreu aos 47 anos

em um asilo para doentes mentais (SOUSA; MENDES, 2014; FONSECA; PETERLINE; COSTA, 2014). Florence Nightingale, também com suas teorias rejeitadas na época, foi a primeira enfermeira a realizar a análise estatística sobre os óbitos na guerra da Criméia. Conseguiu, por meio do ambiente limpo, com foco na ventilação, luz, aquecimento e odores, reduzir de 42% para 2% os óbitos preveníveis (PRATES; STADŇIK, 2017; FONSECA; PETERLINE; COSTA, 2014). Para ela, “a enfermeira pode manipular o ambiente para compensar a resposta do cliente a ele. Sua meta é auxiliar o paciente a ficar equilibrado”, ou seja, se o ambiente estiver em desequilíbrio, ele gasta sua energia de forma desnecessária (GEORGE, 2000).

Sua teoria no modelo ambiental, desenvolvida na segunda metade do século XIX, na Inglaterra, apresentava como foco o ambiente, fortalecendo a compreensão de que aspectos ambientais, como a luz, o ruído, o aquecimento, a limpeza, podem gerar uma nova resposta do paciente à saúde e à doença. Na perspectiva de Florence, o impacto que o ambiente gera sobre a saúde dos seres humanos é a preocupação inicial de toda assistência em saúde. Desta forma, Nightingale reconhecia que a saúde da casa e da comunidade eram, e ainda são, elementos cruciais na saúde dos seres humanos (GEORGE, 2000).

O livro *Notes on Nursing*, publicado em 1859, por Florence, já colocava em questão a gestão da assistência ao paciente: “todos os resultados da boa enfermagem talvez possam ser negativados por uma falha: não saber como garantir que o que se faz quando você está presente, possa ser feito quando você não está” (PRATES; STADŇIK, 2017). O livro proporciona conhecimento sobre os fundamentos da enfermagem, apoiados em reflexão permanente sobre o cuidado e modos de conservar a saúde humana, reconhecidos até hoje como processos fundamentais para garantia de uma assistência segura e qualificada em todos os tipos de instituições de saúde.

No final da primeira metade do século XX, o “movimento pela qualidade” iniciou e a segurança passou a ser considerada como a dimensão mais importante da qualidade para as instituições de saúde. No ano de 2005, a OMS lançou a campanha *Clean Care is Safer Care*, com o objetivo de estimular a higienização das mãos para controle da infecção em todos os serviços de saúde em nível mundial. Também, em 2009, foi lançada, pela OMS, a segunda campanha chamada *Safe Surgery Saves Lives*, com objetivo de reduzir a taxa de mortalidade e de eventos adversos pós-cirúrgicos. Diversos serviços de saúde passaram a modificar seus processos assistenciais e de gestão, dando ênfase à dimensão da segurança do paciente, entre eles, conhecido internacionalmente, o *Institute for Health-care Improvement (IHI)*, que lançou o projeto intitulado *National Demonstration on Quality Improvement in Healthcare*. No ano

de 2006, “5 Milhões de vidas – livres de danos” foi a segunda campanha desenvolvida pelo IHI, visando à prevenção de 5 milhões de eventos adversos em hospitais, num período de dois anos. Por fim, no final de 2014, a campanha *100 Million Healthier Lives* – até 2020, convidou todos os países envolvidos e preocupados com melhorias da saúde a participarem da campanha (PRATES; STADŇIK, 2017; FONSECA; PETERLINE; COSTA, 2014; SOUSA; MENDES, 2014).

Para atingir tão ambiciosa meta, de tornar “100 milhões de Vidas mais saudáveis” em apenas 6 anos, as melhorias têm que ser “exponenciais”, e não mais incrementais. Os membros da campanha apostam em mudança de cultura, novas abordagens, novas estratégias e novos incentivos - além da adesão massiva de todos os “players” (PRATES; STADŇIK, 2017, p. 46).

Dessa forma, é notório que muito vem sendo feito ao longo da história. Inúmeras estratégias para melhoria do cuidado em saúde e a garantia da segurança do paciente estão cada vez mais presentes no âmbito hospitalar, educativo e no meio científico. Porém, o ritmo de desenvolvimento e a adoção de práticas seguras são lentos e necessitam da união de todos os envolvidos nesse processo caracterizado como “cuidar”, com mudanças de comportamento individual e coletivo para a busca e, enfim, a concretização de uma assistência humanizada, qualificada e segura.

3.1.1 O desenvolvimento de políticas de segurança do paciente no Brasil

Alguns serviços, como órgãos responsáveis por transfusões sanguíneas, pelo controle e prevenção de infecção relacionada ao cuidado em saúde e serviços de anestesia, no Brasil, são considerados os pioneiros nas ações para promoção da segurança dos pacientes. Há anos, desenvolvem medidas para garantir um cuidado seguro, porém, ainda pouco valorizadas por profissionais e gestores na área da saúde (BRASIL, 2014).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) “ao garantir os direitos fundamentais do cidadão previstos na Constituição Federal de 1988”, já estabeleceu uma conquista sem precedentes para o País, pois, desde sua criação, são percebidas mudanças no campo das políticas de saúde (OLIVEIRA; CRUZ, 2015). Pode-se destacar que avaliações externas para segurança do paciente já são desenvolvidas no nosso País e um exemplo a citar são as ações de vigilância em saúde, em que a inspeção e o licenciamento de estabelecimentos de saúde são consideradas estratégias para a melhoria na qualidade dos serviços ofertados (BRASIL, 2014).

A vigilância sanitária deve ser entendida como tecnologia relevante na verificação das condições de funcionamento dos estabelecimentos de Saúde e sobre os produtos, medicamentos e outros insumos utilizados no cuidado à saúde, à medida que esses estão disponíveis para o uso nos pacientes. As ações da vigilância possibilitam a verificação in loco da situação e a identificação de fontes potenciais de danos, além de constituir uma prática de observação sistemática, orientada por conhecimentos técnico-científicos, destinada a examinar a conformidade com padrões e os requisitos que visam à proteção da saúde individual e coletiva (LEITE apud BRASIL, 2014, p. 09).

As inspeções são consideradas oportunidades para os serviços avaliados repensarem os processos de trabalho e implementarem ações para melhoria da qualidade e da segurança dos seus clientes. A Portaria Nº 1.660, de 22 de julho de 2009, instituiu o Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária - VIGIPOS, no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, como parte integrante do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2009). Entre os objetivos da VIGIPOS está a promoção e a identificação precoce de problemas relacionados com os serviços e produtos sob vigilância sanitária, comercializados ou não, a fim de eliminar ou minimizar os riscos decorrentes do uso destes.

Necessárias ao cuidado seguro, a OMS incentiva atividades relacionadas: ao uso de sangue; aos erros de medicação previstos na farmacovigilância; a engenharia de fatores humanos, que se preocupa com o desenho dos equipamentos médicos, considerando a interação entre homens, máquinas e seu ambiente de trabalho (BRASIL, 2014, p. 09).

Para garantia da eficácia entre homem-máquina, agências mundiais que trabalham com a segurança do paciente consideram essa relação um potencial para o erro e recomendam a investigação de fatores humanos nos equipamentos médicos para garantia da segurança. Agências certificadoras da qualidade da assistência em instituições de saúde, nacionais e internacionais, atualizam normas e manuais de certificação, com ênfase na segurança assistencial (PRATES; STADŇIK, 2017). As principais vantagens deste processo de acreditação são: a segurança para profissionais e pacientes, e a qualidade do cuidado em saúde, proporcionando uma melhoria contínua e a construção de uma equipe qualificada (FONSECA; PETERLINI; COSTA, 2014). Três instituições atuam como acreditadoras no Brasil, sendo elas a Organização Nacional de Acreditação, a *Joint Commission International*, representada pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação e a *Canadian Council on Healthcare Services Accreditation*, representada pelo Instituto Qualisa de Gestão (BRASIL, 2014).

A acreditação é uma metodologia de avaliação externa da qualidade dos estabelecimentos de Saúde, que consiste em um sistema de verificação de caráter voluntário em sua contratação, para determinar a conformidade com um conjunto de padrões, consistindo, assim, em um processo de avaliação dos recursos institucionais (as estruturas, os processos de cuidado e os resultados obtidos (BRASIL, 2014, p. 10).

Os objetivos principais da Acreditação Hospitalar são: melhorar a qualidade dos cuidados aos pacientes e acompanhantes e proporcionar um ambiente livre de riscos para todos aqueles que circulam no Instituto, dentro dos padrões de excelência reconhecidos internacionalmente (FONSECA; PETERLINI; COSTA, 2014, p. 48).

Cada vez mais complexos, os cuidados em saúde elevam os riscos para a ocorrência de um erro ou acidente. A cultura de segurança tem recebido, de maneira emergente, a atenção de todos os serviços que prestam um cuidado. Órgãos reguladores, formadores, que desenvolvem políticas públicas preocupam-se na indução de estratégias que promovam e fortaleçam a segurança do paciente em organizações públicas e privadas, sendo responsáveis, juntamente dos trabalhadores da área da saúde, pelas mudanças dentro das instituições (ALVES, 2013; FONSECA; PETERLINI; COSTA, 2014).

Desde 2002, instituições brasileiras participam da Rede Sentinela, realizando o gerenciamento de risco sobre três pilares: busca ativa e notificação de eventos adversos, ou seja, uma complicação não esperada no cuidado em saúde e o uso racional das tecnologias em saúde (BRASIL, 2014). O projeto foi destinado, primeiramente, para hospitais públicos, filantrópicos ou privados, de média e alta complexidade, com o objetivo de fortalecer a cultura da vigilância pós-comercialização de produtos sob vigilância sanitária (Vigipós), atuando como um observatório das tecnologias utilizadas para o gerenciamento de riscos à saúde. Após aderirem voluntariamente e criarem uma estrutura responsável por fazer a busca, a identificação e a notificação dos eventos adversos e das queixas técnicas dos produtos sob vigilância sanitária, desenvolveram quatro eixos, sendo eles: 1) prioridade para o gerenciamento de risco em três áreas – medicamentos, sangue e produtos para a saúde, desenvolvendo ações de farmacovigilância, de hemovigilância e de tecnovigilância; 2) uso racional de medicamentos; 3) uso racional de outras tecnologias em saúde; 4) qualidade em serviços sentinela (BRASIL, 2014; ANVISA, 2017a).

Encerrada a fase de projeto, houve a conformação da Rede Sentinela. As experiências de gerenciamento de risco e o acúmulo de discussões sobre a qualidade dos serviços apontaram para a necessidade de criar uma organização perene, aumentar a abrangência e promover a sustentabilidade das práticas e dos bons resultados obtidos até então. Assim, discussões baseadas nesta experiência, nos referenciais internacionais sobre risco e gestão em saúde, qualidade e segurança, permitiram o estabelecimento de critérios de organização da Rede (BRASIL, 2014, p. 10).

A Rede Sentinela é exemplo de um relacionamento efetivo entre governo e instituições de saúde, demonstrando que é possível a promoção e a mudança das atitudes em prol da qualidade e segurança do cuidado (CAPUCHO; CASSIANI, 2013). O principal objetivo da Rede Sentinela é o fortalecimento das ações de vigilância sanitária e a busca contínua de uma gestão do risco, aprimorando práticas seguras e promovendo qualidade em saúde. As instituições que almejam compartilhar da Rede precisam criar gerências de risco, com políticas de gestão de risco e estratégias para a busca do erro, a avaliação, o monitoramento e a comunicação dos riscos (BRASIL, 2014).

Embora a iniciativa da ANVISA tenha sido importante para o estímulo da qualidade nos hospitais, ela é uma pequena parcela entre as mais de 8.000 instituições hospitalares brasileiras, correspondendo apenas a cerca de 13% dos leitos hospitalares no País (CAPUCHO; CASSIANI, 2013, p. 794).

O projeto desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), no ano de 2004, conhecido como *World Alliance for Patient Safety* (Aliança mundial para a segurança do paciente), foi o ponto de partida para todas as instituições ficarem em alerta quanto à melhoria da segurança do paciente em instituições de saúde e o comprometimento político, entre todos os entes, mundialmente. O objetivo principal desta ação foi conhecer e determinar as prioridades no campo da segurança do paciente em locais diferentes em todo o mundo e colaborar para uma agenda mundial de pesquisa na área (CALDANA et al., 2015; REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013). Para isso, há uma proposta da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), na América Latina, para que todos os serviços se articulem com o propósito de desempenhar as ações estabelecidas na Aliança (CALDANA et. al., 2015).

Importante citar a proposta desenvolvida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em 2007, com o objetivo de reconhecer os problemas na assistência do Brasil, para se adaptarem às recomendações feitas pela OMS. Mais tarde, com o objetivo de ampliar, nos serviços de saúde do Brasil, as ações de segurança e qualidade, foi publicado, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº. 63, de 25 de novembro de 2011, que trata sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento (BPF) para as instituições de saúde, “definindo padrões mínimos para o funcionamento destes serviços, fundamentados na qualificação, na humanização da atenção e gestão e na redução e controle de riscos aos usuários e meio ambiente” (ANVISA, 2016, p. 11).

O Ministério da Saúde (MS), responsável pela formulação das políticas públicas de saúde no Brasil, assim como executor e financiador da assistência, possui papel central na

incorporação e efetivação de programas para a segurança dos seus usuários de saúde (ALVES, 2013; CALDANA et al., 2015). Lançou, em parceria com a ANVISA, por meio da Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), com o objetivo de apoiar a implementação de ações direcionadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação de Núcleos de Segurança do Paciente e gestão dos riscos (CALDANA et al., 2015; ANVISA, 2017a). O PNSP possui quatro eixos, sendo eles: 1) o estímulo a uma prática assistencial segura; 2) o envolvimento do cidadão na sua segurança; 3) a inclusão do tema no ensino; 4) o incremento de pesquisa sobre o tema (BRASIL, 2014).

O grau de complexidade que o cuidado de saúde atingiu não deixa mais espaço para uma gestão de Saúde não profissionalizada. Os descompassos entre os estabelecimentos de Saúde inadequadamente geridos e a necessidade de lidar profissionalmente com organizações que operam em condições de alto risco tendem a provocar crises cada vez mais frequentes (ANVISA apud BRASIL, 2014, p. 13).

Para o Ministério da Saúde (MS), o maior desafio no sistema de saúde para uma assistência segura ocorre nos hospitais, com unidades de urgência e emergência de grandes cidades superlotadas, e em hospitais de pequeno porte em que há uma baixa taxa de ocupação (ANVISA apud BRASIL, 2014). O conhecimento e o cumprimento de normas e regulamentos que conduzem o trabalho de instituições de saúde neste País fazem-se necessárias para a criação de estratégias que visem à segurança dos seus pacientes, como planos locais de qualidade e segurança, indicadores, núcleos específicos e responsáveis ao estímulo do uso de protocolos e diretrizes clínicas (BRASIL, 2014).

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) não pode ser considerado o único meio capaz de modificar as práticas em saúde em prol da segurança. Ao contrário, deve ter a função de incentivador de outras políticas, “considerando sua potencialidade de promover o protagonismo dos profissionais e das equipes nos processos de qualificação do cuidado” (BRASIL, 2014, p. 14). Programas e políticas do MS, em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, contribuem com o PNSP, como: o conjunto de iniciativas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), programa hospital sentinela; o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS); o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS); a parceria entre o Ministério da Saúde (MS) e as entidades de Saúde detentoras do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social em Saúde (Cebas-Saúde); o Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade da Rede de Atenção à Saúde (QualiSUS-Rede); a Política Nacional

de Humanização (PNH); o processo de certificação dos Hospitais de Ensino, sob a coordenação do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST – Decreto nº 7.602 de 7 de novembro de 2011) e a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) (BRASIL, 2014).

Com o objetivo de apoiar as iniciativas do PNSP, ainda no ano de 2013, a ANVISA divulgou a RDC nº. 36, de 25 de julho de 2013, destacando a obrigatoriedade de constituição de Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) nos serviços de saúde para promoção e apoio à implementação de ações direcionadas à segurança do paciente e elaboração do Plano de Segurança do Paciente (PSP) nos termos definidos pelo PNSP. A criação deste núcleo, composto por uma equipe multidisciplinar, visa modificar a cultura de segurança nos serviços de saúde e fortalecer as Redes de Enfermagem e de Segurança do Paciente, gerando uma comunicação efetiva sobre as experiências e recomendações propostas à segurança do paciente (CALDANA et al., 2015; HERR; AOZANE; KOLANKIEWICZ, 2015).

Os principais frutos do PNSP são a criação de Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) e a implantação de seis protocolos básicos: 1) identificar corretamente o paciente; 2) melhorar a comunicação entre profissionais da área da saúde; 3) melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos; 4) assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e pacientes corretos; 5) higienizar as mãos para evitar infecções; 6) reduzir o risco de quedas e lesões por pressão (PRATES; STADŃIK, 2017; BRASIL, 2014; ANVISA, 2016).

No ano de 2015, a ANVISA disponibilizou o Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde - Monitoramento e Investigação de Eventos Adversos e Avaliação de Práticas de Segurança do Paciente, objetivando minimizar riscos, fortalecer a vigilância, monitorar os incidentes e prevenir danos no cuidado em saúde (ANVISA, 2016).

De acordo com o caderno lançado pela ANVISA no ano de 2016, intitulado Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária, os núcleos “devem ser estruturados nos serviços de saúde públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa” (ANVISA, 2016). O que significa que não sejam somente os hospitais os responsáveis pelo desenvolvimento e fortalecimento da cultura de segurança do paciente, mas, também, clínicas e serviços especializados, como hemodiálise, oncologia, serviços de radioterapia, endoscopia, entre outros.

O NSP deve seguir como princípios e diretrizes: a melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde; a disseminação sistemática da cultura de segurança; a articulação e a integração dos processos de gestão de risco; e a garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde dentro de seu âmbito de atuação. Também, deve ser composto por uma equipe multidisciplinar, tendo obrigatoriamente médico(a), enfermeiro(a) e farmacêutico(a), capacitados para o uso de ferramentas de gerenciamento de riscos e melhoria da qualidade e segurança (ANVISA, 2016).

Nesse contexto, cabe aqui destacar a Política Nacional de Humanização (PNH), lançada em 2003 pelo Ministério da Saúde (MS), criada para efetivar os princípios do SUS – UNIVERSALIDADE, EQUIDADE, INTEGRALIDADE – no cotidiano das práticas de atenção e gestão qualificando a saúde no Brasil. A PNH prevê “ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais”.

É neste ponto indissociável que a Humanização se define: aumentar o grau de co-responsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS, na produção da saúde, implica mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho. Tomar a saúde como valor de uso é ter como padrão na atenção o vínculo com os usuários, é garantir os direitos dos usuários e seus familiares, é estimular a que eles se coloquem como atores do sistema de saúde por meio de sua ação de controle social, mas é também ter melhores condições para que os profissionais efetuem seu trabalho de modo digno e criador de novas ações e que possam participar como co-gestores de seu processo de trabalho (BRASIL, 2004, p. 07).

Entende-se que, no Brasil, a formação de políticas e redes visando à assistência qualificada, humanizada e segura, vem se fortalecendo e disseminando conceitos e práticas para a mudança de uma cultura de segurança em todos os tipos de serviços em saúde, instituições de ensino e organizações não governamentais. A (co)participação de diferentes profissionais faz-se de extrema valia para a prevenção de erros na assistência e na busca por soluções e métodos de fortalecimento de uma cultura de segurança ainda em construção.

3.2 Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)

O impacto do erro na sociedade ganha parâmetros de extrema relevância, vide os diversos fatos jornalísticos noticiados diariamente na imprensa brasileira. Estas notícias imputam graves falhas da assistência à saúde e apontam para erros em diversas etapas do cuidado assistencial como as decorrentes da ausência de identificação do paciente, da manipulação incorreta do paciente, do procedimento cirúrgico, da administração de medicamentos, entre outros. Fazem com que pacientes internados para tratar problemas relativamente simples acabem contraindo

infecções multirresistentes, tendo operados órgãos saudáveis ou que evoluam a óbito (ALVES, 2013, p. 723).

Em um sistema de saúde cada vez mais complexo, o reconhecimento de que os cuidados em saúde geram danos aos pacientes fez aumentar a vigilância sobre o cuidado à saúde. Como consequência, tivemos a segurança do paciente inserida como uma disciplina especializada contribuindo com as práticas em saúde de equipes multiprofissionais, gestores e instituições de saúde em seus diferentes níveis de complexidade (BOPSIN; RIBAS; SILVA, 2019). Como destacam Prates e Stadnik (2017),

[...] a preocupação com a segurança do paciente vem mobilizando países, organizações públicas e privadas, políticas governamentais e humanitárias, instituições de ensino e de pesquisa de forma cada vez mais ampla (p. 183).

A segurança do paciente deve ser compreendida como a redução do risco de danos desnecessários, associados à assistência em saúde, a um mínimo aceitável, o que, segundo Gomes (2017), relaciona-se às

[...] ferramentas que são viáveis diante do conhecimento atual, aos recursos disponíveis e ao contexto em que a assistência é realizada por meio da tomada de decisões que dizem respeito ao tratamento ou não do paciente, considerando os riscos inerentes a cada situação (p. 147).

O Ministério da Saúde (MS) formalizou a segurança do paciente dentro da Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), impulsionando esforços para segurança dos pacientes no Brasil. O PNSP objetiva:

[...] promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde do país (CALDANA et al., 2015, p. 907).

Conforme artigo 3º, da Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, os objetivos específicos do PNSP organizam-se em cinco, sendo eles: I - promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde; II - envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente; III - ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente; IV - produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre

segurança do paciente; e V - fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde (BRASIL, 2013b).

A ampliação de estratégias para a promoção da segurança dos pacientes no nosso País depende da realização de normas e regulamentos, de táticas e conhecimento para conduzirem o trabalho desempenhado pelas equipes e instituições de saúde, tendo como condições básicas para transformações a preparação de planos locais de qualidade e segurança do paciente. As ações precisam de monitoramento contínuo, por meio de indicadores, avaliados e desempenhados por núcleos específicos e responsáveis e, também, por meio de uma política que incentive a assistência em saúde baseada em protocolos e diretrizes clínicas (BRASIL, 2014).

Porém, o PNSP não pode ser tido como a única ferramenta capaz de evitar, prevenir ou melhorar os resultados da assistência em saúde:

Ao contrário, suas ações devem se articular aos esforços de políticas de Saúde que objetivam desenvolver: linhas de cuidado em redes de atenção; ações organizadas conforme contratos por região; reorientação do sistema, a partir da atenção básica; ações reguladas e melhoria do financiamento da saúde. Se, por um lado, o PNSP tem seus limites, por outro, pode ter uma função impulsionadora das demais políticas, considerando sua potencialidade de promover o protagonismo dos profissionais e das equipes nos processos de qualificação do cuidado (BRASIL, 2014, p. 13).

O PNSP possui quatro eixos, sendo eles: 1) o estímulo a uma prática assistencial segura; 2) o envolvimento do cidadão na sua segurança; 3) a inclusão do tema no ensino; 4) o incremento de pesquisa sobre o tema (BRASIL, 2014), sendo a cultura de segurança do paciente o elemento que perpassa todos esses eixos.

O **primeiro eixo** trata do estímulo a uma prática assistencial segura, por meio de protocolos básicos recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), sendo eles: prática de higiene das mãos em serviços de saúde; cirurgia segura; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; identificação de pacientes; comunicação efetiva no ambiente dos estabelecimentos de saúde; prevenção de quedas; lesão por pressão; transferência de pacientes entre pontos de cuidado; e uso seguro de equipamentos e materiais (BRASIL, 2014). Foram desenvolvidos pelo baixo custo no seu desenvolvimento e implantação e pela dimensão dos erros e eventos adversos decorrentes da falta deles.

Como estratégia para o desenvolvimento do primeiro eixo, consta a realização de planos locais de segurança do paciente, nos estabelecimentos de saúde, criados pelos Núcleos de Segurança do Paciente (NSPs). “Um dos objetivos da Portaria n°. 529/2013 envolve a promoção e apoio à implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente, por meio

dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSPs) dos serviços de saúde” (ANVISA, 2016). Com a intenção de apoiar as medidas do PNSP, a RDC nº. 36, de 25 de julho de 2013, destacou a obrigatoriedade de constituição de NSPs nos serviços de saúde (BRASIL, 2013a).

Os NSPs serão responsáveis pela elaboração de um plano de segurança do paciente do serviço de Saúde que aponte e descreva as estratégias e ações definidas pelo serviço de Saúde para a execução das etapas de promoção, de proteção e de mitigação dos incidentes associados à assistência à saúde, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de Saúde (BRASIL, 2014, p. 22).

O **segundo eixo** corresponde ao envolvimento do cidadão na sua segurança, sendo definido pelo PNSP que a assistência só terá melhorias se os pacientes forem inseridos nos cuidados e compreendidos como parceiros (BRASIL, 2014).

Corresponsabilidade e vínculos solidários, utilizados na Política Nacional de Humanização, são termos que correspondem ao termo parceria, utilizado no Programa Paciente pela Segurança do Paciente, e remetem a uma perspectiva de envolvimento do paciente e de seus familiares no cuidado (BRASIL, 2014, p. 26).

A Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS (PNH) - foi desenvolvida no ano de 2013, pelo MS, a partir do reconhecimento de experiências inovadoras e concretas que compõem um “SUS que dá certo”, seguindo como princípios teóricos metodológicos a transversalidade, a inseparabilidade entre atenção e gestão e o protagonismo dos sujeitos e coletivos (BARBOSA et al., 2013; MARTINS; LUZIO, 2017). A humanização, para estes mesmos autores,

se configura como uma aposta ética, estética e política. Ética, pois implica que usuários, gestores e trabalhadores estejam comprometidos com a melhoria do cuidado, estética porque permite um processo criativo e sensível da produção da saúde por sujeitos autônomos e protagonistas de um processo coletivo. Político refere-se à organização social e institucional, onde se espera que haja solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva do processo de gestão (BARBOSA et. al., 2013, p. 124).

Assim, o programa inclui e trata todos os pacientes como parceiros nas ações para precaver todo mal evitável no cuidado, sendo um elemento central para a efetividade do plano local de segurança do paciente de cada instituição de saúde.

A inclusão do tema segurança do paciente no ensino satisfaz o **terceiro eixo** do PNSP e corresponde à inclusão desta temática no ensino técnico, graduação, pós-graduação na área da Saúde e na educação permanente (EP) dos profissionais da saúde. A tecnologia aliada à

assistência em saúde vem se modernizando de maneira muito rápida, sendo necessário o desenvolvimento de diferentes formas de ensino e a inserção da temática na formação dos profissionais (BRASIL, 2014).

Ainda hoje, identificamos modelos tradicionais de gestão que têm como características a centralização do poder e a verticalização na tomada de decisões. Porém, para efetivação da gestão participativa, os profissionais de saúde precisam utilizar modelos gerenciais inovadores, permitindo meios de comunicação entre gestores e trabalhadores, inserindo os profissionais na tomada de decisões (COSTA et al.; 2018).

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 (WEGNER et al., 2016, p. 02).

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é considerada como uma estratégia para a produção de saberes que ocorrem nos próprios locais de trabalho, tendo como base os problemas vivenciados. São utilizadas metodologias ativas que desenvolvem no trabalhador a habilidade de reflexão sobre a realidade que está inserida (COSTA et al.; 2018).

Os autores Wegner et al. (2016, p. 02), apreendem a EPS como uma proposta fundamental para as relações e mutações no ambiente de trabalho, podendo ser um 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”.

Além da Educação Permanente em Saúde (EPS) nos ambientes de trabalho, objetivando a autonomia dos sujeitos envolvidos neste processo seguro de cuidar, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda como fundamental prática a inclusão da temática nas grades curriculares de todos os cursos da área da saúde (BRASIL, 2014). Para Wegner et al. (2016, p. 06), o referencial teórico-prático da segurança do paciente deveria ser incluído nas grades curriculares, sendo objeto da formação dos profissionais da saúde. O autor pondera que, “porém, talvez exista carência de docentes preparados para a problematização desse assunto com os futuros profissionais”.

A segurança do paciente não é uma disciplina autônoma tradicional. Pelo contrário, é a que integra todas as áreas dos cuidados à saúde (BOPSIN; RIBAS; SILVA, 2019). Compreende-se, diante do exposto, que a Segurança do Paciente não pode ser desenvolvida

somente quando o trabalhador estiver atuando nos ambientes de saúde. A temática necessita de reflexão, construção e promoção para que tenhamos uma cultura de segurança sólida e ativa nas atividades cotidianas de trabalho.

Por fim, o **quarto eixo** é o incremento de pesquisa sobre o tema. De acordo com a OMS, o foco na investigação em segurança do paciente tem concentrado-se em cinco componentes: 1) medir o dano; 2) compreender as causas; 3) identificar as soluções; 4) avaliar o impacto; 5) transpor a evidência em cuidados mais seguros. A pesquisa tem sido desenvolvida em maior quantidade nos países mais desenvolvidos, concentrando os objetivos em medir os danos e compreender as causas (BRASIL, 2014). Conforme Urbanetto e Gerhardt (2013, p. 09), “os países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, devem se concentrar nas pesquisas aplicadas e de avaliação que proporcionem o desenvolvimento de soluções localmente custo-efetivas”.

A pesquisa é um instrumento valioso para a descoberta de evidências que comprovem os avanços na área, as fragilidades que precisam ser trabalhadas e as práticas em saúde adequadas para a redução dos custos na assistência e a garantia de um cuidado seguro e qualificado. Percebemos diante dos 4 eixos desenvolvidos para o fortalecimento do PNSP que a **EDUCAÇÃO** perpassa por todos eles. Seja na assistência com os trabalhadores, seja com os familiares que são cada vez mais incluídos no processo de cuidar, seja ainda nos próprios locais de ensino com estudantes de nível técnico, graduação e pós-graduação, visando ao desenvolvimento de competências para a promoção da cultura de segurança do paciente.

3.2.1 Dimensão educativa da implementação da Política de Segurança do Paciente

A Política de Segurança do Paciente desenvolvida e realizada por meio do Programa Nacional de Segurança (PNSP) instituiu as ações para a promoção da Segurança do Paciente e a melhoria da qualidade nos serviços em todos os níveis de atenção à saúde. A segurança do paciente é uma questão de saúde pública, necessitando da união de profissionais da área da saúde, pacientes, familiares, pesquisadores e formuladores de políticas para sua efetivação.

A aprendizagem de práticas seguras promove o comprometimento com o cuidado seguro e o que se espera dos profissionais de saúde é que sejam capazes de gerenciar a complexidade do cuidado ao paciente em suas atividades laborais, prestando um serviço seguro e qualificado. Porém, se não forem ensinados e capacitados adequadamente nos princípios e conceitos da segurança do paciente, terão dificuldades em agir segundo o esperado (BRASIL, 2014; BRASIL, 2013b; BOPSIN; RIBAS; SILVA, 2019).

Quanto ao conceito de Política de Saúde, os autores Paim e Teixeira (2006, p. 74), entendem como:

[...] a resposta social (ação ou omissão) de uma organização (como o Estado) diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente. Política de saúde abrange questões relativas ao poder em saúde (Politics), bem como as que se referem ao estabelecimento de diretrizes, planos e programas de saúde (Policy).

Na perspectiva de Dalfior, Lima e Andrade (2015, p. 211)

As políticas públicas de saúde têm ocupado um lugar central na área da saúde coletiva. Dentre as suas características destacam-se a capacidade de constituir-se em um campo de conhecimento de práticas que envolvem perspectivas de análises e ao mesmo tempo permite avançar na produção do conhecimento e orientar as ações e a formulação das políticas de saúde.

As políticas públicas, especificamente as direcionadas para as práticas de segurança do paciente, foram desenvolvidas diante da mobilização mundial em prover uma assistência livre de danos. Porém, apesar do Ministério da Saúde (MS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) desenvolverem protocolos e iniciativas para serem implantadas em instituições de saúde, a adesão por parte dos serviços ainda é baixa, e isso se justifica em razão de uma cultura institucional, ou seja, profissionais que não tiveram em suas formações a inclusão deste tema e ainda não possuem de maneira “enraizada”⁴ a segurança do paciente.

Conforme citado no capítulo anterior, o PNSP desenvolveu quatro eixos para fortalecimento da segurança do paciente, estando a educação especificamente presente no item 3, que trata da inclusão do tema no ensino, e no item 4, que incentiva a pesquisa sobre segurança do paciente. Cita, também, a necessidade da criação de um catálogo atualizado com diversos programas para auxiliar os gestores, profissionais e pacientes, além de recomendar que os estabelecimentos de saúde desenvolvam capacitações, atualizações e especializações, sejam elas presenciais semipresenciais e à distância (BRASIL, 2014).

O desenvolvimento das competências necessárias para a promoção de um cuidado seguro, conforme sugerido pelo documento de referência para segurança do paciente (BRASIL, 2014), precisa iniciar no ensino técnico, de graduação e pós-graduação na área da Saúde. A autora Bohomol (2019) afirma que:

⁴ O termo enraizado é utilizado aqui de maneira figurativa, como algo adotado e estabelecido na memória ou nos hábitos de alguém.

A formação dos estudantes envolve um sistema complexo, com inúmeras variáveis que abarcam diferentes práticas de ensino, diversidade de conteúdo, reflexão permanente sobre as informações da realidade e problematização do método de trabalho, indo muito além dos recursos estruturais disponíveis em cada instituição. Há muito tempo que se chama a atenção das organizações formadoras para a necessidade da reavaliação dos currículos, incorporação dos conceitos de Segurança do Paciente e do desenvolvimento de competências específicas, visando à educação dos graduandos com oportunidades para o desenvolvimento da prática interdisciplinar (p. 02).

Nesse contexto, diante da preocupação com os incidentes em saúde e a necessidade de que estudantes compreendam e aprendam práticas assistenciais mais seguras, a OMS, liderando uma iniciativa global, lançou no ano de 2011 o Guia Curricular de Segurança do Paciente: Edição Multiprofissional, intitulado *Patient Safety Curriculum Guide: Multi-professional Edition* (WHO, 2011). A edição multiprofissional do guia foi criada para ser facilmente associada aos currículos de graduação de profissionais da área de saúde, acolhendo as necessidades específicas e podendo ser desenvolvido a diversas culturas e contextos, com objetivo de melhorar a educação em segurança do paciente. A parte A do guia é dedicada aos educadores em cuidados em saúde, fornecendo auxílio e ferramentas que ajudem a desenvolver as habilidades necessárias para implementar a aprendizagem sobre segurança do paciente nas instituições. A parte B é destinada aos educadores e aos estudantes de cuidados em saúde, contendo 11 programas sobre segurança do paciente (WHO, 2011; MARRA; SETTE, 2016).

Os educadores devem estar habilitados para fornecer ao estudante ferramentas para o aprendizado eficaz sobre segurança do paciente, aprender como educar sobre os principais riscos à saúde e as maneiras de gerenciá-los, educar sobre o trabalho em equipe e sobre a importância de uma comunicação efetiva em todos os níveis de cuidado à saúde, e aprender a ensinar sobre a importância de se preocupar com pacientes e cuidadores para desenvolver e sustentar uma cultura de segurança.

Entretanto, alguns fatores têm dificultado a formação em segurança do paciente, como a falta de reconhecimento por parte de educadores da área de que a temática segurança do paciente é parte essencial dos currículos da graduação em saúde, não estando, também, familiarizados com as literaturas já existentes, a relutância em abordar conhecimentos que possuem origem em outras áreas que não a da saúde e, por fim, atitudes arraigadas, como a tradicional relação professor-aluno, em que o professor é considerado o centro de todo o processo educativo (BOPSIN; RIBAS; SILVA, 2019).

A formação do enfermeiro se dá pela constituição da relação entre educação e trabalho, sendo essencial para atuação profissional. A Resolução nº 573, de 31 de janeiro de 2018,

aponta que a (o) enfermeira (o) que atua nos serviços da rede de atenção à saúde (RAS) “na educação e desenvolvimento no SUS, na coordenação da equipe de enfermagem e no gerenciamento de serviços e sistemas, bem como nas instâncias de participação e controle social, tem um papel fundamental no cuidado” (BRASIL, 2018b). Sendo assim, é necessário, durante a graduação, proporcionar ao aluno vivências em diferentes setores e realidades, possibilidades de atuação multiprofissional e o desenvolvimento de competências, habilidades, saberes e atitudes que resultem em aptidão para atuar proporcionando ao paciente um cuidado “seguro, de qualidade e resolutivos, o que é direito de todas as pessoas” (BRASIL, 2018b).

Conforme consta na Resolução nº 569/2017, que trata dos Princípios Gerais para as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da Área da Saúde, as instituições de ensino devem considerar essa temática em seus Projetos Pedagógicos (PP), pautando o seu compromisso com o Programa na busca de evidências científicas para a diminuição dos agravos e os erros na assistência à saúde.

O segundo eixo relacionado à educação trata do incremento de pesquisa sobre o tema, sendo extremamente importante acompanhar e compreender como a política de segurança vem sendo implementada e, assim, orientando diferentes ações para efetivação das suas diretrizes. Os autores Dalfior, Lima e Andrade (2015, p. 223) afirmam que “analisar o processo de implementação representa a oportunidade de compreender os processos implicados para alcance dos efeitos esperados na etapa de elaboração da política”. Desta forma, a pesquisa sobre o tema é de fundamental importância para que os conhecimentos científicos contribuam no desenvolvimento do PNSP e, conseqüentemente, em ações mais seguras para os pacientes.

Também, é uma estratégia no processo de promoção e fortalecimento da cultura de segurança do paciente a educação em saúde, conscientizando e sensibilizando para a nossa realidade. Os desafios estão presentes nos ambientes de trabalho, em que já existem crenças, atitudes e conhecimentos que foram reforçados por muitos anos, assim como nos próprios locais de ensino em que docentes não se sentem familiarizados com a temática e precisam trabalhar nas suas grades curriculares.

Faz-se importante dedicar-se à implementação da Política Nacional de Segurança do Paciente, pensar sobre a magnitude deste desafio, como isso vem refletindo nos processos de cuidar e educar e incluir o tema nas pesquisas científicas para acompanhar o desenvolvimento do PNSP, reexaminar as suas ações e contribuir para o desenvolvimento e fortalecimento do

programa, que visa à assistência da sociedade com qualidade, ética, humanização e livre de danos.

3.3 Práticas educativas “no” e “para” o trabalho em saúde

Ao mesmo tempo em que produzem o cuidado, os trabalhadores produzem a si mesmos como sujeito. Trabalho, ensino e aprendizagem se misturam nos cenários de produção da saúde como processos de cognição e subjetivação, e acontecem simultaneamente como expressão da realidade (FRANCO; MERHY, 2013, p. 186).

A união das expressões “no” e “para” o trabalho em saúde, neste estudo, significa a realização de diferentes ações educativas que objetivam qualificar o trabalho em saúde e os profissionais, especialmente os da enfermagem, produzindo mudanças nos modos de cuidar que irão refletir na segurança e na qualidade da assistência para os pacientes. O cuidado e a educação articulam-se simultaneamente nos ambientes de trabalho e por meio das experiências e vivências o trabalhador desenvolve-se como um ser social. Neste capítulo trataremos sobre as diferentes práticas educativas que são utilizadas na área da saúde e seus conceitos, para entendermos o desenvolvimento delas no dia a dia do trabalho em saúde.

O sistema de saúde brasileiro vem passando, nos últimos anos, por muitas transformações instituídas legalmente pela Constituição Brasileira de 1988 e, em 1990, pela implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). A edificação de novas práticas de saúde é um desafio diante das “dificuldades de superação de um modelo biologicista e mecanicista para outro mais amplo, voltado à integralidade, humanização e inclusão da participação dos trabalhadores em saúde e usuários” (LOPES et al., 2007, p. 25).

A compreensão da saúde como qualidade de vida e condição para a cidadania é central nesse processo de mudança de paradigma, que se espera seja traduzido em transformação social. A garantia de acesso a serviços de saúde resolutivos e de qualidade é parte essencial desse processo, devendo assegurar plena atenção às necessidades da população (LOPES et al., 2007, p. 25).

A Política Nacional de Humanização (PNH) possui como objetivo produzir mudanças nos modos de administrar e cuidar, colocando em prática os princípios do SUS (universalidade, integralidade e equidade) no cotidiano dos serviços de saúde. Também instiga a comunicação entre os gestores, trabalhadores e usuários do sistema de saúde para construir juntos formas de enfrentamento nas relações de poder, trabalho e afeto que, em muitos momentos, “produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si” (BRASIL, 2013b, p. 03).

A integração entre instituições de ensino, serviços de saúde, trabalhadores do SUS e usuários de saúde torna-se imprescindível para que as mudanças ocorram na íntegra, estabelecendo novos pactos de convivência e prática. Neste contexto, a educação é um dos caminhos, pois a ideia é “educar com o objetivo de produzir sujeitos capazes de protagonizar mudanças nos serviços de saúde” (FRANCO; MERHY, 2013, p. 186).

Conforme Ricaldoni e Sena (2006, p. 02):

A educação tem sido considerada como instrumento para mudanças e transformações em uma sociedade. As transformações sociais e educacionais têm repercussões nos modos de produzir, nos diferentes campos do saber e de produção de bens e serviços.

Os autores acrescentam que:

No âmbito da educação e da saúde, a acumulação do conhecimento, traduzido em tecnologias e indicadores da qualidade dos processos de trabalho, tem influenciado a organização do trabalho, exigindo que os trabalhadores adquiram novas habilidades de forma dinâmica.

Compreende-se a educação dos trabalhadores como essencial para as transformações na sociedade, que passa constantemente por mudanças. Por meio da educação, o trabalhador consegue adquirir maior capacidade e possibilidade de construção no seu ambiente de trabalho, “como sujeito que constrói e desconstrói, em um movimento dinâmico e complexo, mediado por valores políticos, culturais e éticos” (RICALDONI; SENA, 2006, p. 02).

Na perspectiva de Franco e Merhy (2013), embora com grande investimento na educação, desde que instituíram os princípios da reforma sanitária brasileira, o que se pode constatar é que “embora tenham sido despendidos grandes recursos e esforços em processos educacionais, seus impactos nos serviços não têm sido notados” (p. 183). Para eles, as respostas para esse fato podem ser encontradas no próprio percurso de estruturação da reforma sanitária brasileira, em que:

As políticas educacionais implementadas trouxeram uma ideia de processos de gestão excessivamente normativos, seja por uma herança impregnada nas subjetividades individuais e sociabilidades coletivas do planejamento e organização dos processos de trabalho, seja pela construção do SUS em um momento em que o protagonismo de grupos “sujeito” no ambiente organizacional era visto como algo não esperado e não desejado pelas esferas de mando no interior das organizações e muitas vezes antagônico a elas (p. 184-185).

No entanto, sustenta-se que a educação contribui para as transformação nos serviços de saúde, motivando profissionais, gestores e usuários do nosso Sistema Único de Saúde (SUS).

Podemos considerar como um marco para a política de educação dos profissionais da saúde do nosso país, a criação, no ano de 2003, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Por meio dela, foi possível institucionalizar a:

[...] política de educação na saúde e o estabelecimento de iniciativas relacionadas à reorientação da formação profissional, com ênfase na abordagem integral do processo saúde-doença, na valorização da Atenção Básica e na integração entre as Instituições de Ensino Superior (IES), serviços de saúde e comunidade, com a finalidade de propiciar o fortalecimento do SUS (BRASIL, 2018b, p. 09).

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde (MS) instituiu a Política Nacional de Educação Permanente (PNEPS) para o SUS, por meio da Portaria nº 198/MS, de 13 de fevereiro de 2004, cujas diretrizes de implementação foram posteriormente publicadas via Portaria GM/MS 1.996, de 20 de agosto de 2007, com o objetivo de articular a educação com o mundo do trabalho de forma descentralizada, ascendente e transdisciplinar (BRASIL, 2004; BRASIL, 2018c; LOPES et al., 2007).

Cardoso et al. (2017) afirmam que ambas as Portarias:

[..] propõem que os processos de qualificação dos trabalhadores tomem como referência as necessidades e a realidade local de saúde, que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e a própria organização do trabalho e que sejam, sobretudo, estruturadas a partir da problematização dos processos de trabalho de saúde (p. 1490).

A educação dos trabalhadores, historicamente, vem sendo realizada seguindo os modelos da **educação continuada**, conceituada, conforme Brasil (2012, p. 19), como um “processo de aquisição sequencial e acumulativa de informações técnico-científicas pelo trabalhador, por meio de escolarização formal, de vivências, de experiências laborais e de participação no âmbito institucional ou fora dele”. Lopes (2007) considera que, mesmo com os avanços nas políticas educacionais, as instituições seguem desenvolvendo práticas educativas mais tradicionais. Neste sentido, o autor destaca que:

Na educação continuada, tradicionalmente, as demandas de educação partem de necessidades percebidas por indivíduos que ocupam posições hierarquicamente superiores dentro da equipe de trabalho. São treinamentos específicos trabalhados em sala de aula, distantes do *locus* dos processos de trabalho (p. 26).

Percebe-se uma transição nas práticas pedagógicas nos serviços de saúde, em que a Educação Continuada, aos poucos, é substituída pela **Educação Permanente em Saúde (EPS)**, que visa à superação do repasse vertical de informações e o desenvolvimento de

profissionais da saúde mais críticos e reflexivos. Nesta perspectiva, conforme Adamy et al. (2018, p. 02),

A partir da problematização dos nós críticos que acontecem no cotidiano dos serviços, identificam-se as necessidades de qualificação, a fim de provocar mudanças nos modos de agir e produzir saúde, garantindo a aplicabilidade e a relevância dos conteúdos e tecnologias estabelecidas de forma que possam (re)significar o trabalho em saúde e enfermagem. Essa construção ocorre, por meio do desenvolvimento da consciência crítico/reflexiva e do pensamento livre, que leva ao compromisso pessoal e profissional, de forma a refletir na transformação do contexto vivenciado.

Entendemos a EPS como uma prática que permite ampliar a produção de novos conhecimentos que ocorrem nos próprios locais de trabalho, sendo embasados pelos problemas vivenciados pelas equipes multiprofissionais no cotidiano das suas atividades laborais (COSTA et al., 2018). Na concepção de Ricaldoni e Sena (2006), a EPS deve constituir parte do pensar e agir do profissional de saúde, propiciando crescimento pessoal e profissional, problematizando, transformando a realidade e, assim, produzindo mudanças.

Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2018c), a EPS caracteriza-se como:

[...] uma intensa vertente educacional com potencialidades ligadas a mecanismos e temas que possibilitam gerar reflexão sobre o processo de trabalho, autogestão, mudança institucional e transformação das práticas em serviço, por meio da proposta do aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos e eles mesmos constituírem-se como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional (p. 10).

O Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde, do MS (BRASIL, 2012), conceitua a EPS como:

Ações educativas embasadas na problematização do processo de trabalho em saúde e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, a reorganização da gestão setorial e a ampliação dos laços da formação com o exercício do controle social em saúde (p. 20).

Franco e Merhy (2013) afirmam que o SUS é privilegiado para o ensino e a aprendizagem pela dimensão e amplitude que possui, assim como pela diversidade tecnológica presente nos ambientes de trabalho. Eles entendem que:

Educar “no” e “para o” trabalho é o pressuposto da proposta de Educação Permanente em Saúde. No SUS, os lugares de produção de cuidado são ao mesmo

tempo cenários de produção pedagógica, pois concentram as vivências do cotidiano, o encontro criativo entre trabalhadores e usuários (p. 190).

Todas as ações realizadas pelos profissionais de enfermagem estão naturalmente inseridas em práticas educativas, relacionando-se diretamente com a profissão de Enfermagem. Assim, constituem-se como elos para a promoção do desenvolvimento profissional e pessoal a Educação Permanente em Saúde (EPS), Continuada (EC) e em Serviço (ES) (SARDINHA et al., 2013). Porém, o problema ainda está na dificuldade de conceituar esses termos, sendo tratados na prática assistencial de maneira errônea com a equipe, não havendo uma padronização no uso dos mesmos.

Sobre Educação Permanente em Saúde, Continuada e em Serviço, Sardinha et al. (2013) apresentam os seguintes conceitos (Quadro 9):

Quadro 9. Conceitos de Educação Permanente em Saúde, Educação Continuada e Educação em Serviço. Santa Cruz do Sul, RS, Brasil, 2022.

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (EPS)	EDUCAÇÃO CONTINUADA (EC)	EDUCAÇÃO EM SERVIÇO (ES)
Atividade educativa de caráter contínuo, cujo eixo norteador é a transformação do processo de trabalho, centro privilegiado de aprendizagem. É voltada para a prática educativa que se orienta pelo cotidiano dos serviços, partindo da reflexão crítica sobre os problemas referentes à qualidade da assistência, assegurando a participação coletiva multiprofissional e interdisciplinar favorecendo a construção de novos conhecimentos e intercâmbio de vivências; representando o esforço de transformar a rede pública de saúde em um espaço de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho.	Definida como um conjunto de atividades educativas para atualização do indivíduo, onde é oportunizado o desenvolvimento do funcionário, assim como sua participação eficaz no dia-a-dia da instituição. Pode ser definida de diferentes maneiras, mas o propósito de aquisição do conhecimento, habilidades e mudanças comportamentais para o aprimoramento profissional e da assistência deve estar inscrito nessa definição.	Prática educativa integrada ao processo de educação no trabalho. Processo a ser aplicado nas relações humanas, do trabalho, objetivando o desenvolvimento de capacidades cognitivas, psicomotoras e relacionais, assim como o aperfeiçoamento diante da evolução tecnológica, contribuindo para a valorização profissional e institucional.

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

A EPS carece ser compreendida, ao mesmo tempo, como uma prática de ensino-aprendizagem e como uma política de educação na saúde, aproximando-se e compartilhando de conceitos da educação popular em saúde. Porém, a educação popular em saúde possui como foco a cidadania, enquanto que a EPS foca no trabalho. Esta última é considerada como uma prática de ensino-aprendizagem em razão de produzir conhecimentos no dia a dia de trabalho nas instituições de saúde, a partir das experiências dos trabalhadores ali inseridos. A EPS é apoiada no “ensino problematizador” e na “aprendizagem significativa”, em que não existe uma superioridade entre educador e educando e está interessada nas vivências, nos

problemas enfrentados pelos trabalhadores no local de trabalho e, especialmente, na troca de saberes (CECCIM; FERLA, 2005). Já a EPS como política de educação na saúde abrange uma “contribuição do ensino à construção do Sistema Único de Saúde”. Em decorrência das particularidades do sistema de saúde brasileiro, por ser uma invenção do Brasil, além de suas características de integralidade e de participação e controle popular, “as políticas de saúde e as diretrizes curriculares nacionais para a formação dos profissionais da área buscam inovar na proposição de articulações entre o ensino, o trabalho e a cidadania” (CECCIM; FERLA, 2005, p. 01).

A EPS foi debatida e aprovada pela XII Conferência Nacional de Saúde e no Conselho Nacional de Saúde (CNS) como política específica no interesse do sistema de saúde nacional. Tornou-se, assim, “uma estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para a saúde”, sendo, portanto, um processo coletivo (CECCIM; FERLA, 2005, p. 01).

Além de EPS, educação continuada e em serviço, outro termo também empregado na área da educação em saúde é o **treinamento**, ainda muito utilizado pelos profissionais. Oliveira, Nicole e Souza (2014, p. 182) conceituam treinamento como “um processo educacional que possibilita às pessoas adquirirem novos conhecimentos, habilidades e atitudes para o desempenho de seus cargos”. Também pode ser percebido como:

Uma ação sistemática de capacitação e adaptação do indivíduo em uma situação profissional específica, buscando como objetivo o aumento do conhecimento teórico e prático do indivíduo para a realização eficiente de suas atividades profissionais [...] (OLIVEIRA; NICOLE; SOUZA, 2014, p. 182).

É indiscutível que a falta de treinamento reflete na produtividade, com conseqüente impacto na qualidade da assistência em saúde. O cuidado, cada vez mais exigente e complexo, impõe que planos educacionais, independente do termo que recebam, sejam desenvolvidos nas instituições. Matsubara et al. (2020) falam sobre a importância do treinamento, porém, especificamente no momento de admissão dos profissionais de enfermagem nos serviços.

[...] a proposta do treinamento admissional na área da Enfermagem visa preparar os profissionais da equipe para uma assistência baseada em protocolos, processos e diretrizes, alinhado ao propósito, visão e valores da instituição [...]. Ou seja, este é um recurso essencial para promover a adaptação dos novos profissionais à instituição, minimizando a variabilidade no processo de cuidar, favorecendo a propagação das normas, rotinas e protocolos na prestação de uma assistência de qualidade e segura (p. 135).

Isso significa, portanto, que existem diferentes práticas educativas inseridas nos contextos do trabalho em saúde. Os conceitos e as práticas que os correspondem aqui brevemente esclarecidos são diferentes, mas complementares e essenciais para o trabalho em saúde. A educação é um processo pedagógico que possibilita ao homem a transformação da sua realidade, trabalhando suas necessidades de maneira consciente e participativa, levando em consideração sua história, seu modo de vida e sua cultura.

A EPS como uma política de educação favorece ao trabalhador da área da saúde um processo de ensino e aprendizagem dentro do seu próprio local de trabalho, articulando ensino, trabalho e cidadania. Além de contribuir, de maneira permanente e dinâmica com a qualificação dos trabalhadores em saúde por meio de espaços coletivos para troca de saberes, debates, reflexões e avaliações, contribui para o fortalecimento da rede do nosso Sistema Único de Saúde como um ambiente de educação profissional.

3.4 Organizações hospitalares e a busca pela excelência

Antigamente, os hospitais eram vistos como depósitos de doentes, isolavam as pessoas e garantiam a proteção da sociedade de moléstias infecciosas, pouco conhecidas na época. Na Idade Média, as pessoas com melhores condições econômicas recebiam tratamento médico nos seus domicílios, enquanto os doentes pobres recebiam assistência religiosa, objetivando salvar a alma e não curar a doença. Com o avanço da ciência e as mudanças sociais, políticas e econômicas, o interesse passou a se voltar ao paciente como um ser humano integral (LUONGO, 2011).

Com a revolução industrial, no século XVIII, iniciou o modo de produção capitalista, em que novas técnicas de produção de mercadorias, uso de tecnologias e uma nova forma de divisão social do trabalho se desenvolveram. Junto, o homem passou a ser visto como um colaborador para esse desenvolvimento industrial, estando a figura médica nesse contexto, contribuindo para o desenvolvimento dos tratamentos e a ampliação das instituições de saúde.

Concomitantemente ao desenvolvimento industrial houve o desenvolvimento da medicina, possibilitando o descobrimento dos agentes patológicos das doenças, seu desenvolvimento, suas complicações, seu tratamento e sua cura. A partir desse momento, os hospitais passam a ter outro papel na sociedade, não mais como local de cura e tratamento. Perde-se a ideia do misticismo associado às doenças e passa-se a entender que a enfermidade é passível de ser compreendida e tratada pelos conceitos científicos da medicina moderna (LUONGO, 2011, p. 16).

O termo hospital tem origem no latim *hospitiu*, que significa local onde se hospedam pessoas (MOZACHI, 2009). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS),

[...] o conceito de hospital é aplicado para todos os estabelecimentos com pelo menos cinco leitos para a internação de pacientes que garantam um atendimento básico de diagnóstico e tratamento, com equipe clínica organizada e com prova de admissão e assistência permanente prestada por médicos (BRASIL, 2011, p. 10).

Os hospitais são extremamente importantes na organização da rede de saúde no Brasil, e isso se deve ao tipo de serviço ofertado, nível de complexidade e volume de recursos utilizados por esse nível de atenção. Estes serviços de saúde possuem diversas funções que os caracterizam como as organizações mais complexas da rede de saúde. Nos últimos anos, vêm passando por rápidas mudanças que envolvem emprego, ensino, pesquisa, questões sociais, assistenciais e de apoio aos serviços de saúde do País (BRASIL, 2011).

Além da organização estrutural de uma instituição de saúde e a solidificação de políticas, filosofias e objetivos, os hospitais possuem como finalidade proporcionar aos seus clientes qualidade nos serviços, atingindo níveis de excelência cada vez maiores (LUONGO, 2011).

A busca pela qualidade compreende um ponto em comum nas variadas formas de produzir bens e serviços e, neste contexto, destaca-se a acreditação hospitalar, que tem como objetivo avaliar, monitorar e certificar estabelecimentos de saúde que se propõem a oferecer qualidade na prestação de seus serviços (BARBINO JÚNIOR; SILVA; GABRIEL, 2019, p. 295).

A qualidade em saúde abrange a relação direta entre pacientes e profissionais, assim como o serviço que se adapta às necessidades de uma sociedade e às expectativas dos seus clientes, “deixando de ser apenas um atributo de produto, com a responsabilidade de um indivíduo, e passando a abranger todos os processos da atividade das organizações, ou seja, ser um objetivo conjunto de todos os envolvidos” (TERRA; BERSSANET; 2017, p. 12). A acreditação envolve a avaliação de padrões mínimos que garantam a satisfação do cliente, permitindo a identificação de inconformidades na assistência em saúde, o aumento da segurança dos pacientes, dos profissionais e da gerência, a promoção da qualidade, o desenvolvimento da cultura organizacional, comunicação ativa e eficaz, padronização de procedimentos e fortalecimento das equipes (SIMAN; CUNHA; BRITO, 2017).

Antigamente, não se pensava em qualidade nos serviços de saúde; os hospitais eram locais para separar os doentes da sociedade sadia. Posteriormente, os hospitais foram entendidos como locais para prestar cuidados aos doentes. A prioridade era a assistência ao paciente, prestar cuidados necessários para a cura da doença ou a

amenização da dor, sempre visando ao menor sofrimento possível (LUONGO, 2011, p. 215).

O interesse das instituições hospitalares em alcançar o certificado de acreditação iniciou no final dos anos 1980. A partir dos anos 1990, no Brasil, modelos de avaliação externa dos serviços de saúde surgiram para aprimorar o cuidado em saúde e melhorar a gestão hospitalar (SIMAN; CUNHA; BRITO, 2017). O Ministério da Saúde (MS) criou, em 1994, o Programa de Qualidade para promover a cultura da qualidade e instigar as instituições a buscarem padrões de excelência. Em 1999, foi fundada a Organização Nacional de Acreditação (ONA), vinculada ao MS, considerada um marco na busca pela melhoria da qualidade nacional.

[...] a Acreditação emerge como sistema de gestão que, em tese, é um meio sistemático, estratégico e diretivo para melhorias sistêmicas da qualidade do produto de trabalho em saúde, que, dentro do entendimento global da Acreditação, repercute, inclusive, no ambiente de trabalho das organizações aderentes (OLIVEIRA et al., 2017, p. 02).

A segurança, a organização e a gestão da qualidade são primordiais na avaliação do sistema de acreditação. Conforme o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar, para realizar o processo é necessário que a instituição hospitalar contrate uma instituição acreditadora. A certificação da ONA ocorre por meio de três níveis, cada qual com seu princípio norteador, sendo eles: Nível 1 – Acreditado, em relação à segurança e estrutura; Nível 2 – Acreditado Pleno, referente à organização; e Nível 3 – Acreditado com Excelência, que abrange as práticas de qualidade e excelência na gestão (LUONGO, 2011; BARBINO JÚNIOR; SILVA; GABRIEL, 2019; FREIRE et al., 2019).

O alcance e a manutenção dos requisitos para acreditação, portanto, estão diretamente relacionados à produção de sentidos e à mudança de comportamento, que devem ocorrer quando os indivíduos são sensibilizados sobre a necessidade de aprimorarem seus processos de trabalho (FREIRE et al., 2019, p. 02).

A busca cada vez mais constante pela qualidade no serviço é uma realidade e, assim, a segurança do paciente torna-se uma importante dimensão da qualidade do cuidado em saúde, ganhando destaque e atenção dos pesquisadores no mundo todo e o reconhecimento pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Por fim, reconhecer a necessidade do desenvolvimento de estratégias, objetivando melhoria no cuidado, mudanças de comportamento e a diminuição dos incidentes e eventos adversos, contribuiu para o crescimento, para a implementação de programas de acreditação hospitalar e a promoção de uma cultura de segurança.

3.5 Contextualizando o universo conceitual de cultura

[...] “ao discutirmos sobre cultura temos sempre em mente a humanidade em toda a sua riqueza e multiplicidade de formas de existência. São complexas as realidades dos agrupamentos humanos e as características que os unem e diferenciam, e a cultura as expressa” (SANTOS, 1983, p. 7-8).

A intenção deste capítulo é contextualizar as diferentes concepções sobre cultura e compreender as suas relações com a segurança do paciente, Cultura de Segurança do Paciente (CSP), cultura de punição, cultura de uma instituição e cultura justa. Na área da saúde, a cultura de segurança tem sido citada como uma estratégia para construir uma cultura que reconheça os desafios e a magnitude da segurança do paciente nas instituições de saúde, sendo, então, definida como um produto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento de grupos e de indivíduos, determinando um padrão de compromisso, estilo e proficiência no manejo de segurança em saúde de uma organização (BOPSIN; RIBAS; SILVA, 2019; NIEVA; SORRA, 2003; RIGOBELLO et. al.; 2012).

O termo cultura é derivado da palavra latina *cultura*, que significa o ato de cultivar o solo. Para Santaella (2003), a cultura é como a vida, em que cresce, desenvolve-se e prolifera-se, sendo quatro os princípios que a governam:

[...] ela tende a se expandir como um gás para ocupar todo o espaço disponível; ela se adapta às exigências do espaço que se tornou disponível; ela se desenvolve continuamente em níveis de maior complexidade; quanto mais complexo o nível de sua organização, mais rapidamente a vida cresce. Esses mesmos princípios se aplicam à cultura. Sua disposição para o crescimento é natural. Também como a vida, quando encontra condições favoráveis ao seu desenvolvimento, a cultura se alastra, floresce, aparece, faz-se ostensivamente presente (p. 29).

Na concepção de Helman (1994), a cultura é um conjunto de princípios, sendo eles implícitos e explícitos, herdados pelas pessoas enquanto membros de uma sociedade. São estes princípios que irão revelar a eles como ver o mundo, como vivenciá-lo emocionalmente e como comportar-se nele. Essa maneira de ver o mundo é transmitida de geração para geração, por meio dos símbolos, artes, rituais, linguagens. “De certa forma, a cultura pode ser considerada como uma ‘lente’ herdada, através da qual os indivíduos percebem e compreendem o mundo que habitam, aprendendo a viver dentro dele” (p. 23).

Há diferentes conceitos de cultura, mas há um consenso de que somente a cultura admite a adaptação humana ao seu ambiente natural, sendo variável e que se manifesta em instituições e padrões de comportamento. “A cultura é a parte do ambiente que é feito pelo homem. Implícito nisto está o reconhecimento de que a vida humana é vivida num contexto duplo, o *habitat* natural e seu ambiente social” (SANTAELLA, 2003, p. 31).

Para Langdon e Wiik (2010), a definição de cultura é extremamente complexa e diversa, porém, há três aspectos que são necessários para a compressão da atividade sociocultural. Primeiro, que a cultura é aprendida, ou seja, não podemos definir o comportamento humano de maneira isolada, pois a cultura modela as necessidades e as características biológicas e corporais. Segundo, a cultura é “compartilhada pelos indivíduos formadores de uma sociedade que torna essas potencialidades em atividades específicas, diferenciadas e simbolicamente inteligíveis e comunicáveis”. E por fim, a cultura é compartilhada e padronizada, “pois consiste em uma criação humana, partilhada por grupos sociais específicos” (p. 175).

A cultura está presente na sociedade desde o início dos tempos, mas o interesse pelas questões culturais dentro de empresas é bem mais recente. Em 1986 foi utilizado pela primeira vez pelo Grupo Consultivo Internacional em Segurança Nuclear (INSAG), ao publicar o relatório sobre o acidente nuclear de Chernobyl, o termo **Cultura de Segurança** (RIGOBELLO et. al.; 2012; CAMPOS; DIAS, 2012). A partir de então, o termo vem sendo utilizado por indústrias avaliadas como de alto risco, incluindo as instituições hospitalares.

Embora os cuidados em saúde tragam benefícios a todos os envolvidos neste processo, a ocorrência de erros é possível, podendo gerar consequências aos pacientes. Assim, os modelos de Cultura de Segurança foram recomendados pelas instituições *United Kingdom National Health Service*, a *Joint Commission for the Accreditation of Healthcare Organizations*, a *Agency for Healthcare Research and Quality* e o *United States National Quality Forum* em resposta à crescente preocupação com a segurança do paciente (RIGOBELLO et. al.; 2012).

Os profissionais da área da saúde desenvolvem sua assistência, por natureza, com zelo, esforçando-se em garantir um cuidado livre de danos. Mesmo diante deste comportamento, as falhas não são impedidas de acontecerem, contradizendo a ideia de perfeição no cuidado em saúde. Sabendo que errar é humano, as organizações precisam trabalhar internamente essas questões, tornando-as mais seguras e diminuindo a ocorrência de incidentes com ou sem danos.

Na perspectiva de Bopsin, Ribas e Silva (2019, p. 84):

Estabelecer a cultura de segurança é estratégico para que as pessoas desenvolvam a percepção do risco, adotem comportamento proativo na identificação de condições e práticas inseguras e se sintam empoderadas para interrompê-las e corrigi-las a tempo de se evitar danos na assistência. O desfecho do paciente depende do comportamento seguro dos profissionais que atuam a beira leito. Eventos adversos e desfechos desfavoráveis consomem recursos e causam danos por vezes irreparáveis aos pacientes.

Conforme os conceitos definidos pelos documentos oficiais de Segurança do Paciente, a Cultura de Segurança configura-se a partir de cinco características operacionalizadas pela gestão de segurança da organização, sendo elas: 1) cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares; 2) cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais; 3) cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança; 4) cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional; e 5) cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança (BRASIL, 2013b).

Até pouco tempo atrás, a perfeição na assistência à saúde era baseada em uma cultura centrada no indivíduo, demarcada pela culpa e pelo castigo. Acreditava-se que as censuras e punições geravam melhorias, impedindo e reduzindo a ocorrência de incidentes. Porém, com medo de represálias diante dos incidentes ocorridos na assistência ao paciente, muitos profissionais omitem ou ocultam os fatos, dificultando a análise dos processos assistenciais e as ações que objetivam práticas mais seguras. Neste sentido, para Quinto Neto (2006), as falhas e os acidentes fazem parte do dia a dia do trabalho de cuidar, sendo necessário “substituir o enfoque da culpa e castigo pela abordagem da aprendizagem que identifica, analisa e propõe melhorias para reduzir ou impedir a ocorrência de eventos adversos evitáveis” (p. 154).

A segurança do paciente é um grande desafio e depende essencialmente do envolvimento dos profissionais e gestores para que a cultura de segurança seja efetiva. Quando um incidente ocorre, o paciente não é o único a sofrer com o fato, mas, também, as instituições de saúde e os profissionais envolvidos. Ocorre aumento do tempo de internação, maiores custos para a instituição e perda da credibilidade, assim como a interação entre profissional e paciente, torna-se fragilizada, podendo sofrer danos morais e éticos (SILVA et al., 2019).

De acordo com Bopsin, Ribas e Silva (2019, p. 85),

O maior desafio em um movimento para um sistema de saúde seguro é, muitas vezes, cultural. Uma **cultura de punição**, em que os erros são vistos apenas como fracassos pessoais, deve ser substituída por uma cultura em que os erros sejam tratados como oportunidades de melhorar o sistema. Entende-se que a promoção da cultura de segurança do paciente envolve o engajamento de toda a instituição, incluindo especialmente a ação ativa das lideranças. Considerando a promoção da cultura de segurança do paciente, as organizações devem propiciar um ambiente onde os profissionais se sintam empoderados a participar, colaborando com suas

sugestões e identificando, assim, a necessidade de rever o processo, em prol da assistência segura.

Outro termo que começou a ser usado, a partir dos anos 1970 e 1980, para indicar um novo campo de interesse no interior da administração é a **cultura organizacional**, sendo a cultura uma variável importante de uma empresa. A organização está inserida em um espaço social e cultural, recebendo influências deste contexto e sendo construída de forma compartilhada. Assim, não existiria uma cultura organizacional sem as pessoas (BARBOSA, 1996; PIRES; MACÊDO, 2006).

As pessoas acreditam, na maior parte das vezes, que aquilo que fazem é o certo. O funcionário de uma empresa, qualquer que seja sua função ou posição na hierarquia, é alguém com memória, sentimentos e valores que o vinculam a um contexto social mais amplo, do qual a empresa faz parte. A lógica cultural não é um comportamento racional, que pode ser explicada por uma lógica científica baseada no método hipotético-dedutivo. É um comportamento mais do que racional e precisa ser entendida em seus próprios termos (BARBOSA, 1996, p. 02).

Conforme Pirês e Macedo (2006, p. 83), cultura é um termo muito utilizado “porque atende a várias necessidades e vários interesses da sociedade e dos próprios pesquisadores”, possuindo diferentes conceitos. Para eles, “a cultura implica estabilidade, enfatiza demonstrações conceituais, serve como fator aglutinador para levar os membros do grupo em direção ao consenso, implica dinâmica e padronização”.

A cultura expressa os valores e as crenças que os membros desse grupo partilham. Tais valores manifestam-se por meio de símbolos, como mitos, rituais, histórias, lendas e uma linguagem especializada, orientando os indivíduos de uma referida cultura na forma de pensar, agir e tomar decisões. O indivíduo é essencialmente um ser de cultura. Nesse sentido, a cultura torna possível a transformação da natureza e faz com que os povos se diferenciem pelas suas elaborações culturais, invenções e diferentes resoluções e encaminhamentos dos problemas (p. 83-84).

As organizações fazem parte de um ambiente, recebendo influências e influenciando-o. São os profissionais que ali atuam que contribuem para essa troca constante, “sendo seus valores componentes para a formação da cultura da organização” (PIRÊS; MACEDO, 2006, p. 87).

Na concepção de Castells (2009), cultura é o conjunto de valores e crenças que determinam a conduta das pessoas. Os indivíduos vivem em sociedade e as sociedades são construções culturais. Conforme o autor,

A identificação cultural refere-se à existência de conjuntos específicos de valores e crenças nos quais certos grupos humanos são reconhecidos. A identificação cultural é, em grande parte, o resultado da geografia e história da organização humana, mas também pode ser formado a partir de projetos concretos de construção de identidades (p. 166).

A cultura de segurança, especificamente no ambiente hospitalar, é um fenômeno complexo, pois envolve diferentes pessoas e equipes multiprofissionais que estão inseridas em diferentes meios culturais, carregando consigo uma bagagem cultural própria. Envolve, também, o compartilhamento de práticas, valores, atitudes e comportamentos para redução dos danos, objetivando a promoção de uma assistência segura à saúde. Na compreensão de Langdon e Wiik (2010, p. 177),

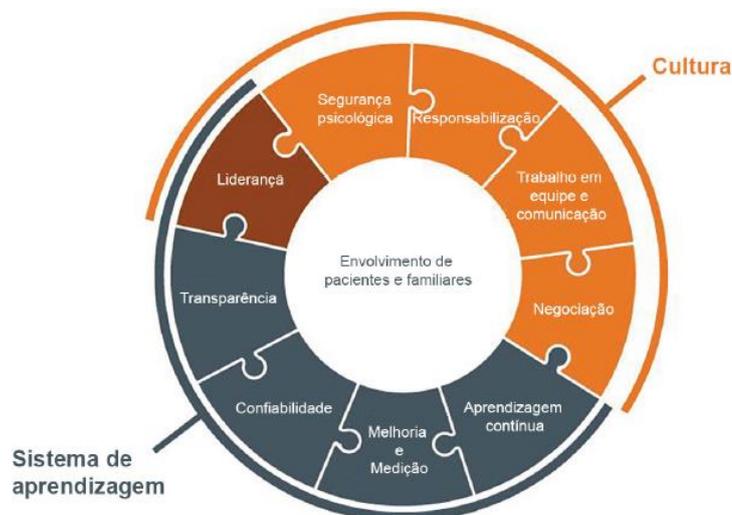
[...] a socialização dos indivíduos é responsável pela transmissão dos sentidos acerca do *porquê fazer*. O *porquê fazer* tem especial importância, pois permite entender a integração e a lógica de uma cultura. A cultura, antes de tudo oferece uma visão do mundo, isto é, uma explicação sobre como o mundo é organizado, de como atuar em um mundo que ganha sentido e é valorado através da cultura.

Diferentes instituições trabalham há anos para melhorar a segurança, a confiabilidade e a efetividade do cuidado de saúde. O *Institute for Healthcare Improvement* (IHI), líder no trabalho de melhoria da saúde e do cuidado de saúde em todo o mundo, juntamente com a empresa *Safe & Reliable Healthcare* (SRH), desenvolveram o Referencial para um cuidado seguro, confiável e efetivo. O documento foi elaborado por mais de 15 anos, sendo publicado no ano de 2017, e reúne conceitos estratégicos, clínicos e operacionais que são considerados fundamentais para o alcance de um cuidado seguro, confiável e efetivo. O referencial abrange dois domínios fundamentais,

[...] a cultura e o sistema de aprendizagem, juntamente com nove componentes inter-relacionados: liderança, segurança psicológica, responsabilização, trabalho em equipe e comunicação, negociação, transparência, confiabilidade, melhoria e medição e aprendizagem contínua. O envolvimento dos pacientes e suas famílias está no centro do referencial — esse é o motor que impulsiona o trabalho para criar um cuidado seguro, confiável e efetivo (FRANKEL et al., 2017, p. 05).

De acordo com o documento, “a aprendizagem e uma cultura saudável se reforçam mutuamente, identificando e resolvendo os defeitos clínicos, culturais e operacionais” (p. 06). Assim, os componentes culturais são: segurança psicológica, responsabilização, trabalho em equipe e comunicação e negociação. Além de um componente comum, a liderança, que faz parte de ambos os domínios - cultura e sistema de aprendizagem. Já o domínio do sistema de aprendizagem possui quatro componentes: transparência, confiabilidade, melhoria e medição e aprendizagem contínua. Além do componente comum da liderança (Figura 1).

Figura 3. Referencial para um cuidado seguro, confiável e efetivo, 2017.



Fonte: Frankel et al. (2017).

Sobre os componentes da cultura, a **segurança psicológica** diz respeito ao apoio para os diferentes questionamentos nos ambientes de trabalho, fazendo com que a pergunta seja vista como algo positivo, sendo sempre bem-vinda. Os elementos da segurança psicológica envolvem quatro atributos, sendo eles: Qualquer pessoa pode fazer perguntas sem parecer tola; Qualquer pessoa pode pedir *feedback* sem parecer incompetente; Qualquer pessoa pode ser respeitosamente crítica sem parecer negativa; Qualquer pessoa pode sugerir ideias inovadoras sem dar a impressão de que está perturbando o trabalho.

O segundo componente da cultura, a **responsabilização**, destaca a importância de:

responsabilizar as pessoas por suas ações, mas não por falhas em processos ou sistemas. Cada pessoa é responsável diante dos outros por agir de uma forma que represente os valores da organização, e cada pessoa é responsável, como um membro de uma equipe, a ser comprometida, competente, corajosa e a gerir o seu próprio comportamento. Por sua vez, a organização é responsável por tratar as pessoas de forma justa “quando as coisas dão errado” (p. 10).

É neste contexto que surge o conceito de **cultura justa**, ou seja, uma cultura que gere um ambiente em que “os profissionais aceitem serem responsabilizados por suas próprias ações, mas saibam que a organização os tratará de forma justa e não os culpará por algo que esteve fora do seu controle” (FRANKEL et al., 2017, p. 10).

O **trabalho em equipe e comunicação**, terceiro componente, destaca a importância da união entre os profissionais de uma mesma equipe e que possuem uma boa comunicação. “As marcas de uma equipe forte incluem o trabalho conjunto para planejar o futuro, refletir sobre o passado, comunicar-se com clareza e gerir os riscos” (p. 10). Para que isso ocorra, é

necessário que “os membros da equipe sejam comprometidos, competentes, corajosos e capazes de autogerir o seu comportamento. Isto lhes permitirá planejar o futuro, refletir sobre o passado, comunicar-se claramente e gerir os riscos” (p. 10).

Por fim, o último componente da cultura trata da **negociação**, ou seja, instituições precisam gerir os conflitos e as negociações objetivando chegar em um comum acordo sobre as questões que envolvem o cuidado. Com relação a este tema, Frankel et al. (2017, p. 14) comentam que:

Embora seja um processo difícil, os benefícios da negociação colaborativa valem o esforço. Ao realizarem simultaneamente o inquérito apreciativo⁵ e a autorreflexão, os participantes têm uma maior possibilidade de terem ideias que atendam às necessidades de ambas as partes e de identificar aspectos de um problema que não haviam sido considerados inicialmente. Isto pode resultar em soluções inovadoras que levem à resolução dos problemas no interesse de todos.

Este referencial foi desenvolvido com o objetivo de guiar as instituições de saúde na organização dos seus processos e, conseqüentemente, na prestação de um serviço com qualidade e segurança. Faz-se necessário que instituições construam meios em que os profissionais possam manifestar suas opiniões, analisar e debater os processos assistenciais e socializarem suas situações laborais cotidianas, pois a cultura de segurança sofre influências de um ambiente institucional que seja pautado na confiança e no aprendizado. Importante que os profissionais, por meio de práticas educativas, compreendam o processo como um todo e a importância de identificar fragilidades no decorrer do mesmo, fazendo com que as possíveis falhas não cheguem até o paciente. Assim, para o comprometimento com o cuidado seguro devemos sopesar a importância dos valores subjacentes, sejam eles pessoais ou institucionais.

3.6 O trabalho em saúde

Na linguagem cotidiana a palavra trabalho tem muitos significados. Embora pareça compreensível, como uma das formas elementares de ação dos homens, o seu conteúdo oscila. Às vezes, carregada de emoção, lembra dor, tortura, suor do rosto, fadiga. Noutras, mais que aflição e fardo, designa a operação humana de transformação da matéria natural em objeto de cultura. É o homem em ação para sobreviver e realizar-se, criando instrumentos, e com esses, todo um novo universo cujas vinculações com a natureza, embora inegáveis, se tornam opacas (ALBORNOZ, 1994, p. 08).

⁵ O inquérito apreciativo significa a investigação que é realizada dentro das instituições de saúde por meio de perguntas e conversas com os profissionais envolvidos, para compreender como o incidente na assistência ao paciente aconteceu ou quais barreiras para segurança do paciente falharam.

Em muitas línguas da cultura europeia, a palavra trabalhar possui diferentes significados. Na língua portuguesa existe a palavra labor e trabalho que se referem “a de realizar uma obra que te expresse, que dê reconhecimento social e permaneça além da tua vida” e, também, “esforço rotineiro e repetitivo, sem liberdade, de resultado consumível e incômodo inevitável” (ALBORNOZ, 1994, p. 09).

Conforme Marx (1989a), o trabalho, antes de tudo é:

[...] um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano com sua própria ação impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza. Defronta-se com a natureza como uma de suas forças. Põe em movimento as forças naturais de seu corpo, braços e pernas, cabeça e mãos, a fim de apropriar-se dos recursos da natureza, imprimindo-lhes forma útil à vida humana. Atuando assim sobre a natureza externa e modificando-a, ao mesmo tempo modifica sua própria natureza. Desenvolve as potencialidades nela adormecidas e submete ao seu domínio o jogo das forças naturais (p. 202).

O trabalho, para Marx, é uma atividade ontológica, definindo a natureza do ser humano. Assim como para Saviani (2007), em que a essência humana é definida pelo trabalho, não podendo o homem viver sem trabalhar. “Já que o homem não tem sua existência garantida pela natureza, sem agir sobre ela, transformando-a e adequando-a às suas necessidades, o homem perece” (p. 155). Porém, o surgimento da propriedade privada tornou possível que a classe de proprietários passasse a viver sem trabalhar, ou passasse a viver do trabalho alheio.

A partir da industrialização no século XIX, muitas mudanças ocorreram no modo de viver e de trabalhar, nascendo o capitalismo. Conforme Laudares (2006, p. 99), “a perda da autonomia do trabalhador, dos seus meios de produção, do planejamento e do processo de trabalho, o subjugam aos domínios do capitalista com o seu tipo de estruturação laboral”. As relações de trabalho no capitalismo “são movidas pela cooperação do trabalhador, na sua corresponsabilidade do progresso, exacerbando uma divisão social em classe entre capital e trabalho” (LAUDARES, 2006, p. 102), sendo a principal forma de trabalho humano nas sociedades capitalistas o trabalho assalariado, em que os trabalhadores vendem sua força de trabalho aos proprietários dos meios de produção, mantendo esses últimos um controle sobre o processo de trabalho.

O século XX foi marcado pelo taylorismo-fordismo em que a “estrutura produtiva se desenvolveu: uma fábrica (prolongando-se para a sociedade) produzindo sob o controle rígido do capital”. Na concepção de Taylor, “os trabalhadores deveriam executar o trabalho prescrito, sob rígido controle dos tempos e movimentos, e que deveria existir uma camada de gestores responsáveis pela elaboração e controle da produção”. A partir disto, a materialidade

produtiva se disseminou para o mundo industrial e de serviços, ficando marcada pela sua “mecanização, parcelização, manualização, alienação e, no limite, desantropomorfização” (ANTUNES, 2006, p. 12).

Então, na década de 1970, houve o declínio da base taylorista-fordista para dar espaço ao novo modelo de empresa, sendo esta mais flexível. Se a era fordista intencionou reduzir a responsabilidade do trabalhador, automatizando os processos industriais, a nova era da produção flexível e no controle de qualidade impõe novas responsabilidades ao trabalhador, mas sem ganhos significativos. Essa alteração teve impulso após as vitórias do neoliberalismo, em que um novo modelo socioeconômico se apresentou como alternativa, em substituição ao “*welfare state*”. Para Antunes (2006, p. 13),

Essa reestruturação produtiva fundamentou-se no que o ideário dominante denominou *lean production*, isto é, a empresa enxuta, a “empresa moderna”, a empresa que restringe e limita o trabalho vivo (isto é, o trabalho humano), ampliando o maquinário tecnocientífico, que Marx denominou trabalho morto. E que redesenhou a planta produtiva de modo bastante distinto do taylorismo/fordismo, reduzindo enormemente a força de trabalho viva e ampliando intensamente sua produtividade, reterritorializando e mesmo desterritorializando o mundo produtivo (...).

A década de 80 foi marcada por profundas transformações no trabalho, com novas formas de estrutura produtiva, representações sindicais e políticas. Foi nessa época que a tecnologia invadiu os espaços de trabalho, influenciando as relações de trabalho e a produção do capital (ANTUNES, 2006). Como consequência, tivemos o desemprego, precarização do trabalho, baixos salários, trabalhadores perdendo seus direitos. Cada vez mais o trabalho vivo, realizado pelo ser humano, sendo substituído pelo trabalho morto, das máquinas (ANTUNES, 2006).

A área da saúde, e mais especificamente os serviços hospitalares, passou por mudanças organizacionais sucedidas da transição entre o modelo fordista-taylorista e a empresa flexível. O trabalho vivo, desempenhado pelos profissionais da área da saúde, substituído pelo trabalho morto, realizado pelas máquinas e diferentes tecnologias, não chega a se realizar na sua totalidade devido às especialidades do trabalho em saúde, mas “colabora para a consolidação de uma dinâmica cada vez mais mecanizadora, impessoalizante e ineficiente em seu interior” (GOMES, 2017, p. 299). O trabalho em saúde é diferente dos demais setores econômicos, pois, por mais que a tecnologia seja inserida nos processos assistenciais, há “uma substituição limitada do recurso humano. Isso significa que o trabalho vivo, mesmo com o intenso

processo de tecnologização do atendimento, segue sendo central na saúde” (VIEIRA; CHINELLI, 2013, p. 1593).

Diante desse cenário, e em busca de alternativas de gestão dos processos de trabalho, o Ministério da Saúde (MS) lançou, em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH), já comentada no subcapítulo 3.3, estimulando a comunicação entre os gestores, trabalhadores e usuários de saúde para edificar processos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que em muitos momentos determinam atitudes desumanizadoras que dificultam a autonomia dos profissionais da saúde e dos usuários do SUS no seu próprio cuidado. Dentre as diretrizes da PNH, destaca-se a Valorização do Trabalho e Trabalhadores da Saúde, que constitui espaços e oportunidades para análises coletivas do trabalho, com a participação ativa dos profissionais de saúde, buscando a corresponsabilização nas ações em saúde e apostando na capacidade de análise, definição e qualificação dos processos de trabalho. Os resultados esperados são a melhora na comunicação entre sujeitos, equipes e gestores, e o protagonismo e autonomia dos trabalhadores (BRASIL, 2011).

De acordo com o Caderno Humaniza SUS, Volume 3, referente a Atenção Hospitalar (BRASIL, 2011), os hospitais brasileiros ainda estão organizados em gerências autoritárias e centralizadoras, sendo isso relevante para o desenvolvimento de diversos problemas, como uma assistência fragmentada e de maneira impessoal, fragilizando vínculos entre profissionais e clientes, e assim produzindo descompromisso, baixa responsabilização e insatisfação dos usuários e trabalhadores. O mesmo documento afirma que

[...] a estas características têm sido agregados como problemas frequentes nos hospitais brasileiros a existência de sistemas de gestão centralizados, com baixa participação dos trabalhadores; organização do trabalho por categorias profissionais, o que dificulta o trabalho em equipe; segmentação do cuidado pela lógica da seção, da unidade, com fragmentação dos processos de trabalho. Além disto, a estrutura interna de poder tem sido marcada pelo excessivo poder técnico-burocrático, em geral colonizado pela tradição médica, que tem ação disciplinadora, de ordenamento e controle do conjunto dos processos de trabalho. Isso tem produzido relações de trabalho bastante hierarquizadas, com divisão desigual do poder e, desta maneira, a vida cotidiana para os trabalhadores dos hospitais tem sido experimentada de forma bastante diversa, considerando a posição que se ocupa na estrutura organizativa do trabalho (BRASIL, 2011, p. 35).

Compreende-se que a PNH, por meio de suas diretrizes, estimula o desenvolvimento de espaços dentro dos ambientes de trabalho para a dinâmica de desempenho dos trabalhadores da área da saúde, sugerindo uma liberdade em suas ações. Contudo, ainda nos deparamos com uma realidade paradoxal, em que algumas organizações estimulam os espaços de autonomia e liberdade dos profissionais de saúde, enquanto outras não.

Entretanto, embora o trabalho em saúde seja predominantemente caracterizado pelo trabalho vivo, está inserido em um sistema capitalista, em que os modelos de produção do trabalho “não rompem com a perspectiva de controle sobre o trabalho e os trabalhadores presente no modelo taylorista-fordista”. Os espaços criados pelas empresas para dinamizar os trabalhadores visam aumentar produtividade e capital, não sendo diferente em instituições hospitalares que apresentam custos elevados e necessitam de uma receita equivalente para fazer frente aos mesmos, sendo, assim, “uma forma equivocada e redutora do significado de autonomia” (FISCHBORN, 2018, p. 233). O Humaniza SUS, de acordo com Vieira e Chinelli (2013), mesmo sendo pensado de forma integrada, acaba por ser implementado de maneira fragmentada, ou seja, “sem interferir de forma eficaz na redução da precariedade das relações de trabalho de boa parte dos trabalhadores da saúde” (p. 1594).

Percebe-se, diante deste cenário, que praticar a PNH torna-se um desafio frente aos ambientes de trabalho, em que a autonomia e a liberdade do profissional ainda não são estimuladas na sua totalidade. Espaços e oportunidades para análises coletivas do trabalho, com a participação ativa dos profissionais de saúde, estão entre as diretrizes da PNH, objetivando a corresponsabilização nas ações em saúde e a qualificação do serviço. Como os profissionais da área da saúde lidam com esta realidade paradoxal, em que de um lado são estimulados a participarem dos processos e de outro não? Como praticar a autonomia para a segurança do paciente em ambientes que privilegiam o lucro e que ainda não propiciam espaços de autonomia e liberdade?

3.6.1 As(os) trabalhadoras(es) da enfermagem

Os trabalhadores da enfermagem são em sua maioria mulheres. Para Bandeira e Oliveira (1998, p. 678), a profissão de enfermagem distingue-se “tanto pela sua importância numérica, quanto pela prática profissional quase exclusivamente feminina, assalariada e hospitalar pública e privada, centralizada na atividade orientada ao cuidado da saúde de doentes hospitalizados”. A intenção deste capítulo é apresentar aos leitores algumas características gerais das profissionais responsáveis pelo trabalho em saúde, refletindo sobre os espaços que as mulheres da enfermagem ocupam em nossa sociedade, em nossos hospitais e em nossos lares.

A presença feminina nas atividades de cuidar vem desde os tempos remotos, por meio de saberes passados de geração para geração, voltados para o cuidado da casa, dos maridos, filhos, idosos e carecidos. O cuidado está associado à imagem da mulher-mãe que sempre foi

“curandeira e detentora de um saber informal de práticas de saúde” (LOPES; LEAL, 2005, p. 109). A atuação da Enfermagem era, em sua origem, majoritariamente feminina e caritativa.

A identificação da enfermagem com o sexo feminino encontrou ressonâncias em discursos que procuraram naturalizar o papel da mulher, dentre eles, que a enfermagem pertencia ao domínio doméstico e o lar seria o recinto dominante da mulher. A enfermagem como chamado e não como trabalho teve sua imagem esculpida simbolicamente a partir da figura de Florence Nightingale, a *lady* com a lâmpada (RENOVATO et al., 2009, p. 234).

Foram as descobertas microbiológicas e a evolução dos procedimentos técnicos da medicina e das ciências biológicas, associados à revolução industrial, que firmaram uma área da saúde para a prática da enfermagem (LOPES; LEAL, 2005, p. 110). Desenvolveu-se, então, no começo do século XIX, como uma prática profissional no contexto das guerras e a necessidade da prestação do cuidado aos soldados feridos. Foi neste cenário que a Enfermagem demonstrou a importância do seu papel e de um cuidado para além do empirismo (LESSA; ARAUJO, 2013; PORTO; AMORIN, 2010).

Com a chegada da revolução industrial e a expansão do capitalismo, as mulheres conseguiram romper com as barreiras do espaço doméstico e se inserirem no mercado de trabalho, incluindo a atuação na enfermagem. Porém, as desigualdades entre homens e mulheres ainda permanecem.

Sobre a institucionalização da Enfermagem como profissão, é importante considerarmos a influência de Florence Nightingale, considerada a fundadora da Enfermagem Moderna em todo o mundo. Após retornar da Guerra da Criméia, em 1854, em que atuou de maneira voluntária, se tornou uma figura pública por quebrar “o preconceito que existia em torno da participação da mulher no Exército”, modificando a visão da sociedade e firmando o trabalho de enfermagem como um serviço importante para as mulheres (COSTA et al., 2009, p. 662).

A Enfermagem, para Nightingale, era uma arte que requeria treinamento organizado, prático e científico; a enfermeira deveria ser uma pessoa capacitada a servir à medicina, à cirurgia e à higiene e não a servir aos profissionais dessas áreas. O grande mérito de Florence Nightingale foi dar voz ao silêncio daqueles que prestavam cuidados de enfermagem, que provavelmente não percebiam a importância dos rituais que seguiam, que já indicavam uma prática profissional organizada (COSTA et al., 2009, p. 662).

Aos poucos, a profissão foi ganhando espaço e sendo “construída baseada no modelo biomédico, deixando o cuidado como prática secundária, em detrimento de um modelo centrado na cura e na técnica” (LESSA; ARAUJO, 2013). A primeira escola de enfermagem

foi criada em Londres, nos anos 1860, e somente o médico era considerado qualificado para ensinar, ministrando as aulas. A respeito do percurso histórico da Enfermagem, Lessa e Araujo (2013) afirmam que:

Resgatar o percurso histórico da Enfermagem é entender que a profissão se configurou como subordinada ao saber e ao fazer da Medicina, desprovida de liberdade, e construindo suas bases teóricas sob os ensinamentos médicos que foram passo a passo transferindo técnicas e procedimentos para esse profissional. Este deveria não só controlar os doentes, como também cumprir as prescrições médicas no seu processo de entrada nas instituições hospitalares (p. 475).

O desenvolvimento econômico e social contribuiu para os avanços na área da saúde, incluindo a Enfermagem. Em 1990, por meio da Lei nº 8.080, foi instituído, no Brasil, o maior sistema gratuito de saúde do mundo, criado para regular as ações e os serviços de saúde em todo o território nacional. Esta lei entende a saúde como um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício (BRASIL, 1990).

O Sistema Único de Saúde, mais conhecido como SUS, mudou o modelo de atendimento à saúde, amparando toda a população por meio de serviços e ações curativas, de prevenção e promoção à saúde. Realiza procedimentos dos mais simples aos mais complexos, prestando atendimento a milhões de pessoas por dia e incluindo todos os profissionais da área da saúde, o que conhecemos por equipes multidisciplinares.

Assim, podemos dizer que “entrelaçada à existência do SUS está a Enfermagem. Um contingente muito expressivo, representando mais da metade de todos os profissionais de saúde em atuação no Brasil” (SILVA; MACHADO, 2020, p. 08). Hoje, considerada essencial e indispensável nos trabalhos em saúde no Brasil e no mundo, a prática social da enfermeira pode e deve ser desenvolvida e considerada em diferentes cenários e campos de atuação, como a área assistencial, de gestão, empreendedorismo, docência e pesquisa.

As enfermeiras assumem cada vez mais um lugar de destaque dentro dos serviços de saúde, demonstrando capacidade técnica e científica, coordenando o cuidado, gerenciando as equipes e identificando as necessidades dos seus pacientes e comunidades. O cuidado, que antes era centrado somente na doença, hoje passa a acontecer de maneira integral, sendo a enfermeira a sua gestora, responsável pela comunicação entre os membros das equipes multiprofissionais que assistem o paciente, interligando diferentes serviços. Neste sentido, Backes et al. (2012) afirmam que:

Mesmo que interligada e complementada por outros saberes profissionais, a enfermagem pode ser amplamente definida como a ciência do cuidado integral e integrador em saúde, tanto no sentido de assistir e coordenar as práticas de cuidado, quanto no sentido de promover e proteger a saúde dos indivíduos, famílias e comunidades (p. 224).

Sabemos que a Enfermagem não atua sozinha. Além dos diferentes profissionais que compõem a equipe multiprofissional, como médico, assistente social, nutricionista, psicólogo, farmacêutico, entre outros, o enfermeiro conta com o trabalho do técnico de enfermagem e do auxiliar de enfermagem. Juntos, formam a equipe de enfermagem dos diferentes níveis de atenção à saúde, desenvolvendo suas atividades de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, guiadas pelo código de ética. Atualmente, de acordo com o que consta no site do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, s.d.), o Brasil conta com 653.812 Enfermeiros, 1.548.066 Técnicos de Enfermagem e 442.335 Auxiliares de Enfermagem.

4 CAMINHO METODOLÓGICO

4.1 Caracterização da pesquisa

Entendemos por pesquisa a atividade básica da Ciência na sua indagação e construção da realidade. É a pesquisa que alimenta a atividade de ensino e a atualiza frente à realidade do mundo. Portanto, embora seja uma prática teórica, a pesquisa vincula pensamento e ação. Ou seja, nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática. As questões da investigação estão, portanto, relacionadas a interesses e circunstâncias socialmente condicionadas. São frutos de determinada inserção no real, nele encontrando suas razões e seus objetivos (MINAYO, 2002, p. 17).

Para que possamos realizar uma pesquisa, o delineamento metodológico ajuda-nos na organização dos procedimentos necessários para o êxito do estudo, orientando a ação dos pesquisadores. Conforme Minayo (2002, p. 16), “a metodologia inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a construção da realidade e o sopro divino do potencial criativo do investigador”.

Enquanto abrangência de concepções teóricas de abordagem, a teoria e a metodologia caminham juntas, intrinsecamente inseparáveis. Enquanto conjunto de técnicas, a metodologia deve dispor de um instrumental claro, coerente, elaborado, capaz de encaminhar os impasses teóricos para o desafio da prática (MINAYO, 2002, p. 16).

A fim de conhecer as práticas educativas desenvolvidas em uma instituição hospitalar para a promoção da segurança do paciente e compreender como estas refletem no dia a dia do trabalho de cuidado, segundo enfermeiros e técnicos de enfermagem, este estudo se caracteriza como uma pesquisa do tipo estudo de caso com enfoque qualitativo.

Por estudo de caso, Triviños (1987, p. 133) entende “uma categoria de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa aprofundadamente”, visando ao exame detalhado de um ambiente, de um simples sujeito ou de uma situação em particular. Os resultados deste tipo de pesquisa são válidos somente para o caso em estudo, não podendo ser generalizados para outras situações. Para o autor, o valor deste tipo de pesquisa é o estudo aprofundado de uma realidade, resultando em hipóteses e desenvolvimento de novas pesquisas.

Quanto ao enfoque qualitativo, Triviños (1987) afirma que o interesse pelos aspectos qualitativos da educação surgiu na década de 1970, nos países da América Latina. Para o autor, o ensino sempre se diferenciou pela ênfase da sua realidade qualitativa, mesmo manifestando-se por meio de quantificações como porcentagens e dados numéricos.

A pesquisa qualitativa busca a compreensão dos fenômenos sociais e possui algumas características básicas, como: o estudo e a contextualização da história cultural e social dos sujeitos envolvidos no estudo, compreendendo seu ambiente natural, assim como sua totalidade; na pesquisa qualitativa a interpretação dos resultados tem como base a compreensão de um fenômeno no seu contexto; os pesquisadores preocupam-se com todo o processo e não somente com os resultados finais e/ou produto; este tipo de pesquisa parte do fenômeno social, não tendo hipóteses para verificar; e, por fim, possui como preocupação essencial o significado, ou seja, a vida das pessoas e o meio cultural em que estão inseridas e que nutrem a sua existência (TRIVIÑOS, 1987).

Minayo (2014) aponta que a pesquisa qualitativa possui uma fundamentação teórica, permitindo compreender processos sociais ainda pouco conhecidos de grupos particulares, proporcionando a edificação de novas abordagens, a revisão e a criação de conceitos, com o desenvolvimento de categorias no período da pesquisa. Para a autora, a pesquisa qualitativa “caracteriza-se pela empiria e pela sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo em estudo” (p. 57). Desta forma, é utilizada para construção de novas hipóteses, indicadores de qualidade e variáveis.

A pesquisa qualitativa se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado, trabalhando com significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, ou seja, questões muito particulares nas ciências sociais. Para Triviños (1987), este tipo de pesquisa não segue uma sequência severa de etapas, pois as informações adquiridas no decorrer do estudo, ao serem interpretadas, podem exigir uma nova busca de dados.

4.2 A instituição objeto de estudo

O presente estudo foi realizado em um Hospital de Ensino do Vale do Rio Pardo no interior do Rio Grande do Sul, o qual é composto por 232 leitos e que realiza atendimentos a pacientes internados e ambulatoriais, com serviços de diagnóstico e tratamentos inéditos na região. A instituição recebeu a certificação definitiva como Hospital de Ensino no ano de 2012 e, atualmente, possui cinco programas de residências médicas e um de residência multiprofissional, recebendo em média 800 estudantes de diferentes áreas da graduação e pós-graduação a cada semestre, além dos cursos técnicos, qualificando a assistência a toda a comunidade⁶.

⁶ As informações aqui apresentadas foram colhidas do site oficial da instituição.

O Hospital possui o credenciamento como Unidade de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular, Alta Complexidade em Traumatologia/Ortopedia e em gestantes de alto risco para a 13ª Coordenadoria Regional de Saúde. Também possui habilitação de Unidade de Alta Complexidade em Terapia Nutricional Enteral e Parenteral e, desde 2018, é Unidade de Referência em Oftalmologia. O Hospital conta, atualmente, com 103 Enfermeiros e 393 Técnicos de Enfermagem.

Possui, também, um Serviço de Educação Permanente atuante desde 2013, com foco maior para a área assistencial e vinculado à direção de enfermagem, voltado para o levantamento de necessidades de capacitação e a organização das atividades educativas. No final do ano de 2019, passou por um processo de reestruturação e, atualmente, está vinculado à área de Recursos Humanos, mais especificamente ao setor de Desenvolvimento Humano (DH) da instituição. O objetivo deste serviço é mapear as necessidades de educação permanente das equipes, acompanhar os processos de capacitação e avaliar a eficácia das ações, de modo a desenvolver processos formativos que possam sanar as necessidades decorrentes de cada área de atuação. Nesta perspectiva, o propósito é articular um trabalho de forma alinhada especialmente com quatro equipes estratégicas: Núcleo Interno de Gerenciamento de Risco e Segurança do Paciente (Nigersp), Comitê de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT) e Qualidade.

O Nigersp atua para garantir a ética e a qualidade nas atividades assistenciais, registrando e analisando os eventos adversos (EA), orientando e acompanhando as estratégias para o desenvolvimento de novas práticas de saúde no que se refere à segurança do paciente. Dentre as ações desenvolvidas em 2018, destacam-se: Continuidade do Plano de Segurança do Paciente; Palestras realizadas para alunos e novos funcionários (foram realizadas 29 palestras sobre a temática segurança do paciente com a participação de 514 pessoas); Implantação da pulseira de risco na cor amarela para os pacientes internados que apresentam risco de queda; Implantação da pulseira de risco na cor roxa para os pacientes internados, que apresentam risco de lesão por pressão; Adoção de nova ferramenta de transferência e transporte interno de paciente grave; Lançamento de manual de diluição de medicamentos; Treinamentos *in locu* nas unidades, por turno; Informações/cartazes referente às Metas de Segurança por correio eletrônico para todos os funcionários, em murais de circulação e, também, em murais das unidades - mensal ou bimensal; Visita Educativa realizada com objetivo de verificar a utilização das boas práticas implantadas e, ao mesmo tempo, educar e

sugerir melhorias; Atividades educativas e de sensibilização no Abril pela Segurança (mês de comemoração nacional da Segurança do Paciente); entre outras atividades.

No mês de outubro de 2021, a instituição do estudo recebeu a visita de avaliadores externos do Instituto Brasileiro para Excelência em Saúde (IBES) e foi certificada com o Nível 1 do principal selo de qualidade nacional concedido às instituições de saúde: a Acreditação Hospitalar. A instituição passou a fazer parte de um grupo de 6,5% dos hospitais brasileiros que são Acreditados. Para esta certificação, a instituição precisou atender um conjunto de normas e legislações do setor de saúde e, também, cumprir os critérios de segurança do paciente em todas as áreas de atividade. A Acreditação possui até três níveis - Nível 1 Acreditado; Nível 2 Acreditado Pleno; e Nível 3 Acreditado com Excelência – e dependem do grau de maturidade da cultura de segurança do paciente em que se encontram.

4.3 Os participantes

Os participantes do estudo são Enfermeiras assistenciais e gerenciais e Técnicas (os) de Enfermagem. A amostra foi intencional (LACERDA; COSTENARO, 2016), constituída a partir de convite via sistema de informação interno da instituição de estudo, considerando os critérios de inclusão e exclusão desta pesquisa.

Somente uma técnica de enfermagem retornou o convite via sistema de informação. Em razão disso, os demais participantes foram indicados pelas coordenações de enfermagem, com critério de disponibilidade de horário para participação do grupo focal e de envolvimento com a instituição. Os participantes, após contato telefônico da pesquisadora e explanação sobre o objetivo do estudo, aceitaram participar da pesquisa. Assim, foi feito agendamento dos grupos focais, os quais no dia dos encontros realizaram o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) em duas vias, ficando uma com a pesquisadora e outra com o profissional.

No primeiro dia do GF, também foi feito o convite para a participação em entrevista individual. Os profissionais que mostraram interesse assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), também em duas vias.

Participaram dos GF dez profissionais, sendo organizados da seguinte maneira: cinco participantes no GF 1, em que participaram somente técnicas (os) de enfermagem; e cinco participantes no GF 2, com a participação somente de enfermeiras assistenciais. Destes profissionais, três técnicas (os) de enfermagem e três enfermeiras assistenciais realizaram a entrevista individual.

O estudo contou, também, com a participação de duas enfermeiras coordenadoras (Coordenadora de Enfermagem do turno da noite e Coordenadora da Assessoria da Qualidade), que realizaram somente as entrevistas individuais. A decisão de entrevistar estas duas enfermeiras surgiu em razão da necessidade, percebida nos GF, da inclusão de gestores para esclarecimentos de algumas temáticas e práticas realizadas na instituição. O convite foi feito pela pesquisadora via ligação telefônica. Assim, o total de participantes do estudo foi de 12 profissionais de enfermagem.

4.3.1 Critérios de Inclusão

Como critérios de inclusão dos participantes da pesquisa, foram consideradas as Enfermeiras e Técnicas (os) de Enfermagem que atuavam nos quatro turnos de jornada de trabalho (01h às 07h; 07h às 13h; 13h às 19h; 19h às 01h), considerando os profissionais que tinham, no mínimo, seis meses de atuação na referida instituição, e que estivessem direta ou indiretamente relacionados com o cuidado ao paciente.

4.3.2 Critérios de Exclusão

Considerando que o foco do estudo foram as Enfermeiras assistenciais e gerenciais e Técnicas (os) de Enfermagem, todos os demais profissionais que atuam na instituição de saúde foram excluídos do estudo. Também, profissionais em férias, licenças e que se negaram participar no estudo.

4.4 O ciclo da pesquisa

Certamente o ciclo nunca se fecha, pois toda pesquisa produz conhecimentos afirmativos e provoca mais questões para aprofundamento posterior (MINAYO, 2002, p. 27).

- 1º) Pesquisa exploratória da produção bibliográfica sobre a temática e elaboração do projeto de pesquisa.
- 2º) Encontro com a administração e a gerente de enfermagem da instituição do estudo para apresentação prévia da intenção de pesquisa.
- 3º) Qualificação do Projeto de Pesquisa.

- 4º) Autorização pela Secretaria de Ensino e Pesquisa da instituição do estudo para realização da pesquisa.
- 5º) Envio da documentação para o Comitê de Ética (CEP) da Universidade de Santa Cruz do Sul/RS – UNISC.
- 6º) Aprovação do CEP da UNISC.
- 7º) Envio do documento de aprovação do CEP para a instituição e posterior disparo dos convites via sistema de informação interno da instituição para participação na pesquisa.
- 8º) Contato telefônico com os profissionais e agendamento dos grupos focais (GF).
- 9º) Realização dos grupos focais (GF) e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) pelos profissionais que estavam participando do GF.
- 10º) Convite para participação das entrevistas individuais e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B).
- 11º) Agendamento e realização das entrevistas individuais via *Google Meet*.
- 12º) Transcrição dos GF e das entrevistas individuais.
- 13º) Fase de análise de conteúdo.
- 14º) Escrita da Tese.
- 15º) Defesa da Tese para obtenção do título de Doutora em Educação.
- 16º) Devolutiva aos participantes e instituição do estudo após a defesa e aprovação da tese. Inicialmente, será feito contato com a gestão de enfermagem para definição de data e, após, a devolutiva acontecerá por meio de uma apresentação em *slides* dos principais resultados obtidos. Posteriormente, na própria instituição e em sala afastada dos setores de trabalho, os resultados serão apresentados aos participantes do estudo.

4.5 Produção de informações

Temos expressado reiteradamente que o processo da pesquisa qualitativa não admite visões isoladas, parceladas, estanques. Ela se desenvolve em interação dinâmica retroalimentando-se, reformulando-se constantemente, de maneira que, por exemplo, a Coleta de Dados num instante deixa de ser tal e é Análise de Dados, e esta, em seguida, é veículo para nova busca de informações (TRIVIÑOS, 1987, p. 137).

A pesquisa qualitativa demanda do pesquisador um contato mais próximo com os participantes do estudo e com a produção de informações, pois envolve experiências, enfrentamentos, sentimentos, vidas e trabalhos cotidianos. O pesquisador precisa se comprometer com a investigação para uma mudança social, possuindo papel importante em

todo o processo de pesquisa, seja pela sua experiência no campo de estudo ou pela sua habilidade de reflexão que traz ao todo (LACERDA; COSTENARO, 2016).

As técnicas utilizadas para a produção de informações desta pesquisa foram o grupo focal (GF) e a entrevista semiestruturada individual. O GF é empregado para entendimento de um assunto com profundidade, por intermédio de uma abordagem coletiva (LACERDA; COSTENARO, 2016). De origem anglo-saxônica, a técnica GF foi introduzida no final da década de 1940, sendo utilizada, desde então, como metodologia de pesquisas sociais. No campo das ciências sociais, seu uso inicia pelo campo da política, atingindo progressivamente diferentes segmentos da pesquisa social. Na área da saúde tem sido mais utilizada como metodologia de pesquisa a partir da segunda metade dos anos 1980 (TRAD, 2009).

Os autores Colomé et al (*apud* Lacerda; Costenaro, 2016) afirmam que o GF

Trata-se de uma entrevista em grupo na qual a interação configura-se como parte do método. No processo, os encontros grupais possibilitam aos participantes explorarem seus pontos de vista, a partir de reflexões sobre um determinado fenômeno social, em seu próprio vocabulário, gerando suas próprias perguntas e buscando respostas pertinentes à questão sob investigação. Desse modo, o GF pode atingir um nível reflexivo que outras técnicas não conseguem alcançar, revelando dimensões de entendimento que, frequentemente, permanecem inexploradas pelas técnicas convencionais de coleta de dados (p. 433-434).

O GF vem sendo empregado internacionalmente para o levantamento de problemas e o desenvolvimento de ações diagnósticas, assim como para a realização de atividades educativas, objetivando a promoção em saúde e do meio ambiente, podendo ser usado, também, para a revisão do processo de ensino-aprendizagem (IERVOLINO; PELICIONI, 2001). Para Colomé et al (*Apud* LACERDA; COSTENARO, 2016, p. 435), o GF “representa uma fonte que intensifica o acesso às informações acerca de um fenômeno, seja pela possibilidade de gerar novas concepções ou pela análise e problematização de uma ideia em profundidade”.

Dessa maneira, o pesquisador possui a intenção de sensibilizar as pessoas envolvidas no estudo, objetivando transformar a realidade de maneira crítica e criativa. Também, diferente da entrevista individual, o GF estimula o debate entre os sujeitos, problematizando os temas abordados e buscando “colher informações que possam proporcionar a compreensão de percepções, crenças, atitudes sobre um tema, produto ou serviços” (TRAD, 2009, p. 780).

Para o bom êxito da pesquisa, as atribuições da equipe de coordenação do GF precisam estar bem definidas. O coordenador ou moderador fica responsável pelo preparo de todas as fases do processo, escolha dos temas a serem trabalhados, as questões para tratar nos

encontros e a elaboração de um esquema norteador do encontro. O coordenador orienta sobre as dinâmicas de debates e aspectos éticos do estudo, estimula a discussão e realiza as combinações para os próximos encontros e suas respectivas sínteses. Neste caso, o coordenador do GF foi a pesquisadora principal deste estudo. Quanto ao observador, os autores apontam como uma figura importante, pois lhe compete registrar a dinâmica realizada pelo grupo e auxiliar nas discussões, no registro das falas, no controle do tempo e nas gravações (COLOMÉ et al *apud* LACERDA; COSTENARO, 2016), papel que foi desempenhado pela colega do Grupo de Pesquisa do PPGEdU Trabalho, Cuidado e Classe social, Aline Caroline da Rosa.

Minayo (2014) sugere, para a realização do GF, a construção de um roteiro contendo duas qualidades indispensáveis: primeiro, ser provocador para permitir um debate participativo; segundo, promover condições de aprofundamento. Também, outros meios podem ser utilizados como a formulação de uma pergunta central para ajudar nos debates, apresentação de um filme ou vídeo, leitura de texto, entre outras técnicas.

Com relação ao ambiente de desenvolvimento do grupo, a literatura sugere que seja acolhedor, de preferência em território neutro e de fácil acesso aos participantes, organizados em forma de círculos para estimular a participação de todos, assegurando a privacidade. Quanto ao número de participantes, autores recomendam entre seis a 15 e sugerem que quanto maior o grupo, mais desafiador se torna a condução das discussões (TRAD, 2009; COLOMÉ et al *apud* LACERDA; COSTENARO, 2016; IERVOLINO; PELICIONI, 2001).

Assim, o objetivo do GF é introduzir e problematizar a temática de pesquisa ao grupo, cujos participantes tenham proximidade com a questão em foco, podendo contribuir por meio de suas experiências cotidianas. No caso deste estudo, os profissionais de enfermagem que estão diretamente relacionados com o cuidado ao paciente, sendo o grupo com maior possibilidade de assegurar uma assistência livre de danos.

Para a realização do estudo, foram formados dois grupos focais (GF) com dois encontros cada e com a participação total de dez profissionais de enfermagem. Um GF foi realizado somente com os técnicos (as) de enfermagem e o outro com enfermeiras assistenciais. O primeiro encontro aconteceu no dia 27 de novembro de 2020, nos seguintes horários: 14h às 15h30min, com os técnicos (as); 16h às 17h 30min, com as enfermeiras. O segundo encontro foi no dia 04 de dezembro de 2020, nos mesmos horários.

Importante registrar que a pesquisa foi desenvolvida durante a pandemia da COVID-19. A realização dos GF não foi impedida, porém algumas medidas foram necessárias, como o

uso de máscaras, álcool em gel, ventilação natural da sala e distanciamento entre os participantes.

Inicialmente, a intenção de amostra deste estudo era de sete participantes nos GF. Contudo, a realização de um grupo não muito grande possibilitou a participação de todos os integrantes durante os encontros, bem como o aprofundamento das questões. Justifica-se a realização de dois GF organizados por categoria profissional pela possibilidade dos (as) técnicos (as) de enfermagem não se sentirem à vontade nos grupos devido à presença das suas supervisoras, dado o condicionamento das relações de hierarquia entre elas. Esta organização foi extremamente positiva, pois tanto as (os) técnicas (os) quanto as enfermeiras mostraram sentir-se à vontade nos encontros, trazendo questões pertinentes ao debate e que estavam relacionadas às diferentes equipes e categorias profissionais.

Com o intuito de promover a discussão acerca do tema, foram elaborados guias temáticos para a construção das sessões grupais (APÊNDICE C), de acordo com a finalidade da pesquisa, e dispostos em slides durante os grupos (APÊNDICE E). No primeiro encontro, a pesquisadora, coordenadora do GF, fez uma apresentação pessoal e outra sobre o tema e os objetivos do estudo em questão. Após, a colega Aline, no papel de observadora, fez a sua apresentação. Importante destacar aqui a relevância da tarefa desempenhada pela observadora durante os grupos e o trabalho impecável de anotações em um diário de pesquisa, contribuindo para posterior análise e organização das informações.

Os grupos foram realizados em sala específica na instituição hospitalar. Foi organizado um espaço com água, suco e bombons, com intuito de deixar os participantes mais à vontade nos encontros. A realização do GF, em sala própria da instituição, distante das suas unidades de trabalho, ocorreu em razão de facilitar o deslocamento e o envolvimento dos participantes do estudo, pois alguns profissionais estavam em horário de trabalho e foram liberados pela instituição para participar da pesquisa. Nossa percepção é que em momento algum o fato de estarmos dentro da própria instituição do estudo interferiu nos diálogos e nas trocas.

Para o segundo encontro, foi utilizada a técnica de explosão de ideias, com palavras escritas em folhas de ofício coloridas, coladas pelas paredes da sala, com as principais práticas educativas citadas pelos participantes no primeiro GF (APÊNDICE F). O uso deste método teve como objetivo retomar o que havia sido trazido por eles próprios nos debates e dar continuidade às falas.

O segundo momento de produção de informações foi a realização de uma entrevista semiestruturada individual com três técnicas (os) de enfermagem, três enfermeiras assistenciais e duas enfermeiras gestoras. A participação das enfermeiras com cargo de gestão

se deu por meio de amostragem intencional. As entrevistas foram agendadas previamente, conforme a disponibilidade de cada participante, e realizadas via *Google Meet*. Elas não foram realizadas de maneira presencial, conforme estava previsto no projeto, em razão da pesquisa ocorrer durante a pandemia da COVID-19.

Sobre amostragem intencional, Triviños (1987) discorre que não é uma preocupação da pesquisa qualitativa a quantificação da amostra e que, “ao invés da aleatoriedade, decide intencionalmente, considerando uma série de condições [...] o tamanho da amostra” (p. 132), ou seja, procura participantes que representem o grupo maior no estudo.

O objetivo da entrevista na pesquisa qualitativa é alcançar a compreensão, o significado e a visão de mundo dos sujeitos envolvidos, por meio da comunicação verbal e não verbal. As respostas podem conter significados subjetivos, relacionados às crenças, sentimentos, valores e atitudes (LACERDA; COSTENARO, 2016). Na perspectiva de Triviños (1987), a entrevista semiestruturada é, para o investigador, um dos principais meios para realizar a coleta de informações. Segundo o autor,

Podemos entender por entrevista semi-estruturada, em geral, aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante. Desta maneira, o informante seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa (TRIVIÑOS, 1987, p. 146).

O desenvolvimento do GF, aliado à entrevista semiestruturada, foi desafiador e extremamente gratificante para a pesquisadora. Foi possível perceber, tanto nos grupos quanto nas entrevistas, a necessidade de um espaço para esses profissionais expressarem suas opiniões, sugestões, medos, experiências e sentimentos. Especialmente no primeiro GF, foi preciso interromper os participantes em razão do tempo disponível, pois, se dependesse deles, falaríamos ainda mais sobre as questões em debate.

Todos os profissionais de enfermagem mostraram-se extremamente comprometidos com este estudo. Mesmo cansados e sobrecarregados em virtude da pandemia, não deixaram de participar e contribuir com as suas percepções e experiências, possibilitando ressignificar posturas profissionais e aproximar a teoria da prática em segurança do paciente.

4.6 Processamento e análise de conteúdo

A análise de conteúdo foi fundamentada conforme as propostas operativas de Bardin (1977) e Triviños (1987). Segundo Bardin (1977, p. 38), “a análise de conteúdo aparece como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens”. Para a autora (p. 31), “não se trata de um instrumento, mas de um leque de apetrechos; ou, com maior rigor, será um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações”.

A análise de conteúdo possui algumas peculiaridades essenciais. Primeiro, pelo fato de estudar as comunicações entre os homens, com destaque para o conteúdo das mensagens. Segundo, pela inferência que pode surgir das informações encontradas nos conteúdos das mensagens e, por fim, por ser um conjunto de técnicas, ou seja, a utilização de procedimentos indispensáveis como a classificação e codificação dos conceitos e a categorização dos conteúdos (Bardin *apud* TRIVIÑOS, 1987).

A análise dos conteúdos realizada na pesquisa foi guiada por Bardin (*apud* TRIVIÑOS, 1987), acontecendo em três etapas, sendo elas:

1º **Pré-análise**, em que todas as gravações foram organizadas e transcritas pela pesquisadora. Inicialmente, foram transcritas as do GF e, após, das entrevistas individuais. Durante esta atividade, as impressões e observações da pesquisadora foram sendo registradas no diário de pesquisa para posterior análise.

2º **Descrição analítica**, que iniciou já na pré-análise com um estudo aprofundado do material coletado, orientado pelas hipóteses e referências teóricas. Nesta etapa, a partir da coleta e produção de informações por meio do grupo focal (GF) e entrevistas individuais, as análises foram desenvolvidas e as falas foram dispostas em forma de categorias gerais. Posteriormente, para facilitar o agrupamento das respostas dos participantes, promovendo a identificação das ideias e contradições no que diz respeito às práticas educativas em saúde para a promoção de uma CSP, as categorias gerais foram reorganizadas como categorias específicas. A respeito da categorização, Bardin (1977) afirma que ela

é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos. As categorias, são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registros, no caso da análise de conteúdo) sob um título genérico, agrupamento esse efectuado em razão dos caracteres comuns destes elementos (p. 117).

Bardin (1977, p. 118) complementa ao dizer que “classificar elementos em categorias, impõem a investigação do que cada um deles tem em comum com outros. O que vai permitir o seu agrupamento, é a parte comum existente entre eles”. Assim, as categorias que emergiram neste estudo foram: Cultura de Segurança do Paciente; Práticas de Segurança do Paciente; Cultura Profissional; Cultura de notificação; Práticas Educativas; Práticas Educativas e o dia a dia de trabalho; Condições de Trabalho e Gestão. A partir do agrupamento de informações em categorias por meio das semelhanças, foi possível organizar os capítulos aqui apresentados, fundamentando-se no problema e nos objetivos desta pesquisa.

3º Interpretação referencial, que também iniciou na pré-análise, sendo apoiada pelos materiais de informação, alcançando nesta etapa maior magnitude.

Além da coleta e produção de informação por meio do GF e entrevistas individuais, foi realizada a análise do Cronograma de capacitações assistencial desenvolvido pelo setor de Desenvolvimento Humano (DH)⁷ da instituição, dos anos de 2020 e de 2021, e o *site* oficial da instituição. A análise dos cronogramas teve como intuito conhecer e compreender como se dá a organização do hospital com relação à educação continuada dos profissionais de saúde.

Por fim, considerando o respeito pela dignidade humana e pela proteção aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos, conforme a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, as (os) técnicas (os) de enfermagem participantes deste estudo foram identificadas e apresentadas no decorrer do trabalho como Tec.1, Tec.2, Tec.3, Tec.4 e Tec.5 e as enfermeiras como Enf.1, Enf.2, Enf.3, Enf.4, Enf.5, Enf.6 e Enf.7.

4.7 Considerações éticas

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) para análise, conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/12 – CAEE nº 38438820.2.0000.5343 - e aprovado sob número do parecer: 4.389.865. Os participantes do estudo, que participaram do Grupo Focal (GF), assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) e os participantes da entrevista semiestruturada assinaram, também, o TCLE (APÊNDICE B) ficando cientes a

⁷ No período de realização desta pesquisa, o setor responsável pela organização e realização dos cronogramas de capacitação assistencial da instituição era denominado Desenvolvimento Humano (DH). A partir do ano de 2021 passou a ser chamado de Desenvolvimento Humano/Educação Permanente.

respeito dos objetivos e a forma de trabalho em que se processaria o estudo, bem como a garantia de sua participação espontânea, deixando claro que poderiam abandonar a pesquisa no momento que assim desejassem. O referido documento foi redigido em duas cópias, ficando uma cópia deste com o (a) participante do estudo e outra com a pesquisadora. A pesquisa somente teve início após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da UNISC.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

O presente capítulo tem como objetivo apresentar os resultados obtidos neste estudo, por meio da análise do material colhido, com apoio em discussões teóricas e na experiência da pesquisadora. Inicialmente, é desenvolvida uma reflexão sobre a pandemia da COVID-19, em razão da pesquisa ter acontecido no contexto pandêmico. A seguir, são apresentadas(os) as(os) profissionais de enfermagem participantes do estudo e o perfil sociodemográfico, seguindo-se as práticas educativas e outras ações que são realizadas na instituição para a promoção da Cultura de Segurança do Paciente (CSP). O próximo subcapítulo trata da importância das notificações de incidentes para as práticas educativas em segurança do paciente. Os dois subcapítulos seguintes possuem como finalidade a compreensão sobre o que os profissionais de enfermagem entendem por CSP e uma análise sobre a cultura profissional no contexto da segurança do paciente. Por fim, as condições do trabalho para um cuidado seguro é o tópico exposto posteriormente, finalizando o capítulo 5.

5.1 Reflexões sobre o protagonismo da enfermagem na pandemia da COVID-19 e a sua relação com as condições de trabalho para a Cultura de Segurança do Paciente

No ano de 2020, fomos acometidos pela “maior crise de saúde pública de nossa geração em escala global” (DAVID et al., 2021, p. 01). O Coronavírus (SARS-CoV-2), classificado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como o causador da pandemia COVID-19, foi detectado em dezembro de 2019, na China, e desde então vem causando milhares de mortes em todo o mundo, incluindo um importante número de profissionais da área da saúde (SOUZA et al. 2021; DAVID et al., 2021).

Na linha de frente do cuidado aos pacientes acometidos pelo Coronavírus estão diferentes profissionais, mas o maior número é o da enfermagem, o que faz com que estes trabalhadores fiquem mais expostos e suscetíveis à doença. Além disso, outros fatores fazem com que a exposição destes profissionais seja ainda maior, como o aumento na jornada de trabalho, a falta de equipamentos de proteção individual (EPI), insuficiência de profissionais, cansaço físico e mental e a negligência nos cuidados à saúde dos trabalhadores (DUPRATA; MELO, 2020).

Para Teixeira et al. (2020),

Os profissionais de saúde constituem um grupo de risco para a Covid-19 por estarem expostos diretamente aos pacientes infectados, o que faz com que recebam uma alta

carga viral (milhões de partículas de vírus). Além disso, estão submetidos a enorme estresse ao atender esses pacientes, muitos em situação grave, em condições de trabalho, frequentemente, inadequadas (p. 3466).

O Brasil é líder em número de mortes de profissionais de enfermagem em todo o mundo na pandemia, indicando de maneira urgente a necessidade de uma atenção maior para esta categoria de trabalhadores. De acordo com dados do Conselho Federal de Enfermagem - COFEN (COFEN, s.d), com atualização em 03 de abril de 2022, o total de profissionais infectados com COVID-19 informados pelos serviços de saúde foi de 63.221. Destes, 872 evoluíram para óbito, sendo 68% do gênero feminino, com idade entre 41 e 50 anos.

A enfermagem é historicamente constituída e desempenhada por mulheres. Essa relação entre a enfermagem e o gênero feminino é um fator importante, que acaba influenciando na divisão técnica e social do trabalho. Teixeira et al. (2020) apontam que a maioria dos trabalhos científicos realizados sobre a pandemia da COVID-19 envolvem médicos e enfermeiras, porém,

[...] não fazem alusão às relações de poder e dominação que existem entre estas categorias profissionais, derivadas da posição que cada uma ocupa na divisão técnica e social do trabalho às quais se sobrepõem relações de gênero e classe. Assim, não se aborda a questão da feminilização da força de trabalho em saúde, especialmente o fato de que o maior contingente de profissionais e trabalhadores do setor é composto por mulheres, que acumulam jornadas de trabalho e estão sujeitas a condições de maior exposição ao risco de contaminação pelo COVID-19, pela própria natureza do trabalho que exercem junto aos pacientes internados em hospitais e UTIs (p. 3469).

Na trajetória histórica da enfermagem, muitas desigualdades afetaram e ainda afetam os profissionais, e durante a pandemia elas se acentuaram. Antes de iniciar a pandemia da COVID-19, a OMS lançou uma campanha global de três anos (2018-2020) para valorização dos enfermeiros, enfermeiras e parteiras, denominada “*Nursing Now*”. Um dos objetivos da campanha era o estímulo à criação de programas de treinamento e empregabilidade, formando profissionais com habilidades para trabalhar com as futuras necessidades globais de saúde. A OMS e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) definiram 2020 como o ano internacional dos profissionais de enfermagem e obstetrícia, com intuito de reconhecer o trabalho desempenhado por enfermeiras, enfermeiros e parteiras em todo o mundo e defender maiores investimentos e melhores condições de trabalho, educação e desenvolvimento profissional. Foi no mesmo ano, durante uma crise mundial, que a enfermagem obteve o seu protagonismo e demonstrou ter habilidade e conhecimento técnico e científico, assim como capacidade para organizar rapidamente estruturas assistenciais, gerenciar equipes de saúde,

além de ser a categoria profissional em maior número dentro das instituições de saúde e que assistem aos pacientes em tempo integral.

Médicos(as) e enfermeiras(os) foram considerados os principais atores no combate à pandemia, desempenhando “importante papel nas dimensões de gestão, pesquisa e assistência, estando recorrentemente presentes nas discussões e notícias relativas à COVID-19” (MOREIRA et al., 2020, p. 117). Entretanto, o maior número de profissionais que compõem uma equipe de saúde é de técnicos de enfermagem, também estando na linha de frente do enfrentamento à pandemia e sendo os profissionais mais contaminados pelos vírus (GANDRA et al., 2021). São estes profissionais que realizam a assistência direta ao paciente por meio de medicações, realização de curativos, cuidados com higiene, monitorização contínua de sinais vitais, entre outras atividades, ficando mais tempo também com os familiares, convivendo com perdas e sofrimentos, além do medo em contrair a doença e transmitir para familiares.

Mesmo o Brasil possuindo um número importante de profissionais da área de enfermagem, isso não foi o suficiente para atender as demandas da pandemia. Dessa forma, escalas de trabalho foram alteradas, sobrecarregando as equipes, especialmente as(os) técnicas(os) de enfermagem, além de muitos profissionais serem afastados das suas atividades em razão das condições e fatores de risco para possíveis complicações da COVID-19, como idade, obesidade, tabagismo, doenças cardíacas, entre outros.

A crise sanitária mundial expôs a desvalorização do trabalho exercido pela enfermagem e evidenciou as condições em que estes profissionais atuam. Diante deste contexto, entidades de classe da Enfermagem carecem direcionar o seu olhar para as condições em que estes trabalhadores estão desempenhando o seu papel de cuidadores e lutar por condições dignas de trabalho e melhores salários, tornando pública a luta desta categoria profissional.

Esta pesquisa foi desenvolvida durante a pandemia da COVID-19 e sofreu, evidentemente, influências do cenário pandêmico. Todas(os) as(os) 12 profissionais participantes, em algum momento, incluíram a pandemia nos seus depoimentos e na sua relação com o trabalho e a segurança do paciente. Nem todas(os) as(os) profissionais do estudo estavam atuando diretamente na assistência ao paciente acometido pela COVID-19. Alguns já haviam passado pelo setor de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI COVID) e outras(os) estavam ainda em contato com os pacientes, como em unidades clínicas de internação COVID ou na gestão desses setores. Porém, todas(os) elas(es), de alguma forma, sentiram o impacto da pandemia em seu trabalho, como a falta de rotina, em virtude, por exemplo, de muitos atestados; sobrecarga de trabalho, com conseqüente cansaço físico,

desgaste emocional e mecanização do trabalho; mudanças na organização do trabalho, como o uso de diferentes equipamentos de proteção individual (EPI) para atendimento ao paciente com COVID-19; rotatividade de profissionais, o que acabava exigindo das(os) demais colegas a necessidade de auxílio na realização das atividades; falta de tempo para realizar o cuidado e dar atenção ao paciente; aumento da demanda burocrática, entre outros.

A respeito da precarização do trabalho da enfermagem, Gandra et al. (2021) afirmam que:

Centralmente, deparamos com a necessidade da formulação de políticas que sejam sensíveis aos trabalhos de cuidado, realizados majoritariamente por mulheres, reconhecendo suas especificidades e condições de desigualdades na sociedade. Portanto, os impactos da pandemia também expõem a desvalorização do trabalho da enfermagem, evidenciada pela invisibilidade social da categoria e pela precarização da vida de quem a exerce (p. 02).

Para Donna (2020, p. 511), além da desvalorização do trabalho, a pandemia também “ênfatisou a prestação de serviços de saúde além de tudo o que vimos nos tempos modernos e expôs as lacunas fundamentais que a maioria dos sistemas continua a ter em segurança e confiabilidade”. Na opinião da autora, a área da saúde parece resistir aos conceitos de segurança, fazendo com que o atendimento ao paciente seja propenso a erros. Em termos de aprendizados com a pandemia, ela afirma que

[...] ser altamente confiável não é mais opcional. Isso representa um grande desafio para os líderes de saúde, que estão lidando não apenas com as realidades das implicações financeiras, de qualidade e segurança da pandemia, mas também com problemas graves de pessoal devido ao esgotamento clínico, doença e, em alguns casos, morte. No entanto, o público começou a exigir cuidados melhores e mais seguros, e suas vozes só se tornarão mais altas nos próximos anos. Nossa realidade é que agora não temos escolha a não ser fazer o difícil trabalho de realmente adotar uma cultura de segurança e, ao mesmo tempo, gerenciar os problemas de recursos que muitos têm atualmente (DONNA, 2020, p. 511).

Implementar uma CSP não é tarefa fácil e com a pandemia o desafio ficou ainda maior. Em razão de novas portarias, protocolos e técnicas que a cada semana eram lançadas pelo Ministério da Saúde (MS), ANVISA e pela própria gestão de cada instituição, práticas e ações educativas em segurança do paciente acabaram ficando em segundo plano. Todas(os) as(os) profissionais da saúde estão ainda se adaptando aos novos processos de trabalho impostos pela situação de pandemia. Assim, nos questionamos: se a maior categoria de trabalhadores atuante nos serviços de saúde do nosso País não possui condições dignas de trabalho, se a sua

própria segurança está fragilizada, como estes trabalhadores irão garantir a segurança dos pacientes?

5.2 Apresentando as(os) profissionais de enfermagem participantes da pesquisa

Participaram desta pesquisa 05 técnicos de enfermagem com idades entre 27 e 41 anos e com tempo de atuação na instituição de 03 a 21 anos. Participaram, também, 07 enfermeiras com idades entre 32 e 42 anos e com tempo de atuação na instituição de 01 ano a 19 anos, totalizando 12 profissionais (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas dos profissionais de Enfermagem participantes do estudo, Santa Cruz do Sul, 2021

Características	Técnicos de Enfermagem N	Enfermeiras N	Total N
Gênero			
Feminino	4	7	11
Masculino	1	0	1
Idade			
18 a 30 anos	2	0	2
31 a 40 anos	2	6	8
41 a 50 anos	1	1	2
> 51 anos	0	0	0
Tempo de formação			
< 1 ano	0	1	1
1 a 5 anos	1	2	3
6 a 10 anos	2	2	4
11 a 20 anos	2	2	4
Tempo de trabalho na instituição			
< 1 ano	0	1	1
1 a 5 anos	3	2	5
6 a 10 anos	1	2	3
11 a 15 anos	0	1	1
16 a 20 anos	0	1	1
>21 anos	1	0	1
Horas semanais de trabalho			
20 a 36horas	4	0	4
40 a 59horas	0	7	7
60 a 70horas	0	0	0
>70horas	1	0	1
Tempo de atuação na profissão			
1 a 5 anos	1	3	4
6 a 10 anos	2	3	5
11 a 15 anos	1	1	2
16 a 20 anos	0	0	0
>21 anos	1	0	1
Escolaridade			
2º grau Completo	2	0	2
Ensino Superior Incompleto	2	0	2
Ensino Superior Completo	1	1	2
Pós-graduação Completa	0	5	5
Pós-graduação Incompleta	0	1	1

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Conforme apresentado na tabela, a maioria dos profissionais é do gênero feminino, com idades entre 31 e 40 anos e com tempo de atuação na instituição do estudo de um a cinco anos. Com relação ao estado civil, cinco são mulheres casadas, cinco solteiras, uma com união estável e uma separada. Oito delas possuem filhos. De todos os participantes, somente uma técnica de enfermagem atua também em outra instituição, totalizando mais de 70 horas semanais de jornada. Os demais possuem uma carga horária total de 36 ou 40 horas semanais.

Dos técnicos de enfermagem, dois estavam realizando graduação no momento da pesquisa e uma técnica de enfermagem havia, recentemente, concluído a graduação em enfermagem. Das enfermeiras, cinco tinham especialização concluída e uma estava cursando.

No que diz respeito ao hospital do estudo, conforme dados fornecidos pelo próprio local, dos profissionais de enfermagem que atuam na instituição, 103 são enfermeiras(os), sendo 91 do gênero feminino e 12 do masculino. São 393 técnicas(os) de enfermagem, também, na sua maioria, do gênero feminino (354) e apenas 39 masculino, totalizando 496 profissionais de enfermagem.

O que percebemos diante destas características sociodemográficas é uma profissão representada, predominantemente, por mulheres. O que se tem demonstrado ao longo dos anos é um conflito entre as relações do ser homem e ser mulher no campo da saúde, em que o tratar sempre foi visto pela sociedade como uma tarefa masculina (médico), sendo ele considerado o detentor desse conhecimento e o cuidar entendido como uma tarefa da mulher (enfermeira), sendo esta percebida, muitas vezes, como uma auxiliar do médico.

As mulheres predominam em todos os serviços de saúde, demonstrando que a divisão sexual do trabalho se faz presente na área da enfermagem até os dias atuais. O cuidado, visto como uma atividade feminina, é uma das questões que ainda direcionam a mulher para determinadas áreas do trabalho em nossa sociedade.

Especificamente no contexto hospitalar, nos deparamos com a enfermagem em um trabalho assalariado, cada vez mais distante da essência do cuidar e próximo das exigências gerenciais e burocráticas, cumprindo protocolos e prescrições médicas. Em contrapartida, também é possível identificar profissionais que lutam pela autonomia, que sabem se posicionar e conquistar o seu espaço nas equipes multiprofissionais e que, por meio de conhecimento técnico, científico e a utilização de métodos, como o Processo de Enfermagem (PE), prescrevem os cuidados de enfermagem para cada paciente de maneira individual e integral. A conquista destes espaços vem acontecendo de maneira lenta e gradual, pois a

enfermagem ainda está associada “à feminilidade, à mulher, à maternagem, à gestão da intimidade e ao cuidado dos corpos” (BANDEIRA; OLIVEIRA, 1998, p. 680).

A respeito dos espaços de conquista da mulher na sociedade e na profissão de enfermagem, Padilha, Vagheti e Brodersen (2006) ponderam que:

A enfermeira, ao acompanhar os movimentos de transformação no mundo com relação à posição da mulher na sociedade, vem assumindo-se como cidadã, profissionalizando-se e conquistando o mercado de trabalho, além de assumir papéis públicos de direção e chefias, que antes eram apenas reservados aos homens. Pesa, entretanto, sobre sua cabeça, séculos de história, que lhe negam o direito a uma subjetividade própria, tendo incorporado que sua subjetividade só poderá ocorrer em função do único sujeito socialmente reconhecido: o homem (p. 295).

Conforme exposto na Tabela 1, além de profissionais, as participantes do estudo são mães, esposas e, também, estudantes. Não poderíamos deixar de destacar aqui a dupla jornada de trabalho da mulher e a sobrecarga da mesma em função das atribuições no mercado de trabalho e na esfera doméstica. Na enfermagem, além do cuidado realizado nos seus ambientes de trabalho, ao chegarem aos seus lares as mulheres se deparam com a necessidade do cuidado à família e às atividades domésticas, como lavar roupa e louça, realizar a limpeza do lar e cozinhar. Como afirmam Bandeira e Oliveira (1998, p. 680),

O caráter feminino alude a definição de trabalho como tarefa, que compõe o conjunto do desempenho profissional de serviços caracterizados como: higienizar, cuidar, curar, ajudar, confortar, alimentar, suportar, entre outros. Resumidamente, a profissão é composta majoritariamente por mulheres e representada no imaginário social como atividade pertinente e apropriada à natureza feminina; associam-se e naturalizam-se as características da profissão como sendo tarefas naturais das mulheres [...].

Além de a profissão estar relacionada com o aspecto cultural de um trabalho realizado por mulheres, considerado como uma atividade “natural” da mulher, e de ser, também, avaliada como menos intelectuais do que outras profissões, as trabalhadoras da saúde recebem pelas suas jornadas pouca valorização e baixos salários. Importante lembrar que a enfermagem luta há mais de 30 anos por um piso salarial justo e uma jornada de trabalho digna.

Vale ressaltar a importância que essas trabalhadoras mulheres possuem não somente para a reprodução das famílias, como também para a sociedade como um todo. Os autores Dedecca, Ribeiro e Ishii (2009) dizem que:

É inegável que os cuidados das famílias com seus filhos na alimentação, nos hábitos de higiene e no acesso à cultura têm grande relevância para a inserção deles no sistema de educação e mesmo no mercado de trabalho. A reprodução econômica e social requer uma boa administração das atividades tanto no espaço das empresas quanto naquele das famílias (p. 73).

5.3 Práticas para a segurança do paciente no contexto hospitalar de ensino

Com a publicação da Resolução de Diretoria Colegiada - RDC N° 36, de 25 de julho de 2013 (BRASIL, 2013a), que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde, sejam eles públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa, as instituições de saúde do nosso país tiveram que organizar seus Núcleos de Segurança do Paciente (NSP), conferindo, aos membros, autoridade e responsabilidade para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente (PSP) em Serviços de Saúde. O PSP é o documento que define como a segurança do paciente é trabalhada dentro da instituição, qual a sua relevância e as estratégias e ações que são definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco visando à prevenção dos incidentes, ou seja, é o planejamento estratégico para a segurança dos pacientes (ANVISA, 2016).

É função do NSP “a integração das diferentes instâncias que trabalham com riscos na instituição, considerando o paciente como sujeito e objeto final do cuidado em saúde” (ANVISA, 2016, p. 13). O NSP deve ser constituído por uma equipe multiprofissional, composta, no mínimo, por médico, enfermeiro e farmacêutico, e possui como tarefa a promoção da articulação dos processos de trabalho, além de repassar as informações que impactem nos riscos ao paciente. Neste contexto, é importante que o paciente se sinta seguro dentro dos serviços de saúde, independente da assistência a qual esteja submetido.

A fim de reduzir os erros e ampliar o número de práticas seguras, as instituições de saúde estão investindo em ações que primem pela qualidade assistencial e busquem a difusão de uma cultura de segurança aos pacientes, profissionais e ambiente (HOFFMEISTER; MOURA, 2015, p. 37).

As práticas para a segurança do paciente são todas as ações e protocolos realizados na instituição que visam à qualidade do cuidado prestado e a redução a um mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. As instituições de saúde do nosso país seguem as orientações e as metas do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), sendo elas: Identificar corretamente o paciente; Melhorar a comunicação entre profissionais de Saúde; Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de

medicamentos; Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos; Higienizar as mãos para evitar infecções Reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão.

De acordo com Siman e Brito (2016), o enfermeiro possui um papel extremamente importante na realização dessas práticas, sendo consideradas, pelos autores, estratégias para redução dos riscos na assistência, pois as iniciativas de segurança do paciente são recentes no Brasil, o que se soma à complexidade dos serviços de saúde e ao uso de novas tecnologias que acabam por gerar riscos adicionais. Para os autores (SIMAN; BRITO, 2016, p. 02),

(...) o enfermeiro deve ter uma visão ampliada do sistema de segurança do paciente e dos processos na tentativa de garantir a segurança e a qualidade do cuidado que está sob sua responsabilidade. Parte-se do pressuposto de que o enfermeiro pode desenvolver estratégias simples e efetivas para prevenir e reduzir riscos nestes serviços, por meio do seguimento de protocolos específicos, melhores práticas associadas às barreiras de segurança nos sistemas e à educação permanente.

A instituição objeto deste estudo dispõe do Núcleo Interno de Gerenciamento de Risco e Segurança do Paciente – Nigersp, composto por enfermeiros, médicos e farmacêuticos, responsável por avaliar, organizar e implantar melhorias de processos para uma assistência segura e de qualidade aos seus clientes. O Nigersp preconiza as seis Metas de Segurança do Paciente, conforme Portaria GM/MS nº 1.377, de 9 de julho de 2013 e a Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013.

Figura 4. Nuvem de palavras com as principais práticas de segurança do paciente realizadas na instituição do estudo citadas pelos participantes. Santa Cruz do Sul, RS, Brasil, 2021.

PULSEIRA DE RISCO DE ALERGIA **HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS**
PASSAGEM DE PLANTÃO **ALERTA NO SISTEMA SOBRE ALERGIA MEDICAMENTOSA**
PULSEIRA DE RISCO DE DESENVOLVER LESÃO POR PRESSÃO
AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS INVASIVOS
PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE **ETIQUETAS EM SERINGAS**
PULSEIRA DE RISCO DE QUEDA **ETIQUETAS DE MEDICAMENTOS DE ALTA VIGILÂNCIA**
PROTÓCOLOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) **LISTA DE VERIFICAÇÃO DA CIRURGIA SEGURA**
PLACAS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE NO LEITO **PASSAGEM DE PLANTÃO**
NOTA DE TRANSFERÊNCIA DO PACIENTE
GRADES ELEVADAS NOS LEITOS

Fonte: Elaborada pela autora (2021).

A primeira prática realizada pela instituição citada pelos participantes do grupo focal (GF) foi a utilização das **pulseiras** para: identificação do paciente, na cor branca; identificação do risco de queda, na cor amarela; identificação do risco de alergia, na cor vermelha; e identificação do risco de desenvolver lesão por pressão (LP), na cor roxa.

Tem várias! A branca de identificação, amarela que é risco de queda, a roxa que é risco de desenvolver úlcera de pressão e a vermelha que é alergia (Tec.1).
 A pulseira de identificação também entra como uma ação de segurança do paciente, né? Além das coloridas de risco (Tec.4).
 A pulseira vem no prontuário do paciente, quem coloca nos pacientes somos nós da assistência (Tec.5).

Percebeu-se que tanto as enfermeiras como as(os) técnicas(os) de enfermagem, além da técnica em si, como colocar a pulseira de identificação no paciente, já realizam as orientações aos familiares e os envolvem neste cuidado, como é possível perceber nas seguintes falas:

Do risco de queda a gente faz o termo, né? Faz as classificações... Escala de *Morse*, *Braden*, classificação do paciente. Faz as avaliações, aí já aplica o termo de segurança do paciente, já tem um folderzinho pronto, padronizado. Tu já orienta o familiar e o paciente (Enf.1).
 [...] quando a gente leva a pulseira pro quarto para pôr, a gente já leva aquele folder e comunica no quarto para que eles leiam os riscos, enfim, para o que essa pulseira está identificando. A gente orienta, identifica o risco de queda e as medidas preventivas para queda. Grades elevadas das camas em todas as unidades (Tec.1).

As instituições do nosso País, seguindo o Protocolo de Identificação do Paciente, utilizam pulseiras brancas com o objetivo de identificar os pacientes e assegurar que o cuidado seja prestado à pessoa para a qual se destina. Conforme orientação do Protocolo, para assegurar que os pacientes sejam identificados corretamente, “é necessário usar pelo menos dois identificadores em pulseira branca padronizada, colocada num membro do paciente para que seja conferido antes do cuidado” (BRASIL, 2013c, p. 02). Além dessa identificação, o protocolo enfatiza a importância de envolver o paciente, o acompanhante e o familiar neste processo, explicando a importância e os propósitos dos dois identificadores da pulseira, como, por exemplo, nome e data de nascimento. Antes da realização do cuidado, todo profissional deve confirmar a identificação do paciente, perguntando o seu nome e conferindo as informações contidas na pulseira com o cuidado prescrito, ou com a rotulagem do material que será utilizado.

A utilização da pulseira vem acontecendo na instituição para identificação do paciente e, também, para outras identificações, como risco de alergia, risco de queda e o risco de desenvolver lesão por pressão (LP). Além da identificação correta do paciente por meio das pulseiras, os profissionais precisam manter os leitos identificados, assegurando que o cuidado seja realizado à pessoa para a qual se destina.

Na UTI a gente tem agora a identificação no box do paciente, na beira do leito, por causa do processo da acreditação. Tem até dados clínicos do paciente, tipo a identificação do paciente, a data de internação, tem o método de dieta, se tem

exames... É um adesivo preenchido todo dia com uma canetinha, em um vidro. Tem também os riscos, se tem risco de lesão por pressão... (Tec.5).
Placas de identificação de leito, que não tinha. Então cada cabeceira de leito tem... Na UTI tem um acrílico. É o nome, nome da mãe, data de nascimento e o leito. São os marcadores. Daí tem as pulseiras: a roxa que é de lesão por pressão, vermelha alergia, amarela a queda... Temos as etiquetas dos soros e das medicações que agora implementaram com os mesmos itens da cabeceira (Enf.3).

As instituições hospitalares empregam diferentes métodos para identificar os seus pacientes, como a utilização de pulseiras brancas, placas nas cabeceiras, adesivos nas roupas e crachás. Erros podem ocorrer em situações em que o paciente não é identificado corretamente, por isso a importância de uma identificação correta já na entrada deste paciente no serviço de saúde, independentemente do método que a instituição utiliza (HOFFMEISTER; MOURA, 2015).

A identificação do paciente é de responsabilidade multiprofissional, “uma vez que envolve aspectos de estrutura, desenhos dos processos de trabalho, cultura organizacional, prática profissional e participação do usuário” (TASE et al., 2013, p. 197). A identificação incorreta acarreta em diferentes eventos adversos (EA), ou seja, um incidente que resulta em dano ao paciente. Estes eventos podem estar relacionados à administração de medicamentos e hemocomponentes, realização de cirurgias ou procedimentos, exames laboratoriais e radiológicos, entrega de recém-nascido à família ou para amamentação, entre outros. Sobre o uso das pulseiras de identificação, Hoffmeister e Moura (2015) discorrem que:

A identificação do paciente tem duplo propósito: primeiro, determinar com segurança a legitimidade do receptor do tratamento ou procedimento; segundo, assegurar que o procedimento a ser executado seja efetivamente o que o paciente necessita. Na prática, a identificação do paciente é uma etapa do cuidado de enfermagem que não recebe a devida atenção, podendo interferir nas demais etapas, primordiais à garantia da qualidade e segurança do serviço prestado (p. 37).

No cotidiano, percebemos que a identificação do paciente ainda é vista como uma responsabilidade somente da enfermagem, porém ela deve ser de responsabilidade de todos os profissionais que atuam nos hospitais, como fisioterapeutas, médicos, psicólogos, equipe da copa, higienização, etc. Os autores Silva e Machado (2020) consideram a pulseira como o melhor recurso para a identificação dos pacientes quando instituída por meio de protocolos e realmente realizada por toda a equipe multiprofissional. Os autores ainda afirmam que:

A identificação correta na assistência representa uma das ações de absoluta prioridade para que os serviços em saúde possam direcionar as condutas relacionadas à segurança do paciente. Diante disso, é recomendando que todas as organizações de cuidado à saúde utilizem-se de sistemas ou protocolos que visem à

garantia da identificação apropriada, da mesma forma que busquem garantir aptidão a toda equipe em utilizá-los (p. 08).

Outra prática desenvolvida pela instituição e citada pelos participantes do estudo no GF está relacionada ao Protocolo nº 3 do PNSP - **Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos**. Foi citada a identificação da medicação por meio de etiquetas em seringas, o uso de etiquetas de medicamentos de alta vigilância, a realização da avaliação clínica farmacêutica e a utilização de um alerta no sistema informatizado de prescrição médica da instituição a respeito de alergia medicamentosa, como ilustram os depoimentos abaixo.

Tem no sistema também se o paciente é alérgico a alguma medicação. Aí o médico vai prescrever a medicação, tem o alerta (Tec.4).

As medicações mesmo, alta vigilância... As medicações já vêm da farmácia rotuladas como controlados, como potencialmente perigoso, que também já é um sinal de alerta pra gente que vai diluir (Tec.5).

Outra coisa que também tem agora são as etiquetas que tu identifica a medicação. Veio umas etiquetas novas de um tempo pra cá, onde é colocado o nome completo do paciente, o nome da mãe, a data de nascimento, o número do quarto, a descrição da medicação, a dose, o horário (Tec.1).

Tem avaliação clínica farmacêutica que vem da farmácia já feita, eles fazem a avaliação do paciente. Já vê o que o paciente faz uso, cruza os dados das medicações, se ele faz uso domiciliar, se o doutor já prescreveu... (Enf.1).

Os instrumentos institucionais que visam à melhora na segurança da prescrição, no uso e na administração de medicamentos, dentro dos hospitais, são de extrema importância. Conforme dados do hospital⁸, os instrumentos institucionais disponíveis são: Manual de padronização de medicamentos e diluições; Manual de medicamentos via sonda; Manual de estabilidade de gotas, pomadas e aerossóis; Etiquetas de medicamentos de alta vigilância. As(os) participantes da pesquisa, enfermeiras e técnicas(os) de enfermagem, possuem conhecimento sobre as práticas desenvolvidas pela instituição voltadas à segurança na prescrição e administração dos medicamentos, porém eles mencionam isso de maneira mais informal, ou seja, descrevem o que realizam, não citando o nome do instrumento institucional.

Ainda hoje, os erros relacionados à medicação são frequentes e impactantes. De acordo com os autores Siman et al. (2021), “o erro de medicação é qualquer evento evitável que pode causar ou induzir ao uso inapropriado de medicamento ou prejudicar o paciente enquanto o medicamento está sob o controle do profissional de saúde, paciente ou consumidor (p. 110). Eles estão associados com o aumento das taxas de mortalidade, maior período de internação

⁸ Dados disponíveis no site oficial da instituição.

hospitalar, custos adicionais, sendo trabalhados em programas de prevenção configurando-se uma preocupação mundial (SANTANA et. al., 2019).

São por esses motivos que as instituições de saúde, apoiadas e incentivadas pela OMS, ANVISA e MS, vêm procurando alternativas para reduzir os erros de medicação, proporcionando a educação das equipes com relação a este tema e instituindo ferramentas e estratégias para a segurança medicamentosa.

Pode-se dizer que a aplicação de medicação no ambiente hospitalar é uma das principais práticas desenvolvidas pelos profissionais da área da saúde, em especial a equipe de enfermagem, pois é ela quem presta assistência 24 horas ao paciente e fica responsável por essa ação.

Um fator de risco para o erro na medicação que vem chamando a atenção são as interrupções das ações da equipe de enfermagem enquanto prepara o medicamento. Na realidade que investigamos, as interrupções também acontecem em razão de múltiplas atividades desempenhadas pelas equipes de enfermagem. Conforme Santana et al. (2019, p. 58),

Raramente, a equipe de enfermagem é capaz de completar uma atividade sem ser interrompida e, geralmente, os profissionais são incumbidos de atividades que abrangem gerência e assistência. É sabido que as interrupções são mais frequentes em atividades que envolvem cuidados diretos dos pacientes, como a terapia medicamentosa (p. 58).

Ainda sobre este tema, foi realizado um estudo em um hospital universitário com 650 leitos, em Adelaide, Austrália, com o objetivo de avaliar a eficácia de uma intervenção agrupada chamada “*Do not interrupt*” (Não interrompa) para reduzir as interrupções não relacionadas à medicamentos aos enfermeiros, durante a administração de medicamentos. Foi possível observar 227 enfermeiras administrando 4.781 medicamentos e identificar um alto índice de interrupções durante o procedimento de preparo de medicação. O estudo desenvolveu a intervenção por meio do uso de um colete específico escrito “*Do not interrupt*”, oficinas interativas com enfermeiras sobre o propósito da intervenção, breves sessões de educação padronizada com a equipe clínica e, por fim, informações para o paciente, que incluíam o porquê os enfermeiros estavam usando colete e uma solicitação para não interromper durante a administração de medicamentos, a menos que a preocupação fosse relacionada à medicação (WESTBROOK et al., 2017).

A partir de estudos como este, podemos perceber a complexidade que envolve as atividades da equipe de enfermagem, especialmente o preparo e a administração de

medicamentos, o que corrobora com a necessidade do uso de ferramentas dentro dos serviços de saúde para evitar que o erro atinja o paciente.

Também foi citada, no GF, como uma prática de segurança do paciente, a higienização das mãos, conforme a fala de uma técnica de enfermagem:

Tem nos corredores, tem nos quartos mesmo o *dispenser* para tu fazer a higienização da mão quando entra, quando sai do quarto. E anos atrás não tinha né, não tinha nem no corredor. Tinha uma pia lá no posto de enfermagem, agora tem em todos os quartos, tem nos corredores (Tec.1).

A higienização das mãos faz parte da 5ª meta do PNSP, **Higienizar as mãos para evitar infecções**. A incorreta higienização das mãos está diretamente relacionada com as Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), podendo “contribuir até 70% nos riscos de contaminação, tendo em vista que estas constituem-se vetores para a transmissão de bactérias e outros micro-organismos” (LOPES et al., 2020, p. 376). As IRAS são consideradas como eventos adversos (EA) e ainda persistem, de maneira significativa, nos serviços de saúde. As infecções aumentam os custos no cuidado do paciente, aumentam o tempo de internação, assim como a morbidade e a mortalidade nas instituições.

A ANVISA (2017b) orienta que:

A higiene das mãos (HM) deve fazer parte de todas as campanhas educativas, tanto fortalecendo os conceitos da periodicidade como da técnica. A utilização de preparação alcoólica para as mãos deve ser estimulada em todas as áreas do serviço de saúde, principalmente no ponto de assistência/tratamento (p. 21).

Todos os serviços de saúde do nosso país devem se adequar à RDC/ANVISA nº 42/2010, que dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos, pelos serviços de saúde do País. O objetivo é prevenir e controlar as infecções relacionadas à assistência à saúde, visando à segurança do paciente e dos profissionais de saúde. Também, que os profissionais de saúde não precisem deixar o local de assistência e tratamento para higienizar as mãos. Na fala da Tec.1, citada acima, percebemos que a instituição está adequada à RDC e às necessidades das equipes, disponibilizando material necessário e infraestrutura para uma correta higienização das mãos.

A ANVISA estabelece cinco principais momentos para a higienização das mãos, sendo eles: antes de tocar o paciente; antes de realizar procedimento limpo/asséptico; após o risco de exposição a fluidos corporais ou excreções; após tocar o paciente; após tocar superfícies

próximas ao paciente. A higienização correta das mãos previne a proliferação de microrganismos, contribuindo para uma assistência segura e livre de danos à saúde.

A reflexão sobre a higienização das mãos e sua respectiva técnica precisa ser trabalhada desde a graduação ou ensino técnico, “pois há evidências científicas de que o conhecimento influencia positivamente na realização da técnica, beneficiando o cuidado assistencial” (CONEGLIAN et al., 2020, p. 70). Conforme Coneglian et al. (2020, p. 71), “apesar da importância da técnica correta da higienização das mãos, a execução ainda é praticada de forma ineficaz e não adequadamente por profissionais da área da saúde”. Os autores afirmam que “a baixa adesão não está associada apenas à falta de conhecimento teórico, mas à incorporação deste conhecimento à prática diária, o que reflete um problema de conscientização e postura ética dos profissionais” (GRAF et al. *apud* CONEGLIAN et al., 2020, p. 71).

Pode-se questionar em que medida a baixa adesão da prática de higienização das mãos não estaria associada, também, à carga excessiva de trabalho da enfermagem e o pouco tempo para realização de todas as atividades assistenciais e burocráticas. Estudo realizado em Minas Gerais, no período de fevereiro de 2018 a abril de 2019, igualmente identificou alguns fatores dificultadores para adesão à higienização das mãos na prática clínica, estando a pressa, a sobrecarga de serviço e os aspectos culturais individuais dos profissionais também presentes nos resultados (MELLO; OLIVEIRA, 2022).

Em estudo realizado por Corrêa (*apud* ANVISA, 2009), alguns fatores de risco foram identificados para a baixa adesão às recomendações voltadas à higienização das mãos, sendo eles: ser médico; ser auxiliar de enfermagem; ser do sexo masculino; trabalhar em UTI; trabalhar durante a semana versus finais de semana; utilizar luvas e avental; realizar atividades com maior risco de transmissão de infecção; ter alto índice de atividade (nº de oportunidades/hora de cuidado prestado ao paciente).

A comunicação, meta nº 2 do PNSP – **Melhorar a comunicação entre os profissionais de Saúde** - também apareceu como uma prática de segurança do paciente desenvolvida na instituição do estudo. Os instrumentos institucionais disponíveis são: comunicado de intercorrências clínicas (SCAR); nota de transferência e transporte; prontuário eletrônico do paciente (PEP); e passagem de plantão por meio do método SBAR (situação, breve histórico, avaliação e recomendação). Porém, nos grupos focais, as(os) participantes citaram somente a nota de transferência do paciente e a comunicação entre os profissionais, como, por exemplo, por meio da passagem de plantão.

Tem implementado agora também as notas de alta, alta de transporte. Tipo, se eu vou dar uma alta lá da UTI e o paciente vai para unidade de internação, então eu já encaminho um *checklist*, uma nota de transferência. Como que o paciente está indo de uma unidade para outra. Isso é a nota de transferência, quando ele dá alta de uma unidade e vai para outra e permanece. Tem a interna e externa. Como que o paciente vai, qual a dieta que está recebendo, se tem alergias, qual procedimento que fez, se faz uso de oxigenoterapia, acesso venoso, como é o transporte, se usa maleta de transporte, se é maca, de cadeira, tudo tem nessa lista (Tec.5).

Porém, algumas(uns) participantes mencionam problemas justamente nesse processo de passagem do plantão.

Às vezes, o que eu vejo que ainda é bastante falho na nossa instituição é a passagem de plantão verbal. Se perde muita informação e às vezes coisas óbvias. Às vezes uma cirurgia não sai por falta de NPO [nada por via oral], se perde um exame por falta de NPO, porque tu vê que às vezes uma pessoa falhou, né? Só que o transtorno que isso gera para o paciente, para a instituição, para o setor, isso é grande. Eu acho que a falha é na comunicação entre os profissionais. Isso que gera todo um impasse nessa assistência direta com o paciente (Tec.5).

Para que a comunicação na assistência à saúde seja efetiva, é necessário que haja uma resposta e a validação das informações emitidas. Assim, o objetivo da segunda meta do PNSP é melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde, assegurando a transmissão das informações de forma completa e com a garantia da compreensão de todos os envolvidos. Durante o GF, outras falas chamaram a atenção com a relação à importância da comunicação para a segurança do paciente.

A enfermagem tem que estar em comunicação, o enfermeiro da unidade tem que se comunicar com o enfermeiro do bloco cirúrgico para saber o que está chegando lá, como que o paciente está indo e tudo mais, e não simplesmente atropelar, passar por cima de tudo isso e a comunicação acaba gerando isso pra gente ter esse cuidado. Daqui a pouco tem até “memes” que sai disso. Uma vez eu vi um homem que escreveu na perna dele “a outra”, por medo de ser operado na perna errada. Então, esse tipo de comunicação, esse tipo de atenção faz parte (Tec.2).
Coisas básicas, né? Às vezes o mínimo precisa ser dito (Tec.5).

Assim, a comunicação configura-se como um elemento essencial no cuidado e isso é percebido nas falas das(os) participantes. É preciso um diálogo permanente entre os diferentes profissionais, pacientes e gestão. A comunicação não ocorre somente de maneira verbal, podendo ser por meio de gestos, postura e olhares, assim como por meio da utilização de diferentes ferramentas, como as citadas aqui e que a instituição desenvolve, que também contribuem e fortalecem a assistência prestada ao paciente.

Outras práticas para a segurança do paciente também foram trazidas pelos participantes, tais como o uso dos Protocolos Operacionais Padrão (POP); a realização da Lista de

Verificação da Cirurgia Segura, mais conhecida como *Checklist* no Centro Cirúrgico (CC); autorização do familiar para realização de procedimentos invasivos; e a manutenção das grades elevadas nos leitos para prevenção das quedas.

Enfermeiras(os) e técnicas(os) de enfermagem trabalham juntos, compondo a equipe de enfermagem, porém, no dia a dia das atividades laborais, desenvolvem atribuições diferentes. Cabe à enfermeira exercer, privativamente, algumas atividades, como: consulta de enfermagem; prescrição da assistência de enfermagem; cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida; cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas; planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem, entre outros. A(o) técnica(o) de enfermagem exerce atividade de nível médio, envolvendo orientação e acompanhamento do trabalho de enfermagem em grau auxiliar; participa da programação da assistência de enfermagem; executa ações assistenciais de enfermagem, exceto as privativas da Enfermeira; e participa da equipe de saúde (BRASIL, 1986).

Esta divisão do trabalho é facilmente identificada nas falas das(os) participantes, por exemplo, no fato das(os) técnicas(os) de enfermagem terem citado mais práticas realizadas na instituição para a segurança dos pacientes do que as enfermeiras. Isso provavelmente se deve ao fato de que a equipe técnica realiza mais o cuidado em si, enquanto as enfermeiras estão envolvidas, em muitos momentos, com a gestão e a parte burocrática da assistência em saúde. Nas falas, aparece uma preocupação maior por parte das enfermeiras com a gestão do trabalho técnico, ou seja, como as equipes desenvolvem tais práticas. Essa organização nos faz perceber o trabalho em saúde como uma cultura já existente entre os profissionais de enfermagem, em que as enfermeiras pensam e organizam o cuidado e as(os) técnicas(os) de enfermagem executam.

Também, foi possível perceber, durante o GF, que as(os) técnicas(os) de enfermagem ainda possuem dúvidas com relação ao que são práticas de segurança do paciente. Ao serem questionadas(os) sobre as práticas que são realizadas na instituição para a segurança dos pacientes, as(os) profissionais trocaram olhares e pensaram antes de responder. Foi necessário, por parte da pesquisadora, exemplificar uma prática, para então os participantes darem início à fala.

Nos questionamos por que os profissionais ainda possuem dúvidas sobre as práticas de segurança que são realizadas na sua instituição de trabalho, se eles as realizam durante a assistência ao paciente? Nossa hipótese é que os profissionais, no caso, os técnicos, captam o

que é importante para a prática diária de trabalho, o que é essencial para o cuidado ao paciente, compreendendo as práticas, então, a partir de sua realidade.

Consideramos importante destacar aqui que tanto as enfermeiras quanto as(os) técnicas(os) de enfermagem trouxeram nas entrevistas individuais que pouco conhecem o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), e o que sabem sobre o mesmo, segundo eles, foi visto na graduação e na escola técnica. As falas a seguir expressam isso:

Sinceramente, ouvi muito pouco sobre ele. Conheço alguma coisa por conta de tudo que a gente aprende no curso... Eu fiz até a metade da faculdade de enfermagem. Sobre segurança do paciente também é muito cobrado no hospital em si. Ser o paciente certo, no leito certo... Sobre o programa em si, não. Somente sobre ter cuidados de segurança do paciente. Do pouco que conheço acho que ele é bom, mas, infelizmente, muito teórico [...] (Tec.2).

Conheço. Conheci ele [o Programa Nacional de Segurança do Paciente] na academia.... Tinha feito já um trabalho sobre segurança do paciente na emergência, fiz um daqueles trabalhos científicos da universidade. Nós avaliamos na época a emergência do PA, foi onde a gente se espelhou e estudou segurança do paciente na emergência. Eu acho o programa bem interessante, acho que ele foca em um cuidado com mais atenção, não que não faríamos já antes, entende? Só parece que ficou mais direcionado. Traz mais segurança para nós e para o paciente (Enf.2).

Conheço por parte da faculdade mesmo, nunca mais li sobre ele. Com certeza é um programa super completo e acho que é fundamental, acho que as instituições precisam ter um norte a seguir, tem que ter um respaldo, até para poder pedir isso para os funcionários, exigir dos funcionários e também para questão legal voltada ao paciente, para ele também se sentir mais amparado e se sentir melhor, se sentir mais seguro dentro de uma instituição (Tec.5).

Sim, conheço. A gente viu na graduação que lá em 2013 iniciou a questão da segurança do paciente, tem todo o histórico... Eu acho de extrema importância esse programa né, porque é onde que a gente tem um norte para dar uma assistência mais qualificada para o paciente (Enf.1).

Essas declarações sobre o PNSP diferem do que dizem as enfermeiras que participam do Nigersp (Enf.5) e que ocupam cargos de gestão (Enf.6 e Enf.7), conforme os depoimentos a seguir:

Conheço. Comecei a conhecer mais do ano passado para cá que eu comecei a fazer parte do grupo de segurança do paciente no hospital e eu acho muito importante porque aí nós conseguimos alinhar processos, a maneira como a gente vai tratar. Eu acho bem importante para nos nortear na maneira como vamos atender os pacientes, alinhar os processos, pensando na segurança do paciente (Enf.5).

Eu conheço o programa nacional. A minha opinião é que ele é um programa válido, mas veio tarde demais para o Brasil, deveria ter vindo antes de 2013. Vai fazer quase 10 anos esse programa, mas acho que sim, que ele veio para ajudar as instituições, a gente se embasa muito no programa e nas legislações, né? (Enf.6).

Sim, conheço. Acho ele extremamente importante para as instituições e acho que é baseado nele que nós precisamos nortear as nossas atividades. Nós estamos aqui em busca da acreditação hospitalar e a gente vê que é muito vago, né? As pessoas desconhecem, por mais que a gente trabalhe tanto ele... [...]. Por mais que a gente esteja sempre explicando, falando de segurança do paciente, continuamente as equipes são capacitadas, mas eles sempre acabam pecando e se a gente for lá perguntar, eles vão ter dificuldades e não vão saber (Enf7).

Pela fala da Enf.7, nota-se que o hospital trabalha com as equipes as metas do PNSP, porém os profissionais ainda possuem dificuldade de compreensão sobre o programa como um todo, o que gera preocupação e certa inquietação por parte dos gestores. Assim, percebemos de um lado o trabalhador alegando conhecer pouco o PNSP e, de outro, o gestor afirmando que isso vem sendo trabalhando dentro da instituição.

Nossa hipótese sobre essa contradição que aparece nos depoimentos é de que as atividades de educação permanente realizadas pelo hospital não estão sensibilizando os profissionais como o esperado, podendo ser em razão de um cansaço e uma sobrecarga de trabalho cumulativo neste período de pandemia. A educação nos serviços de saúde é importante para que os profissionais não realizem a assistência de forma mecânica, ou seja, para que eles realmente compreendam qual o intuito do programa, suas metas e como isso influencia na assistência que é realizada por eles com o paciente, proporcionando, assim, um cuidado integral e seguro. Essas observações vêm ao encontro da CSP e a forma como a cultura interfere na incorporação e compreensão das práticas de segurança.

5.4 Práticas educativas para uma cultura de segurança do paciente na instituição do estudo

Aprender e ensinar fazem parte da existência humana, histórica e social, como dela fazem parte a criação, a invenção, a linguagem, o amor, o ódio, o espanto, o medo, o desejo, a atração pelo risco, a fé, a dúvida, a curiosidade, a arte, a magia, a ciência, a tecnologia. E ensinar e aprender cortando todas estas atividades humanas (FREIRE, 2001, p. 12).

Paulo Freire dizia que o ser humano é “um ser finito, limitado, inconcluso, mas consciente de sua inconclusão. Por isso, um ser ininterruptamente em busca, naturalmente em processo” (FREIRE, 2001, p. 12). Para o autor, aprender e ensinar fazem parte da história humana e na medida em que nos transformamos e nos reinventamos com a evolução do mundo, acabamos nos tornando, naturalmente, educadores e aprendizes. Nós, seres humanos, inseridos em um mundo com mudanças constantes, evolução permanente do conhecimento e novas formas de produção, temos a necessidade de criar e recriar em busca de um desenvolvimento coletivo e profissional.

Na área da saúde, o processo educativo acompanha as equipes multiprofissionais com intuito de proporcionar melhorias nos serviços e na prestação do cuidado, garantindo uma assistência de qualidade para seus pacientes (CAVALCANTE, 2013). O sistema de saúde brasileiro se expandiu a partir de 1970, havendo a necessidade de qualificação dos

trabalhadores, o que impulsionou o aparecimento de diferentes programas de formação “que buscaram construir modelos político-pedagógicos comprometidos com a promoção do diálogo entre o ensino e os serviços de saúde”. Mesmo diante dos avanços na área, críticas eram feitas sobre o modelo dominante da educação, em que cursos com objetivo de capacitar e especializar aconteciam fora do ambiente de trabalho e com “métodos transmissivos do conhecimento” (CARDOSO et al., 2017, p. 1493).

Com a Portaria nº 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004, que instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (EPS) como uma estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor, se intencionou efetuar as relações entre serviços e educação, fortalecendo a importância do processo educativo para a transformação do trabalho em saúde. Na concepção de Salum e Prado (2014, p. 302) a educação permanente:

[...] A educação permanente deve constituir parte do pensar e do fazer dos profissionais, com a finalidade de propiciar o crescimento pessoal e profissional destes, bem como contribuir para a organização do processo de trabalho, uma vez que desenvolve-se a partir de problemas diários identificados na realidade.

Complementando os autores, Cavalcante et al. (2013, p. 600) falam que a educação permanente tem como objetivo:

[...] a melhoria da qualidade do cuidado, a capacidade de comunicação e o compromisso social entre as equipes de saúde, os gestores do sistema de saúde, instituições formadoras e o controle social. Procura instigar a produção de saberes, a partir da valorização da experiência e da cultura do sujeito, e das práticas de trabalho em saúde. A educação permanente é um modelo de aprendizagem no trabalho, no qual o aprender e o ensinar incorporam-se ao cotidiano das organizações e ao trabalho.

Já para Freire (2001), a educação é permanente

[...] não porque certa linha ideológica ou certa posição política ou certo interesse econômico o exijam. A educação é permanente na razão, de um lado, da finitude do ser humano, de outro, da consciência que ele tem de sua finitude. Mais ainda, pelo fato de, ao longo da história, ter incorporado à sua natureza “não apenas saber que vivia mas saber que sabia e, assim, saber que podia saber mais”. A educação e a formação permanente se fundam aí (p. 12).

Há necessidade de uma educação permanente nos serviços de saúde, com o uso de diferentes metodologias, utilizando “de uma pedagogia problematizadora, baseada na relação dialógico-dialética entre educador e educando, ou seja, ambos aprendem juntos” (CARDOSO et al., 2017, p. 1493). O foco da problematização é pensar sobre como a prática em si

acontece, rompendo com uma lógica individual e instalando o pensamento em equipe. As ações educativas são importantes, em especial para os profissionais da enfermagem, em razão de estarem à frente do cuidado e serem o maior número de profissionais dentro das instituições de saúde. Isso não exclui a necessidade da realização de ações educativas com os demais componentes das equipes multiprofissionais e dos que assistem aos pacientes de maneira indireta, pois todos são responsáveis pela segurança desses últimos enquanto estiverem sob os cuidados de uma instituição de saúde.

No contexto hospitalar, as práticas educativas são iniciativas importantes para implementação de processos de mudança, sendo realizadas por meio da análise dos problemas enfrentados neste ambiente, levando em consideração as experiências vividas pelos profissionais e os conhecimentos prévios. No que diz respeito à segurança do paciente, as práticas educativas contribuem para o desenvolvimento de uma cultura, desenvolvendo competências nos profissionais que são necessárias e potenciais para o fortalecimento das ações que visam um cuidado livre de danos.

Para Freire (2001, p. 35),

[...] toda prática educativa envolve uma postura teórica por parte do educador. Esta postura, em si mesma, implica – às vezes mais, às vezes menos explicitamente – numa concepção dos seres humanos e do mundo. E não poderia deixar de ser assim. É que o processo de orientação dos seres humanos no mundo envolve não apenas a associação de imagens sensoriais, como entre os animais, mas, sobretudo, pensamento-linguagem; envolve desejo, trabalho-ação transformadora sobre o mundo, de que resulta o conhecimento do mundo transformado. Este processo de orientação dos seres humanos no mundo não pode ser compreendido, de um lado, de um ponto de vista puramente subjetivista; de outro, de um ângulo objetivista mecanicista.

É por meio de um processo educativo e da percepção crítica da realidade dentro dos ambientes de saúde que os profissionais irão aperfeiçoar e melhorar a qualidade do cuidado prestado às necessidades reais dos seus pacientes.

Atualmente, diferentes práticas educativas vêm sendo realizadas em instituições hospitalares para a promoção da CSP. Conforme visto no Capítulo 2 deste estudo, que teve como objetivo sistematizar a produção acadêmica sobre as práticas educativas realizadas em instituições hospitalares para a promoção da CSP, as principais práticas educativas que vêm sendo desenvolvidas por instituições hospitalares com os trabalhadores são: Educação Permanente em Saúde (EPS); Educação Continuada (EC); elaboração e distribuição de *folder* e manuais; aulas expositivas dialogadas; capacitação no local de trabalho; ações educativas *in loco*; momentos de problematização do processo de trabalho e a construção de espaços mais

democráticos que favorecem a discussão e reflexão pela equipe sobre as fragilidades do processo de cuidar; reuniões formais; simulação realística; grupos de estudos; treinamentos; entre outras.

Tanto nos GF quanto nas entrevistas individuais, o seguinte questionamento foi feito para as(os) participantes do estudo: quais são as práticas educativas desenvolvidas por esta instituição para a promoção da CSP? As principais práticas educativas citadas pelas(os) participantes foram: leitura e revisão do Protocolo Operacional Padrão (POP); dinâmicas, capacitações e orientações *in loco*; treinamentos; reuniões internas; auditorias; e uso de *e-mail*, *WhatsApp* e *folders*, conforme ilustram as falas a seguir:

Existem momentos durante o ano que elas [profissionais do setor de desenvolvimento humano] fazem capacitações, tipo: de parada cardiorrespiratória, de punção venosa, de curativos. [...] A maioria é durante o horário de trabalho (Tec.5).

Todo final de reunião a enfermeira pergunta: “você quer algum treinamento específico”? “Vocês estão precisando de algum treinamento”? Todas! Nós temos duas reuniões por mês e a gente sempre pede alguma coisa. E elas sempre trazem na próxima (Tec.4).

A gente pega os POPs [Protocolo Operacional Padrão]. Isso sempre se revisa, faz uma leitura e as gurias do Nigersp sempre mandam cartazes, mandam *folder*, bem lúdicos assim, e a gente reaproveita esse material (Enf.1).

O que a instituição faz, falando da instituição em si: eles planejam algumas capacitações anuais e isso é passado no *e-mail*. Eles planejam no horário de trabalho, a gente dá essa liberação para os técnicos de uma hora, meia hora, enfim, um tempo pequeno, mas necessário para fazer essa capacitação e depois ele [o técnico de enfermagem] retorna ao trabalho (Enf.2).

...o *WhatsApp* ele acaba sendo a nossa ferramenta de solução mais rápida... Só que, infelizmente, ela não é algo formal da instituição, mas nós utilizamos muito ela para trabalho... Porque, às vezes, até ler o *e-mail*... Hoje é um dia que eu nem abri meus *e-mails* ainda. Tem gente que me conhece e sabe, se é urgente manda pelo *WhatsApp*. Claro que o *e-mail* ele está ali formalizado, é o grande ganho para isso. Mas sim, nosso *e-mail* é a nossa principal ferramenta hoje (Enf.6).

[...] e tudo isso a gente registra também, com lista de presença, com ata, nas reuniões internas e nas auditorias eu coloco lá na observação do relatório que foi orientada a equipe ou o gestor que estava comigo, relacionado a isso, isso e isso, protocolo X (Enf.6).

Mesmo não sendo uma ferramenta formal do hospital, o *WhatsApp* vem sendo muito utilizado pelos profissionais em razão de ser um meio de comunicação mais rápido, já fazendo parte da cultura do trabalho desses profissionais. Em contrapartida, o *e-mail*, de acordo com a Enf.6, é uma ferramenta formal, mas nem sempre cumpre o seu papel, pois, segundo ela, muitos profissionais não acessam fora do local de trabalho e no dia a dia das atividades laborais a demanda não deixa espaço, em muitos momentos, para que essa prática se efetive. Ainda na fala da Enf.6, chama a atenção que outra prática considerada informal também acontece, como as conversas nos próprios setores durante as auditorias de qualidade.

Treinamento que eu boto todo mundo numa sala, não! [...] É mais mesmo *in loco*, passando pelos setores, com as auditorias, enfim. É mais esse tipo de educação que a gente acaba fazendo (Enf.6).

Durante a produção de informações para o desenvolvimento desta pesquisa, a instituição do estudo estava em processo de preparo para a Acreditação Hospitalar e já vinha passando por uma reestruturação para melhor atender as exigências para a certificação. Neste processo, desde o ano de 2019, o setor de Desenvolvimento Humano (DH) é o responsável pela organização e realização do cronograma das atividades de educação permanente, mapeando as necessidades dos setores e equipes, acompanhando os processos de capacitação e avaliando a eficácia dos mesmos. Na prática, quando enfermeiras percebem a necessidade de alguma capacitação nos seus setores, informam o DH, que é quem vai organizar a ação educativa. O depoimento da Enf.7 explica:

Eu, individual, não faço, porque agora temos no hospital o setor de Educação Permanente [setor de Desenvolvimento Humano] que fica responsável por todas as capacitações. Então, a gente não pode mais fazer nenhuma capacitação. Todas as nossas capacitações são voltadas para o DH. Eu identifiquei que eles [os técnicos de enfermagem] estão com dificuldade no preenchimento do *checklist* de cirurgia segura, então eu tenho que passar para o DH e eles vão entrar em contato, ver quem vai capacitar e tudo. Não temos mais autonomia para fazer mais nenhum treinamento, nenhuma prática na verdade. Tudo envolve o DH (Enf.7).

A autonomia e a liderança compõem a identidade profissional, sendo importantes para a condução do trabalho em equipe. A realização de atividades educativas entre os profissionais de enfermagem contribui para o fortalecimento do elo entre a enfermeira e as(os) técnicas(os) de enfermagem, valorizando as potencialidades da equipe e as fragilidades que precisam ser desenvolvidas. A fala da Enf.7 expõe que as enfermeiras “perderam” a autonomia no que se refere à realização das práticas educativas com as suas equipes de enfermagem.

Após a realização da capacitação, o DH fica responsável, também, pela avaliação da eficácia da atividade feita. Todos os profissionais que participam preenchem questionários após 30, 60 e/ou 90 dias, pois isso tem contribuído para os indicadores de educação permanente da instituição. Caso alguma capacitação não tenha tido eficácia, o DH revê e desenvolve outra ação a partir disso. As falas da Enf.6 e Enf.7 esclarecem:

[...] todo treinamento que passa pelo DH tem que ter eficácia, então elas controlam tudo isso. Acho que é 30, 60 e 90 dias, elas aplicam uma provinha pelo *Google Forms* para ver se aquele treinamento realmente ainda está efetivo, se a pessoa

lembra, se a eficácia foi boa ou não. Isso é pela acreditação agora, né?! Eles estão exigindo (Enf.6).

Agora eu tive algumas situações que eu precisei de práticas assistenciais mesmo, alguns treinamentos... E na hora, com o DH fazendo essa parte, meio que as necessidades se perdem, porque até passar para eles... Então eu procurei ela [enfermeira gestora] para saber se eu poderia fazer. Eu nunca pedi para ninguém para ter que fazer um treinamento [risos], ela me disse: “Não, vai com DH, fala com a fulana para fazer”. Mas ela sempre apoiou, apoia tudo! Mas precisamos direcionar tudo para o DH, até porque eles têm um pré e pós-teste. Isso também vai gerar um *link*, um indicador que eles precisam contabilizar para a acreditação. Na verdade, agora com o DH mais envolvido nas capacitações, tudo está sendo mais efetivo, né? Porque antes eu fazia alguma capacitação sobre segurança do paciente ou uma prática assistencial com eles [as equipes], mas eu não tinha retorno se tinha sido realmente efetivo ou não (Enf.7).

O que percebemos com esta forma de organização é uma padronização nas capacitações realizadas dentro do hospital, assim como um maior controle, por meio do uso de indicadores, da eficácia dessa ação educativa. Em contrapartida, as enfermeiras parecem ter perdido a autonomia em razão de não poderem mais realizar capacitações com as suas próprias equipes. Neste contexto, as práticas educativas informais parecem ter passado a acontecer de maneira mais intensa, ou seja, é por meio das experiências diárias e da relação com o meio em que estão inseridos, que algumas ações educativas não intencionais acontecem. Como, por exemplo, durante as passagens de plantão, em que as equipes conversam sobre os pacientes e os cuidados prestados e compartilham de experiências e saberes.

Além da situação de passagem de plantão, os participantes mencionaram que, quando ocorre atualização de alguma prática assistencial ou de rotina da instituição, as enfermeiras recebem uma capacitação específica e ficam responsáveis por repassar para as equipes, fazendo essa “transmissão” de maneira informal no próprio setor de trabalho. O que percebemos com os depoimentos, alguns mencionados abaixo, é que, mesmo havendo um setor responsável pela padronização de práticas educativas da instituição, a enfermeira é tratada e considerada pelas equipes como uma figura importante para a aprendizagem dos grupos de trabalho.

Eu fiquei um período responsável pela UTI adulto, então tu passa a orientação... Na verdade não é uma capacitação, é uma conversa, algo informal sobre as mudanças ou algo que venha novo. Por exemplo, teve para identificar alergia [se o paciente tem risco de alergia]. Quando foram liberadas as pulseirinhas, isso foi informado no setor. Então não existe uma capacitação para isso. Isso aconteceu quando eu fiquei fixa um período que eu não era folguista, eu era da turma da tarde da UTI e essas informações a gente dava numa conversa informal durante o trabalho. A gente passava o porquê que era, qual a razão, enfim, e era registrado isso com a assinatura (Enf.2).

Ele [o enfermeiro] nos traz: “Ah, eu fui na capacitação e foi falado sobre isso, isso e isso”. Mas é uma informação que vem de uma capacitação que ele recebeu. Ele passa de maneira informal. Ele só repassa o que ele recebeu (Tec.5).

O grupo da segurança do paciente tem alguns enfermeiros, não são todos. Então, no caso eu e a fulana, a gente vai começar a disseminar [sobre alguma temática que envolve segurança do paciente]. Por exemplo, eu passo para a colega e vai divulgando e vai passando para as equipes, porque nós todos não somos reunidos lá para passar... Então, o grupo vai disseminando. *E-mails*, banner, cartaz, falando de boca a boca e cada enfermeiro capacitando a sua equipe (Enf.3).

Durante os GF, os profissionais relataram que as capacitações estabelecidas no Cronograma de Capacitações Institucionais, desenvolvido pelo DH, são realizadas dentro da própria instituição e em diferentes horários de trabalho. As enfermeiras organizam escalas entre as(os) técnicas(os) de enfermagem para que todos possam participar, porém, nem sempre conseguem em razão da demanda no setor, conforme mostram os depoimentos:

A maioria é durante o horário de trabalho. Coisa bem prática... meia hora. Por causa das demandas que têm no serviço. Mas tem bastante. Claro que a gente sabe que em função da demanda, às vezes, a gente não consegue ir. Porque normalmente elas fazem a escalinha dos dias e a escalinha dos profissionais. Tipo, sexta de tarde das 14h às 15h vai a fulana e outras colegas... Elas já colocam o nome das pessoas pra não ficar aquela coisa aleatória. “Não, eu vou amanhã ou vou outro dia”. Fica uma coisa bem certinha, marcadinha, sabe? Só que às vezes a gente não consegue ir (Tec.5).

[...] tem as equipes lá dentro, o núcleo de segurança do paciente, o pessoal das metas, mas eles até têm o intuito de... Eles marcam, como a gente comentou já, marcam uns 30 minutos aqui, uma hora lá, só que às vezes a gente não consegue sair do setor. Então, muitas capacitações tem, só que eles acabam não chegando na gente na totalidade porque a gente não consegue ir, não têm colegas o suficiente, a gente não consegue participar. E é só assim para gente retomar algumas coisas eu acho... O mais interessante seria se as coisas viessem para dentro do nosso setor (Tec.5).

Lá no bloco não tem como ir. E a enfermeira realmente ela tem boa vontade, ela bota nosso nome lá. Tem uma capacitação que tá tendo agora, não consigo lembrar qual que é... Eu sei que fica um mês, né? Já está na última semana e ela não conseguiu mandar ninguém (Tec.4).

Além da dificuldade em participar das capacitações, as(os) participantes trouxeram nos GF outras duas questões negativas: a) sobre a capacitação ser em horário de trabalho, quando não conseguem se concentrar no que está sendo apresentado, pois o pensamento fica voltado para as atividades de assistência e burocráticas que ficam pendentes enquanto estão envolvidos na capacitação; e b) a falta de criatividade na elaboração das capacitações.

O que eu vejo como negativo dessas capacitações [...], que a capacitação tem que ser dentro do horário do turno de trabalho. [...] Ele [o turno de trabalho] já é “puxaderrimo”, eu já não dou conta do meu trabalho e ainda vou dar conta da minha ausência, me capacitar, retornar pro meu trabalho [...] Tu vai estar com a tua cabeça no teu trabalho, tu não vai estar no treinamento (Enf.2).

Eu acho que o hospital precisa usar mais a criatividade quando tem uma capacitação. Nós temos tempo, quando eles fazem lá na sala de reuniões, nós passamos a tarde lá só com slides... Se eles fizessem algo mais prático para nós, fazendo a gente passar pela realidade, mudaria muito! (Tec.4).

O cronograma de capacitações é organizado no início do ano, podendo sofrer alterações conforme as demandas da instituição, com as temáticas distribuídas nos 12 meses, em diferentes horários e com público alvo pré-estabelecido, ou seja, com os setores que precisam participar da capacitação. As temáticas inseridas nos cronogramas de 2020 e 2021 que estão relacionadas à segurança do paciente, especificamente as seis metas de SP, e que foram realizadas com as equipes assistenciais, são:

- 2020: Curativos / Lesão por Pressão; Punção venosa periférica / Heparinização; Cuidados com sondas e drenos; e Registros de Enfermagem.

- 2021: Manual de diluição de medicamentos; Protocolo de lesão por pressão / Curativos; Notificação – Segurança do Paciente; Protocolo de identificação do paciente e Classificação de risco de queda; Práticas seguras de prevenção de retenção não intencional de objetos no paciente após cirurgia; Protocolo Cirurgia Segura - *Checklist*; Cuidados de enfermagem no posicionamento cirúrgico; Movimentação de pacientes; e Protocolo de queda e lesão por pressão - Escala de *Braden Q* e Escala de *Morse*.

É possível notar que o cronograma do ano de 2021 possui mais temáticas relacionadas à SP do que o ano de 2020. Talvez, o que explique essa diferença seja a pandemia da COVID-19 iniciada em 2020 e o fato da instituição estar em processo de preparo mais intenso para a avaliação da Acreditação Hospitalar, em 2021.

Diferentes processos educativos ocorrem no âmbito hospitalar, os quais, juntos, atendem as demandas institucionais e profissionais e que contribuem para o desenvolvimento de processos formativos em espaços não convencionais, como, por exemplo, em um posto de enfermagem. A educação para além dos ambientes formativos, como a universidade, estabelece interfaces de colaboração e complementaridade para que os profissionais da área da saúde estejam cada vez mais preparados para lidar com os desafios e a complexidade que o cuidado, ao longo dos anos, vem adquirindo.

Conforme Ghanem e Trilla (2008), a educação é um “fenômeno complexo, multiforme, disperso, heterogêneo, permanente e quase onipresente” (p. 29). Há educação em tudo e em todos os ambientes, na escola, na família, em bibliotecas e processos de educação à distância, reuniões, jogos... Enfim, igualmente acontecem processos de educação. Esta educação pode ser realizada por professores e pais, mas, também, por jornalistas, políticos, colegas de trabalho, poetas, amigos, entre tantos outros.

Diante de diferentes processos educacionais, foi necessário compreendermos suas particularidades. Cabe aqui explicar três diferentes categorias que expressam o fenômeno

educativo, incluindo as práticas, os processos e as ações não escolares (SEVERO, 2015). São elas: educação formal, não formal e informal.

[...] a *educação formal* compreenderia “o ‘sistema educacional’ altamente institucionalizado, cronologicamente graduado e hierarquicamente estruturado que vai dos primeiros anos da escola primária até os últimos da universidade”; a *educação não-formal*, “toda atividade organizada, sistemática, educativa, realizada fora do marco do sistema oficial para facilitar determinados tipos de aprendizagem a subgrupos específicos da população, tanto adultos como infantis”; e a *educação informal*, “um processo que dura a vida inteira, em que as pessoas adquirem e acumulam conhecimentos, habilidades, atitudes e modos de discernimento por meio das experiências diárias e de sua relação com o meio” (COOMBS apud GHANEM; TRILLA, 2008, p. 33).

No estudo, como se pode perceber pelas informações até aqui apresentadas, as práticas educativas desenvolvidas no hospital de estudo abrangem uma **educação formal**, por meio das capacitações estabelecidas no Cronograma de Capacitações Institucional, *e-mail*, reuniões e auditorias; **educação não formal**, por meio de orientações *in locu*, uso de *WhatsApp*, revisão de técnicas e a leitura de POPs; e **educação informal**, realizada por meio de conversas, trocas de saberes e experiências durante o trabalho e passagens de plantão, influenciadas pelos valores, hábitos e a cultura dos profissionais.

Para os participantes, é no dia a dia de trabalho que a aprendizagem acontece, adquirindo outro sentido para eles, pois ocorre de maneira espontânea, por meio das relações de trabalho, conforme a necessidade do momento, em que o conhecimento prévio do trabalhador contribui para com a assistência do seu colega, refletindo no cuidado do paciente. Freire (1981), a respeito da relação entre a teoria educativa e a prática educativa, faz a seguinte reflexão:

Para mim, que me situo entre os que não aceitam a separação impossível entre prática e teoria, toda prática educativa implica numa teoria educativa. Por isso é que, ao falar agora de antagônicas concepções da alfabetização de adultos, não poderei deixar de, simultaneamente, fazer referência a aspectos de suas respectivas práticas. A fundamentação teórica da minha prática, por exemplo, se explica ao mesmo tempo nela, não como algo acabado, mas como um movimento dinâmico em que ambas, prática e teoria, se fazem e se re-fazem (p. 14).

Por meio das falas, notamos que as(os) participantes – técnicas(os) de enfermagem, enfermeiras assistenciais e enfermeiras gerenciais - utilizam diferentes termos ao se referirem às práticas educativas formais da instituição. Embora o DH utilize o termo capacitação, alguns profissionais chamam a mesma prática de treinamento, outros de educação permanente, de

capacitação, etc. Sobre o uso dos termos capacitação e educação permanente em saúde, a Política Nacional de Educação Permanente traz a importante consideração:

[...] nem toda ação de capacitação implica um processo de educação permanente. Embora toda capacitação vise à melhoria do desempenho do pessoal, nem todas estas ações representam parte substantiva de uma estratégia de mudança institucional, orientação essencial nos processos de educação permanente; a educação permanente, como estratégia sistemática e global, pode abranger em seu processo diversas ações específicas de capacitação e não o inverso. No âmbito de uma estratégia sustentável maior, podem ter um começo e um fim e serem dirigidas a grupos específicos de trabalhadores, desde que estejam articuladas à estratégia geral de mudança institucional [...] (BRASIL, 2009, p. 40).

O que se espera com as práticas educativas é a transformação dos serviços de saúde, em que o desenvolvimento permanente de seus profissionais seja um compromisso. A capacitação é uma importante ação educativa, porém possui como característica a pontualidade, pressupondo a “reunião das pessoas em uma sala de aula, isolando-as do contexto real de trabalho, colocando-as ante um ou vários especialistas experientes, que transmitirão conhecimentos para, uma vez incorporados, serem aplicados” (BRASIL, 2009, p. 41). Isso é diferente da Educação Permanente (EP), em que o enfoque é a mudança na visão dos trabalhadores, com transformações em suas práticas de trabalho. Por meio da EP espera-se incorporar “o ensino e o aprendizado à vida cotidiana das organizações e às práticas sociais e laborais, no contexto real em que ocorrem”, modificar as “estratégias educativas, a partir da prática como fonte de conhecimento e de problemas, problematizando o próprio fazer”, colocar os trabalhadores “como atores reflexivos da prática e construtores do conhecimento e de alternativas de ação, ao invés de receptores” e evitar a “fragmentação disciplinar” (BRASIL, 2009, p. 44).

A Educação Permanente no Serviço é o enfoque educacional reconhecido como sendo o mais apropriado para produzir as transformações nas práticas e nos contextos de trabalho, fortalecendo a reflexão na ação, o trabalho em equipes e a capacidade de gestão sobre os próprios processos locais (BRASIL, 2009, p. 56).

Por meio da coleta de informações, análise do Cronograma de Capacitações Institucional e a apreciação do site institucional, foi possível compreender que a instituição faz uso do termo capacitação como uma estratégia, uma ferramenta para a realização da educação permanente dos seus trabalhadores. A Portaria nº 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004, que Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, no Anexo II - Orientações e Diretrizes para a Operacionalização da Política Nacional de Educação

Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores para o setor – propõe que:

[..] os processos de **capacitação** dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho (BRASIL, 2004, p. 08).

Por outro lado, a Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, publicada três anos após, reconhece a EP como um recurso para a gestão e a educação no trabalho, porém objetiva superar a tradição das capacitações e treinamentos, conforme descrito abaixo:

As Comissões de Integração Ensino-Serviço apoiarão os gestores do Colegiado de Gestão Regional na discussão sobre Educação Permanente em Saúde, contribuindo para o desenvolvimento da educação em serviço como um recurso estratégico para a gestão do trabalho e da educação na saúde. Nessa perspectiva, essas comissões assumirão o papel de indutor de mudanças, promoverão o trabalho articulado entre as várias esferas de gestão e as instituições formadoras, a fim de superar a tradição de se organizar um menu de capacitações/treinamentos pontuais.

Por fim, o Caderno do MS - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – publicado no ano de 2009 traz a necessidade de mudanças nos ambientes de trabalho em saúde, reforçando a necessidade de superar a tradição de se organizar um menu de capacitações/treinamentos pontuais, o que dá a ideia de ação isolada, sem articulações.

As práticas educativas citadas neste estudo, cada uma com a sua singularidade, são importantes e fundamentais para a qualificação das equipes e a consequente proteção dos pacientes. A educação precisa ser permanente no real sentido de ser frequente, de permanecer no tempo e ser duradouro, valorizando a formação que se dá nas experiências de trabalho, onde emergem novos saberes. Essas características da EP não devem ser esquecidas na rotina de trabalho e na organização do cronograma desta e de outras instituições. Os profissionais precisam se sentir incluídos e valorizados, no sentido de que as suas experiências laborais possam realmente contribuir, por exemplo, com as capacitações e, assim, com o trabalho do colega e com a assistência ao paciente.

5.4.1 A importância da notificação de incidentes para as práticas educativas em segurança do paciente

Este capítulo tem como objetivo discutir a importância das notificações de incidentes em saúde para a realização de práticas educativas em segurança do paciente. As notificações estão inseridas em um conjunto de ações que visam melhorar a assistência ao paciente, com intuito de encontrar soluções para a realização de um cuidado livre de danos.

A notificação de erros é um elemento importante para melhoria da segurança do paciente e a construção de uma CSP, pois, por meio das notificações, as instituições conseguem identificar as principais falhas e pontos de melhoria. A partir das informações e de uma estratificação, práticas educativas podem ser planejadas e executadas baseadas na real necessidade de cada serviço.

O fato de um evento adverso (EA) acontecer na assistência à saúde é considerado como uma falha na segurança do paciente e dentre as consequências dos danos ou das lesões ocasionadas no paciente destacam-se o aumento do tempo de internação, maiores gastos hospitalares, necessidade de (re)intervenções diagnósticas e terapêuticas, além da necessidade do uso de outras medicações, maiores custos sociais e, até mesmo, a ocorrência do óbito (SIMAN; CUNHA; BRITO, 2017).

A RDC nº 36, de 25 de julho de 2013 (BRASIL, 2013a), traz algumas definições que são importantes e contribuem para nossa compreensão a respeito dos erros na assistência à saúde, sendo eles: **Dano** - comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico; **Evento adverso** - incidente que resulta em dano à saúde; e **Incidente** - evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à saúde (BRASIL, 2013). Conforme o Caderno 6 da ANVISA - Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – os incidentes são classificados em: *near miss*, incidente que não atingiu o paciente; **incidente sem dano**, evento que atingiu o paciente, mas não causou dano discernível; e **incidente com dano** ou **evento adverso (EA)**, incidente que resulta em dano ao paciente (ANVISA, 2016).

Dentre as características fundamentais da CSP está a formação de um ambiente de não punição e *accountability* – responsabilidade. A cultura da não punição significa estimular nos profissionais de saúde a notificação dos erros e a implementação de ações preventivas (FONSECA, PETERLINE E COSTA, 2014). Quando um EA acontece, significa que várias falhas aconteceram, como falhas “estruturais, práticas inadequadas, descuidos ou

comportamentos inadequados dos profissionais, desencadeados por múltiplos fatores” (SIMAN; CUNHA; BRITO, 2017, p. 02).

De acordo com Paiva et al. (2014), a notificação voluntária de EA, nos últimos anos, tornou-se uma ferramenta importante para as instituições de saúde, contribuindo para a identificação das falhas nas suas barreiras para segurança dos pacientes. Por meio das notificações é possível detectar o erro e definir as práticas educativas da instituição, com o objetivo de qualificar seus processos e buscar a melhoria contínua da assistência.

Cada instituição precisa estabelecer o seu método interno para notificação dos eventos, implantando diferentes formas de registro, incluindo as notificações anônimas, e o tratamento que será dado para as informações colhidas. Porém, ainda existe a subnotificação dentro dos serviços, ou seja, o incidente ou o EA acontece, mas o profissional não notifica ou não comunica o seu gestor. Conforme estudo de Paiva (2014, p. 748), “dentre os fatores que interferem na notificação, incluem-se aspectos culturais e organizacionais, estrutura prática da assistência, sistemas de segurança, regulamentos e processos de trabalho”.

O depoimento do Tec.2 ilustra o fato da subnotificação acontecer, porém, para ele, isso não está relacionado a uma cultura punitiva e, sim, com a falta de tempo e a demanda de trabalho excessiva, especificamente no setor de Pronto Atendimento (PA):

Sobre essa parte de notificação, na realidade, o Pronto Atendimento não tem essa cultura, ao menos ainda. Talvez até pela demanda, pela quantidade de atendimentos e, atualmente, também, com o pouco número de funcionários que tem tido nos últimos meses... (Tec.2).

Ao falarmos sobre CSP nos grupos focais, naturalmente o tema notificação do erro surgiu entre as(os) participantes. Ao serem questionadas(os) se a instituição incentiva a notificação e se elas(es) se sentem seguras(os) para notificar, todas(os), sem exceção, responderam que sim. A fala de uma das enfermeiras gestoras (Enf.7), em entrevista individual, corrobora com os dados dos GF, conforme segue:

A gente insiste em falar que precisa notificar... Instalou medicamento errado no paciente, está com a punção há mais de 72 horas, tudo precisa ser notificado! Tudo é a segurança do paciente! “Ah não, mas depois eu vou ser punido por isso, eu não vou notificar porque se eu notificar, meu colega vai me notificar também”. É um trabalho de formiguinha, eles estão notificando mais já hoje, eles compreendem a necessidade da notificação, mas ao mesmo tempo o gestor tem que estar na volta, tem que estar em cima porque as equipes, os técnicos em si, são bem resistentes (Enf.7).

Além da resistência de alguns profissionais com os novos protocolos estabelecidos na instituição e as novas rotinas, também se percebe resistência à necessidade de notificação.

As(os) participantes deste estudo se sentem motivadas(os) a notificar e relatam que a instituição não possui uma cultura punitiva, como demonstram as falas a seguir:

Eu já tive erro também e nunca fui banalizada por isso. Acho que aqui dentro é bem tranquilo isso (Tec.5).

Acho que a gente se sente pior é de ter errado do que ter que falar. Muito mais é com a gente, da gente se culpar, da gente se criticar, essa autocrítica, né? Do que identificar para alguém que tu errou (Tec.2).

Apesar disso, na fala da Enf.7 aparece a preocupação com o fato de, segundo ela, alguns profissionais ainda possuem receio quanto a punições:

[...] mas muitos ainda têm o pensamento da punição. É visível, inclusive funcionários novos, que iniciaram comigo aqui, erros gravíssimos de medicação e o próprio colega diz “não fala nada que tu vai ser demitido”. Então, que imagem a gente está passando, sabe? Acabou de chegar, está há um mês na instituição, tu fala e orienta de segurança do paciente, da importância das notificações, de todo um cuidado, de envolver o paciente no cuidado, várias coisas, e quando tu vê, tu é abordada pelo próprio colega que disse isso. Fica um pouco difícil (Enf.7)

Para a participante Enf.5, a razão para a persistência da não notificação está no medo que os profissionais ainda sentem em relação às punições. Porém, ela afirma não saber explicar as razões desse sentimento de medo.

A notificação do incidente depende da sensibilização realizada pela instituição para com seus profissionais e equipes. De acordo com Brasil (2017, p. 86), é imprescindível que os profissionais “sejam envolvidos e estejam habilitados para detectar incidentes relacionados à assistência à saúde, reconhecendo-os como um instrumento de melhoria contínua para segurança do paciente, e não como um mecanismo de punição”.

Na instituição do estudo, as notificações são realizadas no sistema informatizado, podendo ser anônimas ou não, e o profissional que notifica recebe um e-mail com o protocolo (número da notificação). É interessante notar que os profissionais podem notificar algo que tenham identificado, mas que tenha ocorrido com outro colega, como, por exemplo, uma medicação que foi esquecida de ser dada para o paciente em outro turno/horário. Nesta situação, o profissional que faz o registro notifica no nome do paciente e não do colega.

Aqui a gente também tem a opção de fazer a notificação anônima ou identificar. Tipo, eu posso fazer uma notificação do meu colega da manhã e eu não preciso me identificar. Isso eu acho que facilita muito, porque às vezes a gente tem o medo do colega poder ficar sabendo, existe essa cultura... Então, para o enfermeiro vai cair só que “fulano esqueceu de dar uma medicação”. Mas não sabe quem notificou. Então isso facilita! [...] Eu já fui tachada de chata porque peguei no pé de colegas. Então,

eu acabei fazendo algumas notificações anônimas porque é uma cultura do ser humano não aceitar aquilo como algo positivo, né? (Tec.5).

Posteriormente, o Nigersp analisa o evento recebido e direciona a situação para a enfermeira da unidade que possui como responsabilidade analisar a situação e, em cima do incidente, realizar uma ação educativa. Em situações de incidente com dano ou evento adverso (EA), o Nigersp acompanha a enfermeira na análise do caso, compreendendo as falhas e as lacunas nas barreiras de segurança do paciente e realizando ações que são importantes para o fortalecimento do processo. Os incidentes identificados e relacionados à assistência à saúde devem ser notificados pelo grupo de segurança do paciente, que na instituição cabe ao Nigersp, ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), por meio do Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária (Notivisa) (BRASIL, 2017). As falas a seguir ilustram este processo:

A partir do momento que eu faço uma notificação e me identifico, fica registrado o número da notificação e cai para o meu e-mail: “Você notificou tal paciente”. Gera um protocolo, fica salvo. Bem legal! É um respaldo. Em nenhum momento é falado o que aconteceu ou com qual técnico aconteceu. A gente nunca é exposta (Tec.5).

Se há necessidade, normalmente a enfermeira chama o profissional. O técnico fez uma medicação errada. “Ah, beleza”! Num outro momento, que seja mais calmo, ela vai chamar e conversar: “Ó fulano, o que está acontecendo? Está acontecendo alguma coisa? Está com dúvidas em alguma coisa? Vamos tirar” (Tec.2).

Tem o núcleo de segurança. Cai primeiro para eles e eles que direcionam para cada enfermeiro conforme o setor e os turnos que aconteceu. Depois o enfermeiro tem que fazer o plano de ação e volta para o núcleo para fazer o fechamento do caso (Tec.5).

Hoje a gente tenta trabalhar da melhor forma possível para que não haja punição. Claro que a gente vai analisar o caso, ver se não é uma violação, se não é todos aqueles conceitos que eles trazem lá de cultura justa, que é analisado também [...]. Então são aqueles casos mais delicados, graves que a gente vai atrás do prontuário, ver quem estava na escala, perceber e trabalhar um pouco disso aí também. Mais ou menos assim. (Enf.6).

Com base nos depoimentos, podemos constatar que, em razão da demanda e do tempo, nem todas as notificações são analisadas no momento da ocorrência do incidente na instituição, porém, os EA recebem prioridade e são investigados com maior urgência. Em muitas situações, no momento do erro, o profissional notifica imediatamente o seu gestor para que as medidas necessárias à saúde do paciente sejam tomadas. Um exemplo é o incidente relacionado à medicação, em que os profissionais já comunicam a enfermeira ou o médico para tomar uma conduta. Nestas situações, no momento em que os profissionais estão analisando e definindo a conduta, a educação informal já acontece, como demonstra o relato da Enf.7:

[...] primeira coisa é comunicar o médico para ver o que podemos fazer. Após, conversar com o profissional e elogiar o ato... É ruim tu elogiar porque é uma obrigação da pessoa te dizer, mas tu elogia a conduta, que ela te trouxe pensando na segurança do paciente, o melhor para o paciente, e pergunta onde foi que ela errou, se não conferiu os nove certos da medicação, onde ela falhou. Questiona ela para ver o que ela vai falar. Se eu estou aqui na instituição eu converso junto. Se ela falar que não conferiu porque estava com pressa, pegou o medicamento sem ler e administrou, nós não vamos punir, nem dar advertência... Vamos conversar, falar com a gestora [enfermeira], automaticamente, para ela revisar todos os nove certos da medicação e, depois, elas vão fazer a notificação. Essa notificação vai cair lá no Nigersp e depois o grupo vai nos trazer para avaliar.

O erro na assistência à saúde pode ser considerado como algo que pode trazer aprendizados e melhorias no cuidado prestado ao paciente, mas, para isso, é necessário ter uma cultura de segurança do paciente. O registro é uma ferramenta que contribuiu para estimar a ocorrência dos incidentes, causas e severidade, permitindo que ações sejam desenvolvidas dentro dos serviços de saúde para promoção da segurança do paciente (FONSECA; PETERLINE; COSTA, 2014).

Um aspecto importante para o monitoramento e a investigação de EA consiste no estabelecimento da cultura de segurança nos serviços de saúde. Utilizando-se desta premissa, as instituições de saúde podem criar um ambiente favorável à notificação de EA, estimulando os profissionais de saúde a relatarem o evento ocorrido, substituindo a punição pela aprendizagem com as falhas (BRASIL, 2017, p. 85).

É importante a realização de práticas educativas após os erros serem identificados e notificados, no sentido de promover a mudança de comportamento dos profissionais e a adoção de medidas que visem à segurança e a qualidade do cuidado prestado ao paciente.

Nota-se, por meio das falas, que as ações educativas no contexto das notificações de incidentes, dentro da instituição, acontecem tanto de maneira formal, por meio de planos de ação e atividades de educação permanente, como de maneira não formal, por meio da revisão de protocolos no próprio setor de trabalho, e também informal, por meio das conversas e orientações passadas de forma oral.

E daí, quando volta para a enfermeira da unidade, ela tem que reunir a equipe, passar o acontecido, o que vem para ela, e aí ela promove uma ação em cima disso. A equipe depois tem que rever e pensar o que aconteceu... (Tec.4).

Já aconteceu comigo... Quando eu recém tinha entrado no Pronto Atendimento, me recordo, inclusive, a enfermeira da UTI que foi lá conversar junto porque eu recém tinha me formado e na época eu tinha aplicado uma medicação errada e eu cheguei para a enfermeira e falei: “Olha, eu estava na correria, dei a medicação para o paciente errado. Era do leito 1 e eu dei para o 3”. Por sorte, era uma coisa bem tranquila. Era uma medicação, um relaxante muscular só, é bem tranquilo. Só que, tipo, dias depois a minha enfermeira da época e a enfermeira da UTI, as duas foram lá conversar comigo: “Olha, tem que cuidar disso e tal, tem alguma dúvida?” (Tec.2).

Com relação ao plano de ação que as enfermeiras desenvolvem com as suas equipes após um erro relacionado à assistência à saúde acontecer, envolve, segundo as(os) participantes, a revisão de Protocolo Operacional Padrão (POP), com a revisão da técnica em si e posterior reflexão sobre os processos. Se houver a necessidade de uma capacitação, a solicitação é encaminhada para o Desenvolvimento Humano (DH), que é responsável pelas atividades de educação permanente.

Normalmente revisa o POP [protocolo operacional padrão], revisa a técnica, onde falhou, por que [falhou]... (Tec.5).

A gente analisa, né? Por exemplo, a coordenadora de tal unidade me mandou dez ocorrências. Daí eu parei, sentei e analisei. Das dez, nove eram sobre erro de medicação. Isso entra na meta três. A gente sentou, conversou com eles... Eu gosto de já passar em plantão. Tipo, “ó gurias, a gente recebeu tal coisa”... Porque isso é de todo setor, passa para todos os turnos. “Ó, a unidade precisa melhorar a meta três, que é a questão da medicação. Então, vamos fazer uma ação”. O que a gente fez? A gente pegou o cartazinho da meta três, falou para eles a importância da medicação, principalmente os rótulos das medicações que agora têm as etiquetas especificadas. [...] Aí a gente retomou isso e fez a ata. [...] Não é um treinamento, a gente faz só uma conversa. A gente pega os POPs [protocolo operacional padrão] isso sempre se revisa, faz uma leitura e as gurias do NIGERPS sempre mandam cartazes, mandam folder, bem lúdicos e a gente reaproveita esse material. [...] Depois passamos para o Departamento Humano a necessidade de fazer um treinamento sobre medicação para a unidade (Enf.1).

O POP é um documento importante para a assistência em saúde, pois ele padroniza as técnicas e atividades com intuito de minimizar os desvios na execução. O momento de revisão do POP permite que a equipe de enfermagem reflita sobre o acontecido e identifique falhas e pontos a serem melhorados.

Outro fato relevante para esta discussão é que ainda existe dificuldade, entre os profissionais, de compreender a importância da notificação, especialmente quando se trata de um registro que foi realizado pelo colega sobre a sua assistência. De acordo com as(os) participantes, nesta situação, a realização da notificação não é bem vista, gerando intriga entre os colegas e os turnos de trabalho, conforme demonstram os relatos a seguir:

Às vezes, para não dar intriga pelo fato das outras pessoas serem imaturas e identificarem isso como uma crítica ruim, a gente acaba fazendo a notificação, não deixa de fazer, mas não se identifica. Mas isso é cultural do ser humano, não aceitar as críticas construtivas (Tec.5).

Tu vai notificar, pode colocar anônimo ou colocar teu nome, só que tu precisa selecionar um responsável agora. Então, se alguma funcionária da manhã quer notificar de algo da tarde, por exemplo, apareceu o responsável, o nome da pessoa. Daí, muitas das notificações eram colocadas assim: “Entro no quarto às 10 horas, encontro medicação da técnica fulana de tal que não administrou o antibiótico”. Isso estava virando picuinha, as pessoas começaram a ficar com receio... (Enf.3).

Percebemos que ainda existe uma dificuldade por parte dos profissionais, pois, quando é feita uma notificação por um colega identificando o outro que cometeu o incidente, os turnos de trabalho acabam entrando em conflito. Desta maneira, as notificações, que deveriam ser utilizadas como uma ferramenta para a realização de um cuidado efetivo e seguro ao paciente, passam a ser um instrumento de intriga e de atrito. Assim, a instituição definiu que não é necessário identificar o outro colega, e sim somente registrar o fato em si.

Pelo conjunto dos depoimentos, é possível reconhecer que, em geral, existe, na instituição do estudo, uma cultura de notificação. Os profissionais sabem da importância dos registros e são incentivados pelos gestores a notificar os incidentes. O fato de a notificação ser feita via sistema informatizado, podendo ser anônima ou não, tem contribuído para o aumento da confiança do profissional em notificar. Conforme as(os) participantes, não há uma cultura punitiva presente. Mesmo assim, alguns profissionais ainda possuem o medo de notificar, podendo isso estar relacionado com uma cultura de punição que, até pouco tempo atrás, era percebida e aceita em instituições de saúde. Também pode estar relacionado à falta de conhecimento por parte de profissionais sobre noções básicas, como as classificações dos incidentes e o próprio conceito de segurança do paciente. A subnotificação ainda acontece, sendo estimulada pela demanda excessiva de trabalho, número reduzido de funcionários, falta de preparo, esquecimento e medo de punições.

As notificações colaboram fortemente para a melhoria dos processos assistenciais, refletindo no paciente por meio de um cuidado com qualidade e livre de danos. Faz-se necessário considerar esses registros como fontes de informações para aprimorar a assistência ao paciente e subsidiar atividades de educação permanente. Foi possível perceber que a instituição do estudo considera o erro como uma oportunidade de aprendizagem e desenvolve, a partir das notificações recebidas e analisadas, diferentes práticas educativas com os trabalhadores de enfermagem, contribuindo para o fortalecimento da CSP.

5.5 O que as(os) profissionais de enfermagem compreendem por Cultura de Segurança do Paciente (CSP)

Conforme já comentado no subcapítulo 3.5, nos documentos de segurança do paciente sobre a CSP de uma instituição, a mesma é apontada como

O produto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo que determinam o compromisso, e o estilo e a proficiência da gestão de saúde e segurança de uma organização. Organizações

com uma cultura de segurança positiva são caracterizadas por comunicações fundadas na confiança mútua, por percepções compartilhadas pela importância da segurança e pela confiança na eficácia das medidas preventivas (NIEVA; SORRA, 2003, p. 18).

Uma instituição de saúde é reconhecida com uma cultura de segurança fortalecida quando os seus trabalhadores:

[...] assumem responsabilidade pela segurança de colegas, pacientes, familiares e a própria; prioriza-se a segurança acima de metas financeiras e operacionais; os profissionais são encorajados e recompensados a identificar, notificar e resolver problemas de segurança; promove-se o aprendizado organizacional a partir da ocorrência de um incidente; e quando disponibilizam-se recursos, estrutura e responsabilização para manutenção efetiva da segurança (PRATES et al., 2021, p. 02).

Nota-se que, tanto no conceito de CSP quanto nos aspectos esperados dos trabalhadores da saúde, para a instituição ser reconhecida com uma cultura forte, a cultura dos próprios trabalhadores, os principais atores dos serviços de saúde, não é considerada, ficando implícito que os trabalhadores apenas devam incorporar os valores de uma organização.

Para Jericó, Peres e Kurcgant (2008, p. 570), as instituições de saúde são “moldadas pelas crenças e valores de quem as constituíram (fundadores ou dirigentes) que, coletivamente, num determinado contexto, criam e expressam suas opiniões, estabelecem normas, desenhos que delineiam suas estruturas”. Nesta perspectiva, parte da cultura de uma instituição é entendida como o resultado de valores e de crenças que norteiam as decisões dos gestores e os caminhos a serem percorridos em todos os níveis da estrutura organizacional. Percebemos que essa compreensão é limitada, pois, novamente, a cultura dos trabalhadores não é considerada, como se estes sujeitos fossem ignorados para a construção da cultura de uma instituição.

A literatura afirma que, para criação de uma CSP, um passo primordial para as instituições de saúde é o conhecimento das suas estruturas organizacionais e que os seus valores e objetivos sejam repassados para todos os profissionais, instigando o alcance de metas por meio de atitudes e comportamentos em comum (MAGALHÃES et al., 2019). Desta forma, tem sido estimulado, no mundo todo, que as instituições de saúde desenvolvam em seus ambientes pesquisas para avaliar a CSP, pois

[...] a partir da percepção dos profissionais acerca da cultura partilhada na organização, têm-se acesso aos comportamentos relacionados à segurança, bem como às áreas e dimensões mais frágeis, contribuindo para o planejamento e a

implementação de intervenções assertivas para segurança do paciente (PRATES et al., 2021, p. 02).

A literatura sugere que, a partir da identificação de uma cultura de segurança dentro da instituição de saúde, “pode-se identificar os principais fatores que precisam ser aprimorados dentro do serviço, a fim de garantir a segurança ao paciente, ou ainda identificar fatores organizacionais que impeçam a formação de uma cultura de segurança” (MAGALHÃES et al., 2019, p. 02). Diferentes instrumentos têm sido utilizados com intuito de ajudar as instituições a avaliarem a sua CSP e mensurarem o clima de segurança. Magalhães et al. (2019) trazem em seu estudo um importante esclarecimento sobre a diferença entre clima de segurança e cultura de segurança:

O clima de segurança é capaz de reproduzir as percepções dos profissionais em um determinado momento em seu local de trabalho, enquanto a cultura é um conceito produzido ao longo do tempo, de forma longitudinal, refletindo o conjunto de atitudes, valores, individuais e grupais das questões voltadas à segurança do paciente em uma organização de saúde (p. 02).

Assim, para os mesmos autores, “a mensuração do clima de segurança permite identificar fatores associados, que contribuem positiva ou negativamente, à adoção de práticas seguras dentro dos serviços de saúde” (MAGALHÃES et al., 2019, p. 02).

Vale destacar que o objetivo deste capítulo não é avaliar a CSP ou mensurar o clima de segurança, e sim conhecer o que os profissionais entendem por cultura de segurança para, então, procurar compreender as relações entre educação, CSP e o trabalho de profissionais de enfermagem da instituição hospitalar.

Com o intuito de incentivar os participantes da pesquisa a refletirem sobre o que compreendem por CSP, foi entregue para cada um, no GF, uma folha de ofício e canetas coloridas para que, por meio da linguagem artística, expressassem os sentimentos e escrevessem o que entendem por CSP. Diferentes cores, tamanhos de letras e esquemas foram usados, e algumas palavras se destacaram, como: cuidado, confiança, prevenção, atenção, responsabilidade, informação, orientação, registros, alerta, processos, conscientização, envolvimento, equipe, comprometimento, humanização, trabalho multiprofissional, capacitação e notificações.

Nenhum participante trouxe, em específico, uma ideia sobre o conceito de cultura, mas os participantes expuseram o que entendem por CSP e, também, sobre alguns elementos que influenciam a cultura de segurança da instituição. Sobre isso, as falas das(os) técnicas(os) a seguir são ilustrativas:

Então, eu fiz [desenhou] o paciente, o profissional e a instituição. O paciente, a partir do momento que ele se sente protegido e confiante num profissional capacitado, ele vai se sentir seguro dentro de uma instituição [...]. Eu acho que segurança do paciente envolve muito o cuidado também e a questão de prevenção, que é a segurança do paciente e ela [a instituição] trabalha bastante a questão da gente prevenir que algo aconteça. A gente não pode trabalhar em cima daquilo que já aconteceu, a gente tem que oferecer segurança do paciente a partir do momento em que ele entra na instituição, a fim de que não aconteça nenhum evento adverso (Tec.5).

Cuidado, responsabilidade e atenção no fato do cuidado com o paciente. A responsabilidade com o paciente que a gente como profissional tem que ter, a responsabilidade em primeiro lugar né, e depois vai complementando com atenção, cuidado, enfim, todo esse processo de segurança [...]. A segurança do paciente é uma palavra que envolve tudo! O que acontece com um paciente dentro de um hospital, desde a chegada até todo o processo. Na recepção, na internação, até o risco de queda, tudo envolve segurança do paciente. Também a identificação, todas as ações elas vêm com a segurança junto, tudo que tu faz, tudo que tu fala, as ações, os registros... (Tec.1).

Eu fui meio que pro lado de que a segurança acaba sendo a junção de várias coisas, tu tendo atenção, primeiramente, em qualquer coisa que tu esteja fazendo em relação ao paciente, tu ter tempo de ação em tudo o que tu tá fazendo. Não adianta a gente querer atropelar as coisas.... A enfermagem tem que estar em comunicação, o enfermeiro da unidade tem que se comunicar com o enfermeiro do bloco cirúrgico para saber o que está chegando lá, como que o paciente está indo e tudo mais, e não simplesmente atropelar, passar por cima de tudo isso [...] Porque quando tu tá tendo todas essas ações, tu tendo atenção no que tu tá fazendo, tendo tempo de ação com todas as coisas que tu tá fazendo e tendo as precauções corretas, tu acaba gerando cuidados e naturalmente uma segurança maior para o paciente (Tec.2).

Quanto às enfermeiras, surgiram as seguintes falas:

Eu coloquei como cultura de segurança a atenção nos processos, ou seja, a gente tem que ficar bem alerta em tudo que vai fazer no paciente, tanto em questões de prescrição, administração de medicação, ou mesmo tu acompanhar os processos junto com a equipe e estar identificando, às vezes, alguma falha ou alguma coisa que possa ser feito diferente em algum processo. E, principalmente, conscientizando os funcionários da necessidade que se tem dos cuidados para segurança do paciente (Enf.4).

Eu coloquei que são as ações realizadas para a segurança do paciente. São os POPs, os treinamentos, as reuniões, a assistência para na verdade ter a prevenção dos danos ao paciente, né? [...] Os protocolos que a gente cria, os treinamentos, tudo que a gente desenvolve dentro do hospital, seja burocrático ou não (Enf.1).

[...] comprometimento, cuidado integral no geral, humanização, e uma coisa importante, também, é o trabalho multiprofissional. Porque a enfermagem depende da farmácia, da higienização, então a gente nunca trabalha sozinho, né? Então, se o médico já prescreve errado, a farmácia manda errado, a enfermagem administra errado, então um precisa do outro (Enf.3).

Percebe-se, nos depoimentos dos profissionais, que ainda existem dúvidas e dificuldades de diferenciar Cultura de Segurança do Paciente (CSP) e Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), e do que são as práticas para segurança do paciente. Porém, estes mesmos profissionais expõem o que compreendem por CSP, formando um conceito a

partir das suas experiências, com elementos importantes que compõem a assistência à saúde dos pacientes desta instituição. Nesse sentido, Mello e Barbosa (2017, p. 02) afirmam que:

A cultura de segurança de uma organização são os valores compartilhados entre os seus membros sobre o que é importante, suas crenças sobre como as coisas funcionam na organização, e a interação destes com a unidade de trabalho, as estruturas e sistemas organizacionais, que juntos, produzem normas de comportamento que promovem a segurança.

Os profissionais da enfermagem expressam o que consideram importante e o que realizam dentro da instituição para proporcionar um cuidado seguro e efetivo aos pacientes. A impressão que as falas passam é de que isto já está naturalizado, porém, ao serem questionados se, para eles, na instituição do estudo já existe uma CSP fortalecida e se os profissionais realizam essas práticas de maneira natural, aparecem contradições, especialmente no que diz respeito à mecanização do trabalho, ou seja, a prestação de um cuidado automático. Procedimentos rotineiros como, por exemplo, a identificação do paciente por meio de pulseiras, são feitos de maneira mecânica na visão de alguns profissionais, ou seja, sem saber o verdadeiro motivo ou as consequências que poderão surgir caso o paciente não seja identificado da maneira correta.

Naturalizado não, eu acho que está mecanizado! Tipo, paciente interna... Eu sei que tem que colocar uma pulseira de identificação nele, agora o porquê dessa pulseira, o porquê daqueles dados, exatamente aqueles dados: nome, data de nascimento, nome da mãe. O porquê daqueles dados eu não sei se é algo que as pessoas saibam. [...] A gente coloca por que está no mecânico (Tec.5).

[...] Às vezes a gente tem a informação, mas eu acho que a cultura do ser humano acaba tachando isso como algo automático ou então só mais um papel que eu vou preencher. Não conseguem ver o contexto como um todo, e qual o resultado positivo que isso vai ter tanto para a instituição quanto para o atendimento, para a pessoa, paciente (Tec.5).

A visão [sobre cultura de segurança do paciente] de cada um muda, mas o cuidado chega em um bem comum. Eu acho que depende do entendimento de cada um, aí muda. Se eu achar que é mais uma atividade ali no meio eu não vou mudar, eu vou fazer, vou cumprir. Mas não é uma cultura, algo que eu acredite (Enf2).

Muitas vezes as gurias [técnicas de enfermagem] que pegaram toda a transição, que antes não se fazia muita coisa e a gente evoluiu muito no processo, então “ai, lá vem mais um papel para nós fazermos”. É tentar trabalhar no dia a dia, é cultural, que eu acho que não é uma coisa que vai conseguir de um dia para o outro... A partir de hoje vai fazer isso e isso. Então, às vezes, ainda tem algumas coisas que têm que fazer e que as gurias [técnicas de enfermagem] ainda não conseguem. Eu percebo que fazem porque eu estou pedindo, mas eu sinto que parece que o sentimento delas... Não vejo uma segurança ainda de que isso é importante, essa é a minha visão. Tem umas que já sentem mais, já entendem mais, tem a cabeça mais aberta, mas tem umas que fazem só porque eu estou pedindo. Fazem! Mas eu não sei se entendem (Enf. 4).

Como podemos perceber, as(os) participantes do estudo consideram o trabalho da enfermagem, em muitos momentos, mecanizado, e apontam como origem dessa mecanização a falta de compreensão do porquê da realização de algumas atividades, falta de tempo para sensibilização dos profissionais, ausência de diálogo entre profissional e paciente e o aumento das atividades burocráticas nas instituições, como ilustram as falas a seguir:

E acho que falta tempo [para sensibilizar os profissionais]! De cada enfermeiro ter o seu tempo hábil durante as suas seis horas e sentar com os técnicos e retomar essas coisas. Até de perguntar coisas óbvias, “por que vocês levantam as grades”? “Por que vocês conferem a medicação”? E tentar puxar de onde eles sabem essas coisas [...]. Porque ficou um mecanismo assim... As pessoas fazem no automático... Mas, às vezes, não se sabe o porquê está sendo feito, qual é o real significado, tanto para a instituição, quanto para mim, técnica, quanto para o paciente (Tec.5).

[...] eu já fui paciente de lá [do Centro Cirúrgico], então eu senti o que os pacientes sentem. O profissional vai levar paciente de cadeira de rodas. “Por que tem que ir? Porque sim”. Não... Porque é rotina, não pode ir caminhando... Não custa explicar, tem muito do automático: senta aqui, entra na sala, sobe na mesa. Não tem muito diálogo (Tec.4).

Às vezes é no automático e isso acontece com a gente, enfermeiros também. Eu me coloco no bolo com eles porque eu também passo por isso. Mas, acontece que tu está tão no automático, de fazer isso todos os dias, que às vezes acontece, que nem isso dos registros, acontece que passa e tu nem percebe. E uma coisa que eu deixo sempre muito claro para eles [para os técnicos de enfermagem]: “Tudo bem, a gente tem toda parte de registro, toda parte de papelada que a gente tem que fazer, mas, o nosso foco vai ser sempre o paciente”! Isso eu tento deixar muito claro para eles, que eles precisam focar no paciente. Que papel a gente faz depois, sabe? [...] “Nós vamos focar no paciente. É um infarto, paciente grave, as papeladas vamos deixar de canto e fazer depois”. E eles entendem, sabe!? Eles se preocupam também. Então acho que sim, muita coisa acaba sendo feita muito mecanizada, no automático (Enf.5).

Para que tenhamos uma assistência livre de danos, os profissionais precisam identificar os seus pacientes por meio de pulseiras, manter as grades dos leitos levantadas para evitar quedas, conferir os nove certos da medicação⁹ antes de medicar, fazer o reposicionamento ósseo para evitar o desenvolvimento de lesão por pressão (LP), entre outras práticas. Mas os profissionais precisam compreender o porquê da necessidade de realização dessas práticas.

Transparece na fala da(o) profissional de enfermagem, aqui identificada(o) como Tec.5, que a própria equipe técnica sente falta dessa sensibilização, que, para eles, envolve o diálogo e a educação informal dentro dos próprios setores de trabalho, cobrando essa ação das suas enfermeiras.

⁹ A regra dos nove certos na administração de medicação envolve: 1- Paciente certo; 2- Medicação certa; 3- Dosagem certa; 4- Via de administração certa; 5- Horário certo; 6- Data de validade; 7- Recusa, o paciente pode recusar a terapêutica; 8- Anotar corretamente o medicamento administrado; 9- Paciente deve ser informado sobre a terapêutica medicamentosa (VOLPATO; PASSOS, 2019).

O fato de o profissional atuar sem compreender o porquê das suas atividades vai de encontro ao que as instituições de saúde precisam fazer para a promoção de uma CSP. Se o profissional realiza o cuidado de maneira mecanizada, como ele vai identificar, por exemplo, falhas existentes nas barreiras¹⁰ que deveriam prevenir os erros? De que maneira ele vai se sentir seguro para colaborar com os processos institucionais se ele não compreende o porquê das suas próprias atividades? A fala das enfermeiras Enf.5, Enf.4 e Enf.3 também ilustram a mecanização do trabalho de enfermagem:

Falho e mecânico! [...] Nosso paciente, quando ele vem da sala [da sala cirúrgica para a sala de recuperação], ele vem, geralmente, se ele é alérgico, ele já vem com a pulseira vermelha. E a gente tem uma nota de passagem de plantão do técnico e também tem o *checklist* de recebimento do paciente onde eles já questionam. Isso ainda eles questionam [se tem alergia medicamentosa]. Mas, é bem o que tu falou, a questão da pulseira que é a verificação e conferência... Eu observo nos meus que é muito mecanicista (Enf.4).

Eles olham se tem a pulseira... “Ah, não tem”. Mas eles nem olham se é realmente aquela pulseira. Se tiver a pulseira errada, eles não vão perceber, porque eles não vão conferir. Eles só vão olhar se tem a pulseira (Enf.3).

Eu recebo um paciente na unidade e a funcionária diz: “Ele tem risco de queda, né”? Aí eu disse: “Gurias, só um pouquinho, vocês tem que entender uma coisa, que não é só porque o paciente é idoso ou tem certa idade que ele tem risco de queda. Eu preciso sentar na frente do computador, fazer uma escala, com base nessa escala vai gerar um número... Não é vocês acharem que tem”. Eles [os técnicos de enfermagem] não sabem, eles simplesmente botam a pulseira (Enf.1).

Para Langdon e Wiik (2010), o porquê tem especial importância, pois permite entender a lógica de uma cultura. A cultura faz com que as pessoas tenham uma visão do mundo e entendam como atuar e se organizar nele. A cultura dispõe às pessoas, como os trabalhadores de enfermagem, a instituir um sistema valorativo daquilo que consideram importante para a realização das técnicas e procedimentos que, nesta situação, visem à segurança dos seus pacientes.

Nas entrevistas individuais, as falas de duas enfermeiras sobre o que é CSP chamaram a atenção, conforme segue:

Cultura de segurança, para mim, acho que é respirar segurança do paciente no setor, para as pessoas saberem o porquê daquela ação, a importância daquela etiqueta, dos três marcadores, fazer realmente a adesão aos protocolos, entender que levar o paciente com a grade abaixada tem risco... (Enf.6).

¹⁰ James Reason, psicólogo da Universidade de Manchester, na Inglaterra, desenvolveu o Modelo do Queijo Suíço. De acordo com a sua teoria, representada pela imagem de um queijo suíço, quando não há camadas de queijo (barreiras), os buracos se comunicam, permitindo que os riscos ou erros passem por eles e atinjam o paciente na prestação do cuidado. As barreiras que impedem que o risco atinja o paciente podem ser: profissionais atualizados; uso de protocolos clínicos; uso de checklist cirúrgico; protocolos de higiene das mãos; entre outros (BRASIL, 2014).

Cultura é a partir do momento que todo mundo consegue compreender a importância da segurança do paciente e a gente já tem aquilo por hábito, qualquer atividade que a gente for fazer já tem por hábito a segurança do paciente. [...] Então, eu acho, no meu ver, que é isso sabe, tu já compreende, entende, e tu está com foco na segurança do paciente realmente (Enf.7).

Para elas, CSP significa “respirar” a segurança dos pacientes, em que os trabalhadores da saúde sabem o porquê das suas ações, compreendendo a importância da segurança e tendo isso como um hábito. Aqui, a expressão “respirar segurança do paciente”, dita pela enfermeira com ênfase, simboliza não viver sem as práticas de segurança do paciente na assistência em saúde. Em todo o cuidado, seja ele direta ou indiretamente, realizado aos pacientes, a segurança será uma prioridade, sendo algo natural para os profissionais e não mecanizado.

5.5.1 Educação e Cultura profissional no contexto da segurança do paciente

Saber se há uma realidade cultural comum à nossa sociedade torna-se uma questão importante. Do mesmo modo evidencia-se a necessidade de relacionar as manifestações e dimensões culturais com as diferentes classes e grupos que a constituem (SANTOS, 1983, p. 09).

Na perspectiva da antropologia, a cultura abrange valores, símbolos, normas e práticas, podendo ser definida como:

[...] um conjunto de elementos que mediam e qualificam qualquer atividade física ou mental, que não seja determinada pela biologia, e que seja compartilhada por diferentes membros de um grupo social. Trata-se de elementos sobre os quais os atores sociais constroem significados para as ações e interações sociais concretas e temporais, assim como sustentam as formas sociais vigentes, as instituições e seus modelos operativos. A cultura inclui valores, símbolos, normas e práticas (LANGDON; WIIK, 2010, p. 175).

Os ambientes de trabalho em saúde são constituídos por diferentes profissionais que assistem o paciente de maneira direta e indireta, formados por pessoas de gêneros diferentes, que vêm de diferentes meios culturais, classes sociais, religiões e profissões, com comportamentos e pensamentos singulares. Quem faz o serviço de saúde acontecer são esses seres humanos. Assim, quando pensamos em uma CSP, além de considerarmos o perfil da instituição, as ferramentas e as práticas seguras adotadas, o modelo de gestão e as fragilidades que carecem ser trabalhadas, é preciso considerar a cultura dos profissionais que ali atuam.

Recentemente, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) completou nove anos de existência e conquistas importantes aconteceram durante esse período. Contudo, ainda

temos um longo caminho a ser trilhado. Neste sentido, a Enf.4 nos traz a seguinte contribuição:

Eu acho que tem muito a questão, assim, que eu observo, tem muito a questão cultural, né? É difícil tu mudar uma cultura de um dia para o outro. Eu acho que é trabalhar a cabeça dos funcionários, mas, para isso também, automaticamente, a gente tem que estar sensibilizado e tentar sensibilizar a equipe com a real necessidade do que realmente é o cuidado (Enf.4).

Não podemos deixar de considerar, também, que cada instituição possui um contexto sociocultural específico, pois algumas são públicas, outras privadas, de ensino, filantrópicas, que atuam em pequenos ou grandes centros e que atendem diferentes perfis de pacientes. Estes aspectos também caracterizam o ambiente organizacional e, conseqüentemente, a CSP. Conforme Langdon e Wiik (2010), a cultura:

[...] organiza o mundo de cada grupo social, segundo a sua lógica própria. Trata-se de experiência integradora, total e totalizante, de pertencimento e, conseqüentemente, formadora e mantenedora de grupos sociais que compartilham, comunicam e replicam suas formas, instituições e os seus princípios e valores culturais (p. 176).

A cultura e os elementos que a caracterizam são fontes mediadoras de transformações sociais, manejadas por diferentes grupos sociais no decorrer da história. Ainda, “cada grupo interage com um ambiente físico determinado, e a sua cultura define como sobreviver nesse ambiente” (LANGDON; WIİK, 2010, p. 176). Uma cultura profissional é desenvolvida por diferentes sujeitos que pertencem ao mesmo grupo de trabalho, englobando

habilidades, conhecimentos, práticas e valores próprios, envolvidos em sistemas de significados e hierarquias de poder, dominação e também de cooperação, que operam simultaneamente, estabelecendo vários tipos de acordos e de conflitos (BELLATO; PEREIRA, 2006. p. 19).

Nesse sentido, os profissionais de saúde, ao iniciarem sua vida profissional, saem de diferentes instituições de ensino, que também possuem suas características culturais próprias. Ao ingressarem neste novo ambiente de trabalho, carecem conhecer o modelo de gestão da instituição, as normas, protocolos, rotinas, enfim, precisam se adaptar a este novo meio social e cultural. Relacionada a esta questão, um tema importante que apareceu nos GF foi sobre os profissionais mais jovens “treinarem” com os profissionais mais antigos dentro da instituição, conforme a fala da Enf.1:

[...] eu acho que essa coisa que a gente vê no hospital... “Ah, aqui a gente faz assim e segue assim, é bobagem essa coisa de protocolo”. Então, tem umas coisas que a gente precisa retomar e como a gente não tem perna para tudo, os novos treinam com os mais velhos e parece ctrl C, ctrl V, copia e cola. As mesmas manias e as mesmas dificuldades. As mesmas coisas daquele colega que está treinando. Aí tu precisa ter o olhar e já ir lá e corrigir os dois. É difícil tu trabalhar a segurança quando tu tem profissionais que não conseguem aderir as regras, aderir aos programas, aos protocolos que tem. Por mais que sejam capacitados, ganhem advertências, parece que tem coisas que são difíceis de serem realizadas (Enf.1).

Alguns profissionais, que atuam há mais tempo no hospital, ainda possuem certa resistência aos novos programas, rotinas e protocolos. O profissional que está ingressando, em muitos momentos, acaba sendo treinado e apresentado à instituição pelo olhar desse colega. Outros depoimentos também foram relacionados à categoria que, neste trabalho, recebeu o nome de Cultura Profissional:

[...] a própria diluição de medicação ou curativos, enfim, diversas coisas assim. Existe um padrão, até um livro de diluição do hospital que fica em todos os setores, todos têm acesso, acho que fica em todas as salas de cada setor, tem uma cópia de diluição de antibiótico, de medicações... Enfim, e tu vê muita gente dizendo “não, dipirona? Até hoje eu diluo em 10 mL”. “Tá, mas a norma do hospital é para que seja diluída em 20 mL”. “Mas na época das irmãs¹¹ não era assim”. [...] Mas isso reflete na forma que eles agem com o paciente, que tu vê que não é tanto como deveria ser, como se acha que é, ou como era antigamente... (Tec.2).

Eu vejo que muitos não querem aprender. “Ah, porque na minha época não tinha isso”. Eles não querem aprender, então para eles tudo é difícil, mas porque não buscaram maiores conhecimentos também (Tec.3).

Bopsin, Ribas e Silva (2019, p. 45) afirmam que não se pode exigir que uma instituição de saúde desenvolva todas as ações de segurança do paciente, envolvendo implementação, monitoramento e revisões, de maneira simultânea. Esses serviços existem, na sua maioria, há muitos anos, com rotinas já implementadas, sendo realizadas por profissionais que “não foram apresentados aos conceitos de segurança do paciente, tão pouco as práticas preconizadas para diminuir os riscos que a assistência oferece ao indivíduo”, sem considerar o dia a dia cansativo que envolve o trabalho de cuidar dentro dos serviços de saúde.

Ao mesmo tempo em que as(os) técnicas(os) de enfermagem e as enfermeiras trazem para os grupos focais e entrevistas individuais questões relacionadas às dificuldades de adaptação dos profissionais mais antigos da instituição, admitem que esses trabalhadores são

¹¹ A gestão da instituição do estudo era realizada, entre as décadas de 70 e 90, por um médico que, junto de irmãs, guiadas pelos ideais franciscanos de generosidade, fraternidade e apoio aos mais necessitados, atendiam gratuitamente os mais humildes. Foi a realização deste trabalho que conferiu ao longo dos anos o caráter humanista da instituição. Percebe-se nos depoimentos dos participantes do estudo que características da gestão da época ainda se fazem presentes no dia a dia de trabalho da enfermagem, especialmente com relação aos profissionais mais antigos, que vivenciaram esse período.

mais comprometidos com o cuidado do que os novos, considerados pelos participantes como “a nova geração”. Os depoimentos a seguir ilustram esta questão:

Mas eu acho que tem os dois lados, né? Ao mesmo tempo em que eu acho que a geração que vem agora é uma geração que não é comprometida, tipo, essas pessoas antigas, eles têm as manias deles, mas são aquelas pessoas que tu pode contar, eu sei que eles vão vir trabalhar. [...] eles têm muito mais comprometimento com os colegas, com a instituição como um todo, eles pensam naquele paciente que está lá. E a geração da minha idade e os que vão vir ainda, eles não têm comprometimento, então se eu fizer uma medicação errada, não dá nem um arrepio no corpo deles. É uma coisa muito estranha, uma coisa fria, uma coisa que “ah, não vai dar nada, o médico que se vire, que faça um antagonista. A instituição que veja o que vai fazer” [...] Então tem que ver os dois lados, né? Eu acho que é um impacto direto e esse comprometimento, essa coisa de fazer certinho, isso também são coisas de personalidade... São coisas que vem de casa, assim, não é a instituição que vai te fazer ser, é cultural. Ninguém vai te moldar para isso (Tec.5).
 Na real bate muito na questão de que o profissional antigo não tem tanto essa visão. Mas, ao mesmo tempo ele tem o comprometimento que o jovem, muitos dos que estão entrando, não têm. Porque os antigos vestem a camiseta (Enf.4).
 Eu acho que é muito cultural! Porque, às vezes, a gente consegue, tem algumas pessoas mais velhas que entendem melhor. E, às vezes, tem os mais novos que não entendem, sabe? (Enf.5).

Outro aspecto considerado nos problemas com os profissionais que eles chamam de nova geração está relacionado à formação, como destaca a Enf.1:

Mas eu acho que está relacionado ao ensino também. Parece que antes era muito mais cobrado, sabe? Não sei, era diferente o ensino... (Enf.1).

Sobre essa questão trazida pela enfermeira, destaca-se que o ensino técnico de enfermagem sofreu modificações no Brasil ao longo dos anos, expandindo suas atividades com o intuito de formar profissionais qualificados para atuar nos diferentes setores da saúde – privados e públicos. Do mesmo modo, os sistemas de saúde foram tornando-se mais complexos, em razão do desenvolvimento dos processos médicos e assistenciais e do uso da tecnologia cada vez mais presente na assistência, introduzindo novos riscos à rotina do cuidado. A partir da necessidade de profissionais técnicos habilidosos com as tecnologias atuais, a formação passou a valorizar essa modernização e o uso de diferentes metodologias que são importantes para a profissão. Porém, ainda existem escolas formadoras de profissionais com uma visão tecnicista, objetivando atender somente às necessidades imediatas do mercado de trabalho (PERTILLE; DONDÉ; OLIVEIRA, 2020; BOPSIN; RIBAS; SILVA, 2019).

O ensino tecnicista foi adotado no nosso país por volta de 1970 e, especificamente no currículo da enfermagem, alcançou seu ápice em 1972. Ele destacava a importância do

profissional ter domínio das técnicas em saúde, fundamentadas no saber biomédico, priorizando a mecanização do processo (RENOVATO et al., 2009). Na perspectiva de Silva, Jacinto e Pereira (2021), o processo de ensino, especialmente na área do cuidar, necessita ir além do modelo tradicional e tecnicista, no sentido de ressignificar a prática pedagógica, compreendendo que, nos tempos atuais, os profissionais precisam ensinar e aprender, refletindo com maior profundidade sobre o seu dia a dia de trabalho, diante das transformações e dos desafios do contexto atual.

Cabe destacar aqui alguns dos princípios da Educação Profissional e Tecnológica descritos no Art. 3º do Capítulo II da Resolução CNE/CP Nº 1, de 5 de janeiro de 2021, que define as Diretrizes Curriculares Nacionais Gerais para a Educação Profissional e Tecnológica: V - estímulo à adoção da pesquisa como princípio pedagógico presente em um processo formativo voltado para um mundo permanentemente em transformação, integrando saberes cognitivos e socioemocionais, tanto para a produção do conhecimento, da cultura e da tecnologia, quanto para o desenvolvimento do trabalho e da intervenção que promova impacto social; IX - utilização de estratégias educacionais que permitam a contextualização, a flexibilização e a interdisciplinaridade, favoráveis à compreensão de significados, garantindo a indissociabilidade entre a teoria e a prática profissional em todo o processo de ensino e aprendizagem; XVI - identidade dos perfis profissionais de conclusão de curso, que contemplem as competências profissionais requeridas pela natureza do trabalho, pelo desenvolvimento tecnológico e pelas demandas sociais, econômicas e ambientais.

O capítulo IV, que trata da Qualificação profissional, incluída a formação inicial, apresenta, no Art.12, a seguinte consideração: § 1º Os cursos de qualificação profissional, considerando a aprendizagem profissional, respondem à comprovação da necessidade de formação metódica para o exercício das ocupações profissionais a que se referem, excetuadas as simples instruções de serviço.

Percebe-se que as novas DCN trazem a importância da alteração e da adaptação do ensino para a formação de profissionais capacitados e comprometidos com as transformações e as necessidades sociais, culturais e ambientais da sociedade, além de orientar sobre as competências a serem desenvolvidas nos alunos que irão atender as demandas profissionais, como iniciativa e pensamento crítico.

Para Pertille, Dondé e Oliveira (2020, p. 02),

O ensino profissional desde a sua concepção sempre foi destinado às classes menos favorecidas da população, estabelecendo distinção entre quem detinha o conhecimento e quem exercia as atividades manuais e “grosseiras”. Nesse sentido,

os trabalhadores tinham pouca autonomia, uma vez que o detentor do conhecimento técnico e organizacional era quem exercia as atividades de nível gerencial. A realidade começou a ser modificada quando as empresas começaram a exigir que os trabalhadores tivessem mais qualificações, com habilidades manuais associadas às competências de criatividade, inovação, trabalho em equipe e autonomia para realizar tomada de decisões intercedidas pelas novas tecnologias da informação (p. 02).

A compreensão sobre saúde e doença, assim como as diferentes opções de tratamento, foram expandidas, exigindo dos profissionais de enfermagem uma compreensão dos fenômenos sociais e culturais para a realização da assistência à saúde. Não há mais espaço dentro das atuais instituições de saúde para profissionais que priorizem somente a técnica e que supram apenas a demanda do mercado de trabalho.

Em contrapartida, Wermelinger et al. (2020, p. 68) apontam que “o rápido avanço dos processos de urbanização e desenvolvimento tecnológico vem promovendo a ruptura de fronteiras físicas e culturais”. Porém, esses mesmos processos estão gerando um maior afastamento entre os incluídos e os excluídos socialmente, ou seja, as condições de escolarização estão vinculadas a um projeto de sociedade que divide os que possuem meios de produção e os que não possuem. Para os autores, na sociedade capitalista,

[...] a educação reflete os anseios da classe dominante que mantém, através da propriedade do saber, a hegemonia política e a liderança intelectual como forma de domínio e de controle social, influenciando, principalmente, o arcabouço legal que sustenta as diretrizes para a formação do trabalhador (p. 68).

Pertille, Dondé e Oliveira (2020) destacam que a escola primária e profissionalizante sempre foi destinada às classes menos favorecidas, formando trabalhadores manuais, enquanto que a escola propedêutica e superior formaria a classe dos trabalhadores intelectuais, um produto da lógica capitalista. Para Wermelinger et al. (2020), o novo modelo de produção exige uma adequação do trabalhador aos novos métodos de trabalho, em que o conhecimento intelectual e criativo é considerado dispensável, ou seja, a educação que desenvolve uma consciência crítico-reflexiva se faz desnecessária.

É possível perceber, ainda hoje, fortes características tayloristas nas relações de trabalho na enfermagem, que ainda são organizadas e divididas em uma parte de trabalho manual, de responsabilidade das(os) técnicas(os) de enfermagem, e um trabalho mais intelectual, realizado por enfermeiras(os), este último envolvendo o gerenciamento das equipes e

materiais, a realização do Processo de Enfermagem (PE)¹², registros a respeito da assistência prestada ao paciente em Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), entre outros. Cabe ao profissional técnico de enfermagem um trabalho considerado manual, ou seja, ele atua na assistência direta ao paciente por meio de banho de leito, cuidados de higiene, realização de curativos, aplicação de medicação por diferentes vias, auxílio para a enfermeira quando necessário, entre muitas outras atividades de mesmo tipo. Porém, no âmbito da segurança do paciente, os serviços de saúde precisam que todos os trabalhadores tenham conhecimento intelectual e sejam criativos, pois, para a promoção de uma CSP, os profissionais precisam conhecer e compreender as práticas de segurança e estar engajados nelas, sabendo identificar, por exemplo, falhas no sistema e nas barreiras para proteção dos pacientes.

Ainda associado ao ensino técnico, muitos dos professores são enfermeiros e realizam a docência como uma atividade secundária. Para Pertille, Dondé e Oliveira (2020), algumas das dificuldades dos docentes em enfermagem estão relacionadas à falta de conhecimento em relação aos métodos de ensino, material didático, infraestrutura, além da sobrecarga de trabalho, que resulta em pouco tempo disponível para a organização e o preparo de material para as aulas. Conforme a Resolução nº 573, de 31 de janeiro de 2018,

A enfermagem se realiza na conformação de práticas e ações na assistência (cuidado e atenção), ensino (educação), pesquisa e na gerência (gestão). A realidade impõe à Enfermagem o desafio da educação, seja no ensino de graduação e pós-graduação, pesquisa e extensão, no interior da formação básica e não apenas na licenciatura. Na escola técnica ou educação profissional em saúde a exigência é ter formação pedagógica, o que expande essa especialização como rotina nas escolas de enfermagem (BRASIL, 2018b).

Uma pesquisa, que buscou analisar aspectos gerais do mercado de trabalho da equipe de enfermagem quanto à forma como essa se insere nos setores estruturantes do setor da saúde, seja, público, privado, filantrópico ou ensino, cujos participantes foram todos os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem do Brasil que possuem registro ativo no Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), mostrou que 19,8% dos enfermeiros se dedicam às atividades de ensino, sendo 70,5% os que atuam nos cursos de enfermagem e 20,9% em cursos técnicos de enfermagem (MACHADO et al., 2015).

¹² O Processo de Enfermagem é um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional. Está organizado em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, sendo elas: I – Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem); II – Diagnóstico de Enfermagem; III – Planejamento de Enfermagem; IV – Implementação; e V – Avaliação de Enfermagem (COFEN, 2009).

O mesmo estudo traz que a força de trabalho da enfermagem é formada predominantemente por profissionais jovens. Isso quer dizer que, considerando o tempo de trabalho da equipe de enfermagem, somam 80,6% aqueles que atuam entre 02 e 10 anos (46,3%) e entre 11 a 30 anos (34,3%). Destes, 6,9% possuem menos de 02 anos de trabalho na área e não há diferença significativa entre enfermeiros e técnicos/auxiliares (MACHADO et al., 2015).

Outra questão abordada pelo mesmo estudo foi com relação às fases da vida profissional, “definida e constituída após sua inserção na estrutura produtiva dos serviços de saúde, seja como assalariado ou como autônomo, prestando serviços de enfermagem, tão logo esteja concluída sua formação” (p. 36). Fazem parte da fase denominada “Início da vida profissional” 6,9% dos profissionais, ou seja, os que possuem menos de 02 anos de atuação na área, somando mais de 125 mil trabalhadores. 46,3% estão na segunda fase, “Formação Profissional”, buscando por aperfeiçoamento profissional. Na terceira fase, chamada de “Maturidade Profissional”, encontram-se 600 mil trabalhadores (34,3%), que estão realizando escolhas profissionais e, por fim, na fase “Aposentadoria”, estão 0,1% dos profissionais (MACHADO et al., 2015).

O estudo citado não analisa a idade desses profissionais, somente reconhecendo a força de trabalho da enfermagem como jovem. Como temos afirmado, uma das questões de debate no GF desta pesquisa, relacionada à cultura profissional, foi a idade dos novos trabalhadores, a quem todos os participantes denominaram de “nova geração”.

As gerações são definidas como um grupo de pessoas que possuem mais ou menos a mesma idade e que vivenciaram momentos históricos em lugares específicos, e que, portanto, possuem características culturais e identidades próprias. No depoimento abaixo é possível perceber que o participante Tec.5 se sente desconfortável com algumas das características dos novos profissionais e considera o colega, técnico de enfermagem, “superficial”.

Eu vejo que para os técnicos é algo superficial assim... Eles sabem que tem tantos acertos da medicação, mas eu acho que o técnico ele é muito superficial... Ele não tem aquele olhar geral de segurança do paciente. Ele sabe que tem que fazer certinha a medicação, ele sabe que tem que levantar as grades da cama, mas num contexto geral da segurança do paciente eu não sei se o técnico às vezes não lembra, ou ele não aplica porque infelizmente hoje a parte de técnicos e, principalmente, os que estão vindo, eles estão vindo muito vazios assim... Não vazios de conhecimento, mas parece que estão vindo já sem vontade, recém-formados e parece que estão vindo só para cumprir aquelas seis horinhas de trabalho e fazer aquelas tarefas de técnico. Não estão com entusiasmo de abranger outras coisas, desenvolver outros trabalhos, que daí incluiria toda essa questão. Isso não vale somente para segurança do paciente, mas para outras coisas que têm dentro da instituição e que se tu perguntar a maioria das pessoas nem vão saber que é desenvolvido lá dentro (Tec.5).

Entende-se que cada profissional possui uma personalidade, com diferentes potenciais e habilidades que, juntos, constituem a força de trabalho de uma mesma organização. A coexistência de diferentes gerações no mercado de trabalho, especificamente na área da saúde, parece ser algo complexo para se gerenciar. Considera-se pertinente que as instituições reconheçam as características dos seus profissionais e valorizem essas diferenças, com o intuito de aperfeiçoar suas práticas.

Para Moreira (1999, p. 60), a cultura profissional da enfermagem está relacionada a dois dilemas que se encontram articulados: “um imaginário mimético com relação à medicina e um imaginário feminino de submissão e inferioridade”. A enfermagem é, na maioria, composta por profissionais do gênero feminino, sendo articulada no cenário hospitalar com a profissão médica, estando ainda subordinada a estes profissionais e à cultura hospitalar, em que os médicos são os detentores de conhecimento e estão hierarquicamente acima das enfermeiras.

Além desse enfrentamento citado pelo autor, outra questão debatida no GF e que apareceu tanto no grupo das enfermeiras quanto no das(os) técnicas(os) de enfermagem, foi com relação à dificuldade das primeiras gerenciarem o cuidado em saúde ao serem admitidas na instituição. Especialmente as enfermeiras jovens, as quais referem, por exemplo, enfrentarem certa discriminação. No GF, tanto as enfermeiras como as(os) técnicas(os) de enfermagem afirmaram que percebem uma fragilidade na rotina do trabalho das enfermeiras recém-formadas, como mostram as falas a seguir:

Eu acho que os enfermeiros, eles têm muita dificuldade quando eles entram na instituição. Porque também é uma parte cultural assim, digamos que se um dia eu tiver uma oportunidade aqui, eu vou ter como meus funcionários pessoas antigas, e eu vou ter que chegar nessas pessoas e dizer “não, agora tu vai fazer curativo com pinça” e eles vão dizer assim: “Não, essa guriuzinha nova chegou agora...”. Sabe, eles não vão ter o contexto do por que tem que fazer o curativo com pinça. Talvez eu não vá ter o tempo hábil para explicar o porquê tem que fazer com pinça, o porquê isso, o porquê tem que fazer com a técnica asséptica... Então, também é uma parte cultural que é difícil (Tec.5).

Para alguns, é como ensinar o padre a rezar a missa, né? “Eu estou aqui há 10 anos e tu entrou ontem, o que tu quer aqui, guria?” (Enf.1).

Para a enfermeira recém-formada, o processo admissional em uma instituição de saúde é complexo. Geralmente, são designadas pelos serviços para gerenciar uma equipe de enfermagem, o que consiste em uma responsabilidade e um dos maiores desafios enfrentados. Para Souza et al (2014a, p. 12), “o mercado de trabalho da atualidade espera um enfermeiro com qualidades diferenciadas, que saiba agir, tomar decisões e usar a criatividade para solucionar problemas, e que saiba ser líder, estabelecendo uma boa comunicação com a

equipe”. Além de todas as mudanças durante essa transição, muitas vezes envolvendo a distância de amigos e família, nova cidade e exigências da sociedade, a profissional “depara-se com um processo de individualização em relação aos demais, tornando-se agora seu próprio eixo” (CUNHA et al., 2019, p. 48), ou seja, precisa tomar as suas próprias decisões e colocar em prática todo o conhecimento adquirido durante a graduação, que é necessário para o exercício da profissão que escolheu.

Diante dessa nova realidade, as profissionais sentem-se inseguras e pouco preparadas, enfrentando dificuldades como o preconceito pela falta de experiência, pouca idade, ausência de liderança, pouca habilidade prática, além da falta de apoio das instituições empregadoras (SOUZA et al., 2014). “Cada vez mais o mercado de trabalho parece estruturado de forma a ameaçar os trabalhadores jovens com a reprodução duradoura da instabilidade e a recorrência do desemprego” (GUIMARÃES *apud* CUNHA et al., 2019, p. 48). O diploma de curso superior, antes representando uma garantia de trabalho, hoje não é suficiente, sendo necessária a realização, depois de formada, de cursos de especialização e aperfeiçoamento.

Assim, a resistência dos profissionais mais antigos com as novas práticas e conhecimentos em saúde, a falta de comprometimento de alguns dos profissionais mais jovens no mercado de trabalho, diferentes personalidades e gerações em uma mesma organização, o ensino tecnicista e os desafios enfrentados pelas enfermeiras recém-formadas, foram algumas das manifestações e dimensões culturais apresentadas pelos participantes do estudo e que constituem a categoria Cultura Profissional.

5.6 Condições de trabalho para um cuidado seguro

Ao falarmos dos aspectos negativos de um trabalho em saúde mecanizado, pensamos, conseqüentemente, na importância de um cuidado humanizado. Porém, o cuidado humanizado não está vinculado, obviamente, somente à assistência aos pacientes, mas, também, aos trabalhadores da área da saúde. Desde 2003, por meio da Política Nacional de Humanização (PNH), a necessidade de valorização da inclusão do trabalhador no processo de produção de saúde vem sendo debatida e fomentada (BRASIL, 2004). Humanizar é, de acordo com a PNH, “ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais” (BRASIL, 2004, p. 06).

Portanto, a humanização não está relacionada somente ao atendimento do paciente, mas, também, à necessidade de cuidado, atenção e inclusão do trabalhador, que necessita da

atenção dos gestores e de atuação em ambientes com condições dignas de trabalho. Conforme o Dicionário da Educação Profissional em Saúde, a humanização em saúde,

[...] volta-se para as práticas concretas comprometidas com a produção de saúde e produção de sujeitos de tal modo que atender melhor o usuário se dá em sintonia com melhores condições de trabalho e de participação dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (princípio da indissociabilidade entre atenção e gestão). Este voltar-se para as experiências concretas se dá por considerar o humano em sua capacidade criadora e singular inseparável, entretanto, dos movimentos coletivos que o constituem (PEREIRA; BARROS, 2009).

Os serviços de saúde, especialmente os hospitais, têm atentado para o exercício da humanização com uma transformação dos seus modelos de gestão e de serviços, por meio do envolvimento dos pacientes, familiares e trabalhadores. Conforme Bopsin, Ribas e Silva (2019, p. 217), “a qualidade e excelência nas organizações de saúde não é apenas a tecnologia, conhecimento e habilidades técnicas, mas a forma como se relaciona com as pessoas, sejam elas clientes, familiares ou funcionários”.

A literatura em saúde traz dois sentidos sobre a humanização, sendo eles a humanização do trabalho de enfermagem, relacionado ao desenvolvimento de uma assistência de enfermagem humanizada, e o trabalho humanizado da enfermagem, direcionado a um trabalho que humanize as relações do trabalho de enfermagem (COLLET; ROZENDO, 2003). Especificamente aqui, estamos nos referindo ao trabalho humanizado da enfermagem, ou seja, voltado para as relações de trabalho e ao meio no qual os trabalhadores prestam o cuidado. Collet e Rozendo (2003) trazem a seguinte contribuição:

[...] a enfermagem é, essencialmente, cuidado, e cuidado prestado ao ser humano, individualmente, na família ou na comunidade. Portanto, ao falarmos em cuidado de enfermagem ao ser humano (seja voltado para a assistência ou para as relações de trabalho) implica, essencialmente, em cuidado humanizado. Contudo, é importante ressaltar que, muitas vezes, devido à sobrecarga imposta pelo cotidiano do trabalho, a enfermagem presta uma assistência mecanizada e tecnicista, não-reflexiva, esquece de humanizar o cuidado justamente por entender que em si o cuidado deve ser humanizado (p. 189).

Falar sobre as condições e as relações de trabalho na enfermagem não é algo novo. Porém, na atualidade, não podemos mais considerar essas temáticas como um “modismo” da profissão, e sim como uma necessidade urgente e que é determinante na qualidade do cuidado prestado aos pacientes. No ano de 2020 a Rede Brasileira de Segurança do Paciente (REBRAENSP) lançou uma campanha enfatizando a importância da segurança do trabalhador da saúde como prioridade para a segurança do paciente, com o seguinte *slogan*: Profissionais

de Saúde Seguros, Pacientes Seguros. O objetivo da campanha foi proporcionar o reconhecimento da dedicação e do trabalho dos profissionais da área da saúde em meio à luta contra a COVID-19.

A humanização se produz e reproduz dentro dos serviços de saúde por meio das relações entre os profissionais e pacientes, incluindo a família, profissionais entre si e profissionais e os ambientes de trabalho. Muitos trabalhadores enfrentam dificuldades em seus locais de trabalho, como a desvalorização, baixa remuneração e o “descaso frente aos problemas identificados pela equipe, especialmente quanto ao distanciamento entre o trabalho prescritivo, o preestabelecido institucionalmente e aquele realmente executado junto ao cliente” (AMESTOY; SCHWARTZ; THOFEHRN, 2006, p. 445).

Sobre as condições de trabalho na enfermagem, Barreto et al. (2021, p. 14) afirmam que:

A deterioração das condições de trabalho no campo da saúde está presente em todo o serviço da enfermagem e ocorre por diversos fatores, como a falta de recursos materiais e escassez de profissionais, gerando sobrecarga em funcionários de determinados setores, além de vínculos de trabalho frágeis e salários baixos.

Importante mencionar também a exposição destes trabalhadores aos riscos biológicos, químicos, físicos e ergonômicos, estando vulneráveis ao desenvolvimento de doenças, tanto físicas quanto psíquicas, refletindo na qualidade das suas vidas e na qualidade do cuidado realizado ao paciente (BARRETO et al., 2021).

Para Collet e Rozendo (2003), não podemos esperar que os profissionais realizem um cuidado humanizado se as suas condições de trabalho são precárias, quando não há profissional suficiente para realização das atividades, quando há sobrecarga de trabalho e, também, quando há pressões no local de trabalho que levem as pessoas aos seus limites físicos e psíquicos. Para os autores, essas condições

[...] foram historicamente determinadas pela evolução do trabalho em saúde e produzem bloqueios no avanço intelectual da enfermagem, assim como de outros profissionais. Agem como camisas de força que engessam a criatividade dos profissionais (p. 190).

A necessidade de trazer aqui as condições de trabalho para um cuidado seguro surgiu, principalmente, a partir da fala das(os) técnicas(os) de enfermagem. Os principais pontos de debate sobre o tema entre os participantes do estudo foram: problema do dimensionamento de pessoal, pois na opinião dos participantes existe a falta de profissional técnico na instituição,

gerando sobrecarga e cansaço físico e mental na enfermagem; falta de reconhecimento por parte das lideranças, como, por exemplo, elogios após o término do plantão; mudanças nas escalas, em que o profissional precisa atuar em setores diferentes do seu, gerando insegurança nas equipes pela falta de conhecimento sobre a rotina do setor; aumento nas demandas em razão de muitos profissionais estarem de licença ou afastados pela COVID-19; complexidade no atendimento dos pacientes; e o trabalho emocional.

Os depoimentos demonstram que as condições de trabalho foram fortemente influenciadas pelas mudanças na rotina da instituição em razão da pandemia da COVID-19. Conforme as falas dos participantes, a segurança dos pacientes foi afetada por questões como o número insuficiente de profissionais para trabalhar em razão de atestados e afastamentos, gerando sobrecarga de trabalho e cansaço, refletindo na qualidade do cuidado, como pode-se perceber nas falas a seguir:

Eu acho que a instituição está defasada em questão de funcionários, pois tem bastante funcionário afastado, de licença, bastante funcionário afastado de COVID... E aí, então, a gente, querendo ou não, a instituição e os enfermeiros, estão tendo um pouco mais de insegurança... Porque antes, eu me lembro de quando eu entrei na UTI há cinco anos atrás, eram todos os dias os mesmos funcionários. A enfermeira conhecia um por um, ela sabia em quem podia confiar, e agora tem dias que fica um funcionário de UTI e o resto de outro setor. Não que as pessoas não tenham capacidade, mas é um setor novo, medicação nova, rotina diferente, é um setor complexo. [...] Então, acho que isso está deixando os profissionais aqui da nossa instituição cansados... (Tec.5).

Tu pode levar o paciente a óbito por um erro! E uma coisa é tu estar cuidando de um paciente, com uma ou duas bombas de infusão e às vezes a gente chega a estar com três... Sendo um paciente entubado. A gente já chegou a cuidar de paciente com nove bombas de infusão. Uma em cima da outra. E com três pacientes! Exige muito! O cansaço mental chega a ser muito pior do que o físico nesse momento, né? A correria é muito grande... (Tec.2).

As enfermeiras também se manifestaram sobre as condições de trabalho durante a pandemia:

Sabe o que eu resumo? Muita demanda para pouco funcionário. É muita coisa, né? E pouco funcionário... Eles não dão conta! (Enf.3)
É complicado... Porque tu te paramenta toda e depois tem que tirar tudo [está se referindo aos EPIs que precisa usar para atender os pacientes com COVID]. Tem que ter uma organização mental bem grande, porque num piscar de olhos tu tá contaminando outro paciente, e aí as coisas complicam, né? “Como eu me organizo? O que eu faço?” Primeiro eu olho os pacientes que não são COVID, faço a visita, vejo que tem para fazer, alguma intercorrência, já evoluo, vejo a demanda. E depois que esses estão tranquilos e organizados, entro na ala COVID para dar maior auxílio para as gurias [para as técnicas de enfermagem]. [...] Essas coisas mais burocráticas ficam para depois porque senão a gente não dá conta. Mas dá um nó na cabeça, é complicado. [...] E tem a questão dos óbitos, alto índice de óbitos. Então tem que seguir todo o protocolo... [...] E a gente tem que sinalizar para o CCIH [Comissão de

Controle de Infecção Hospitalar], vigilância, coordenação, bem difícil... Então, tu tem que estar muito centrada e isso te desgasta muito fisicamente e emocionalmente (Enf.1).

A partir das falas, é possível perceber que a questão de maior destaque entre as(os) participantes do estudo, quanto às condições de trabalho, é o cansaço e a sobrecarga de trabalho em razão da falta de funcionários para atuar durante a pandemia. Em entrevista individual, as enfermeiras trouxeram a questão do *turnover*, ou seja, o fluxo de admissão e demissão de funcionários. Para elas, a rotatividade de profissionais dificulta o processo educativo realizado na instituição, pois toda vez que um novo profissional é admitido, novas atividades educativas precisam ser realizadas para que todos da equipe saibam e sigam os protocolos e a rotina de cuidado que é preconizada e desenvolvida dentro do hospital.

O que será que falta? Eu acho que tem aí a questão de *turnover* [rotatividade] envolvido, a rotatividade infelizmente é alta. O que acaba dificultando a gente não ter um grupo de trabalho específico para isso. Quando a gente terminou de orientar e treinar, daqui um mês já mudou todo mundo de novo (Enf.6).

Eu não sei vocês, mas eu agora estou tendo mais a questão da rotatividade de funcionário. Tu começa esse processo [de educação] e troca de funcionário. Aí tu tem que começar tudo de novo. Bater na mesma tecla... Então, a rotatividade é um problema (Enf.4).

Sobre a rotatividade do pessoal de enfermagem, Nascimento et al. (2019) afirmam que ela

é uma preocupação mundial, uma vez que se considera a profissão como vital para o funcionamento dos serviços de saúde e que a rotatividade de profissionais, quando não controlada, pode tornar-se algo prejudicial e dispendioso para as instituições (p. 162).

A alta rotatividade de profissionais da enfermagem dentro dos hospitais acaba dificultando, também, o processo de educação permanente das equipes. Entre as várias falas que destacam o problema da rotatividade e dos seus efeitos, a fala da Enf.7 chama a atenção. Para ela, os profissionais não são mais comprometidos como antes, além de estarem cansados em razão da pandemia. Esta situação reflete no cuidado dispensado ao paciente, pois os profissionais passam por diferentes hospitais e as práticas educativas não conseguem ter uma continuidade no serviço.

No começo a gente pensava que os gestores não passavam [as orientações sobre segurança do paciente]... “Estão participando das capacitações todas, do Nigersp, mas não estão passando para as equipes”. Então a gente, como coordenação, começou a participar das capacitações, das dinâmicas, não que eu não participasse, eu participava. Vários eu participei e eu tive a certeza porque eu mesma orientei... Eu vi que a coisa continua, então, acho que é a rotatividade dos profissionais é muito

grande, agora com a pandemia tá muito grande a rotatividade. Eles estão muito cansados, ficam um pouco aqui, um pouco ali no hospital, daqui um pouco já largam. Parece que o profissional não está tão comprometido, sabe? Não é mais a mesma coisa... Não estão comprometidos, não... Eles estão pelo salário, fazer o trabalho deles e pronto (Enf.7).

Leitão et al (2017, p. 120) afirmam que:

Na enfermagem, o absenteísmo e a rotatividade de pessoal merecem especial atenção, sobretudo nos serviços de funcionamento ininterrupto, que exigem a presença constante da equipe de enfermagem, tendo em vista que a equipe reduzida coloca em risco a qualidade da assistência prestada aos pacientes, quer seja no atendimento em internações adultas ou pediátricas.

Diante dessas questões, fica claro que a segurança dos trabalhadores e do paciente, na medida em que está relacionada à qualidade da assistência realizada pelas instituições de saúde, sofre influência das condições de trabalho.

A organização do trabalho de enfermagem compreende metas, normas, protocolos e rotinas, que juntos refletem na assistência dispensada ao paciente. Porém, para Oro et al. (2019), nem tudo que está prescrito e definido previamente consegue ser realizado, havendo mudanças que são naturalmente estabelecidas no dia a dia das atividades laborais. Segundo o autor,

As mudanças que se estabelecem no processo de trabalho, a partir das relações de poder tanto no macro como no microespaço, definem alterações nas normas prescritas, pois mesmo que precisas, estas geralmente são insuficientes, pelo fato inevitável que nem tudo é antecipável. Essa dimensão invisível do trabalho resulta em 'renormalizações', mesmo que mínimas (p. 03).

Foi possível identificar que, no trabalho prescrito da instituição, constam todos os protocolos e práticas a serem seguidos, porém, é o ambiente de trabalho e as condições em que esses profissionais atuam que irão definir se e como essas ações serão realizadas. Os depoimentos a seguir expressam como as condições de trabalho são decisivas para a realização do cuidado como um todo, e, em particular para as ações de segurança do paciente:

A gente tem tudo para ser uma instituição maravilhosa, né? A gente tem todos os protocolos, todas as questões de segurança, a gente tem as ferramentas todas, mas às vezes não dá tempo da gente usar... [...] Existe o Nigersp, mas nem sempre quem compõem o grupo sabe a realidade que está dentro do hospital. Porque eles se baseiam naquilo que é dado para eles, naquilo que é registrado. [...] Não necessariamente elas sabem todo um contexto do por que algumas coisas estão deixando de serem feitas, às vezes, na assistência direta e não vão atrás disso, sabe? (Tec.5).

No meu caso lá, para nós, é muita coisa... A gente sabe que para o paciente é importante [...]. Mas é muita coisa a mais, aumenta muita coisa no sistema pra gente colocar, aumenta mais os papéis para gente colocar, nos sobrecarrega, entendeu? Por isso que vira automático para poder fazer tudo certinho, que está sendo pedido, a gente faz todas as perguntas e “próximo”. Acho que é assim... [...] Eu acho que falta isso para a segurança do paciente, ter mais tempo pra ele, para conversar com ele, tirar alguma dúvida, ou passar segurança conversando, porque normalmente conversa com ele, ele responde e tu anota, e é ruim tu estar anotando, paciente tá falando e tu anotando (Tec.4).

Durante a semana nós só temos seis horas pra fazer tudo. Então, nós temos um tempo pra completar todo o nosso serviço. E isso faz a gente fazer tudo com pressa. “Até a 1h tenho que deixar tudo pronto, não posso deixar para o turno da tarde”. E isso impede da gente ter um serviço de qualidade! Tem que ter um tempo para o paciente... (Tec.4)

[...] cada técnico, por exemplo, tem 15, 20 medicações [para fazer nos pacientes]. Aí cada medicação tem que ser preenchida etiqueta com todos os itens. Já peguei etiqueta só com o primeiro nome e a medicação. Não bota nome da mãe, não vai botar a data de nascimento, imagina, senão elas vão terminar que horas isso? Se elas já estão aqui, né, pra dar conta... (Enf.3).

A falta de tempo é o principal obstáculo, na opinião dos participantes, para a realização de todas as práticas de segurança que são estabelecidas na instituição, pois há sobrecarga de trabalho em razão do número inadequado de profissionais da enfermagem para prestação da assistência. Importante reforçar que esta pesquisa foi desenvolvida no contexto pandêmico, em que algumas condições de trabalho, já não sendo ideais, foram ainda mais precarizadas. A respeito disso, Backes et al. (2021) falam que:

No cotidiano laboral dos profissionais de enfermagem encontram-se ambientes desfavoráveis, más condições de trabalho, sobrecarga, ritmo intenso, jornadas extensas, desgaste físico e psíquico, estresse ocupacional, conflitos interpessoais, baixa remuneração e a desvalorização profissional. Na vigência da pandemia, estas condições foram potencializadas e somadas a diversos outros novos fatores que exigem atenção das categorias de enfermagem sobre o exercício de suas profissões em tempos atuais, para análises prospectivas do trabalho em saúde que exercem e proteção de garantias das suas condições de trabalho e da segurança do paciente (p. 03).

Um estudo realizado antes da pandemia, em um hospital de ensino, com o objetivo de compreender os desafios da prática profissional para o alcance das metas e objetivos do PNSP, obteve como resultado três diferentes categorias, sendo uma delas relacionada aos “recursos humanos”. A categoria apresentou alguns aspectos associados aos “recursos humanos” que impactam em uma prática segura, ganhando destaque o “número reduzido de pessoal, sobrecarga de trabalho, estresse, atrasos nos salários, baixa remuneração e alta rotatividade dos profissionais” (SIMAN et al., 2019, p. 1585). Segundo os autores do estudo,

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 (SIMAN et al., 2019, p. 1586).

Sobre o dimensionamento de enfermagem, Backes et al. (2021, p. 06) dizem que:

O dimensionamento de enfermagem já apontava-se inadequado no território nacional, agora, diante do aumento do nível de complexidade dos pacientes no contexto da pandemia, somado ao aumento do absenteísmo e *turnover* de profissionais, esta realidade recebe maiores impedimentos.

O dimensionamento inadequado de profissionais de enfermagem, além de sobrecarga de trabalho e rotatividade da profissionais, gera o risco de eventos adversos (EA) atingirem os pacientes. A fala da Enf.7 retrata o desafio do dimensionamento de profissionais que a instituição enfrentou durante a pandemia:

[...] a gente meio que ficou sem profissionais para atender. Eles se negavam a atender paciente COVID, eu tive isso. Muitos profissionais não eram de risco, nada, tanto que estavam trabalhando e não queriam atender paciente COVID. Eles tinham medo e vários vieram me procurar: “Eu tenho minha mãe que é hipertensa, tenho meu pai, meu filho, eu não vou atender paciente”. [...] “O que mais que o COVID trouxe”? [pensativa] Rotatividade e cansaço a gente também teve, diminuiu agora, mas nós tivemos muita rotatividade [...] Alguns se afastaram por medo, insegurança, outros porque realmente tinham sintomas, outros o SESMT afastou porque um positivou e aí afastava o outro. Então, esse foi um grande desafio também, conseguir gerenciar as equipes. [...] A pandemia nos ensinou muito... (Enf.7).

A instituição do estudo, assim como muitas outras no nosso país, sofreu com as exigências impostas pela pandemia, dada a necessidade de rápida reorganização e de aumento da força de trabalho. Neste cenário pandêmico, ficou evidente que a enfermagem é a principal categoria profissional das instituições de saúde e que ainda atua, em muitos locais, com precárias condições de trabalho. De certa forma, a pandemia abriu os olhos de uma sociedade que nunca reconheceu ou valorizou o trabalho desses profissionais que protagonizam o cuidado integral nos ambientes de saúde.

A implantação de protocolos de segurança do paciente vem contribuindo para o fortalecimento do PNSP e a promoção da CSP. Porém, torna-se necessário avaliar em que condições os trabalhadores da enfermagem estão realizando tais práticas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nossa intenção nesta pesquisa foi descrever e analisar as práticas educativas que são desenvolvidas em uma instituição hospitalar de ensino para a promoção da Cultura de Segurança do Paciente (CSP) e sua articulação com o trabalho de cuidado. É importante retomar o problema de pesquisa que pautou a elaboração desta tese: Como se caracterizam as práticas educativas desenvolvidas em uma instituição hospitalar para a promoção da Cultura de Segurança do Paciente e como tem se articulado ao trabalho de cuidado, segundo profissionais de enfermagem dessa mesma instituição?

Por sua vez, o objetivo geral deste estudo foi descrever e analisar as práticas educativas para a promoção da Cultura de Segurança do Paciente desenvolvidas em uma instituição hospitalar de ensino, e compreender como estas se articulam ao trabalho de cuidado, segundo profissionais de enfermagem dessa mesma instituição.

A principal prática educativa realizada pela gestão do hospital é a capacitação, sendo percebida como uma ferramenta para a educação continuada dos seus trabalhadores, ocorrendo presencialmente na instituição, de maneira periódica e em horário de trabalho. Os horários são diversificados, para que todas as equipes, de todos os turnos, possam participar. Contudo, mesmo as enfermeiras organizando suas equipes de enfermagem em escalas, com intuito de envolver todos os trabalhadores nas capacitações, alguns não conseguem participar em razão da sobrecarga de trabalho ou, quando participam, não conseguem, em muitos momentos, se afastarem mentalmente de suas atividades laborais.

Foi possível perceber que a instituição possui um comprometimento com a segurança dos pacientes e que vem trabalhando e desenvolvendo ações para a promoção de uma CSP. Dispõe de um Núcleo Interno de Gerenciamento de Risco e Segurança do Paciente (Nigersp), responsável por avaliar, organizar e implantar melhorias de processos para uma assistência segura e de qualidade; preconiza as seis metas do PNSP; e possui um departamento específico para a organização das capacitações que constituem o Cronograma de Capacitações Institucional. Não se pode deixar de comentar que o hospital, durante o período de construção dessa tese, foi certificado com o Nível 1 do principal selo de qualidade nacional concedido às instituições de saúde, a Acreditação Hospitalar. Os princípios norteadores para o Nível 1 possuem foco nos padrões e requisitos que envolvem segurança do paciente em todas as áreas de atividade, incluindo aspectos estruturais e assistenciais.

A respeito das práticas educativas, existe uma padronização institucional. Porém, no dia a dia do trabalho, as enfermeiras sentem que perderam autonomia por não poderem mais

realizar ações de formação com as suas equipes, pois as necessidades identificadas na assistência e na relação diária de trabalho devem ser encaminhadas para o setor de DH, o qual é responsável por organizar as capacitações. Nota-se que, independente desta questão, as equipes de enfermagem consideram e tratam as enfermeiras como líderes que desempenham um papel importante na educação continuada, pois, de maneira não formal e informal, estas últimas realizam orientações no setor de trabalho, enviam atualizações e comunicados via *WhatsApp*, revisam técnicas e compartilham experiências e saberes, reforçando, também, algumas práticas educativas trabalhadas nas capacitações. Percebe-se que isso ocorre, em certa medida, de maneira espontânea na rotina do trabalho, fazendo parte da cultura profissional, mesmo diante de práticas educativas engessadas. Os profissionais se adaptam às situações impostas e, nesse sentido, a educação informal parece ter passado a acontecer de maneira mais intensa, sendo influenciada pelos valores, hábitos e a cultura de cada pessoa.

Todos os profissionais do estudo reconhecem a importância das práticas de segurança do paciente e as práticas educativas dentro da instituição hospitalar para a promoção de uma CSP, com reflexo direto no trabalho de cuidado, configurando-se em elementos fundamentais para o processo de trabalho em saúde. Porém, em muitos momentos, o cuidado ao paciente torna-se mecanizado, em razão especialmente das condições de trabalho, que foram mais precarizadas na pandemia da COVID-19. Dentre as condições de trabalho citadas nos GF e entrevistas, a falta de tempo para a realização das atividades assistenciais foi o principal motivo apresentado pelos participantes para a mecanização do cuidado. Também, em razão das demandas emergentes de saúde pública na pandemia, as atividades educativas, em muitos momentos, deixaram de ser prioridade.

No trabalho prescrito da instituição do estudo, constam todas as metas e os protocolos a serem realizados para a segurança dos pacientes, existe uma organização e um empenho geral para que tais práticas sejam efetivas. Porém, é o ambiente em que esses profissionais estão inseridos e as condições em que atuam que definem a maneira como essas ações serão realizadas. Um trabalho mecanizado vai de encontro com a CSP, em que se espera que os profissionais realizem as práticas seguras de maneira consciente, como um valor, uma crença, um comportamento que irá refletir no cuidado seguro ao paciente.

Não podemos deixar de refletir que as condições de trabalho influenciam na segurança do paciente e, conseqüentemente, na qualidade dos serviços em saúde. Durante a pandemia, apresentaram-se alguns problemas relacionados à saúde do trabalhador em enfermagem, tais como transtornos de ansiedade, restrições físicas e psíquicas, alto índice de absenteísmo, depressão, entre outros, que impactam diretamente na organização do trabalho. No momento

em que os trabalhadores não se sentem seguros em seus ambientes de trabalho, a segurança do paciente pode sofrer consequências. Alguns movimentos que objetivam enfrentar estes problemas vêm sendo colocados em prática, como, por exemplo, a campanha realizada pela REBRAENSP, em 2020, que enfatizou a importância da segurança do trabalhador da saúde como prioridade para a segurança do paciente.

Homenagens foram realizadas durante a pandemia com o intuito de reconhecer o trabalho desempenhado pelas maiores categorias de trabalhadores dos hospitais, sendo eles, enfermeiros e técnicos, os protagonistas do atendimento em saúde no Brasil. Contudo, tais homenagens são insuficientes. Os trabalhadores de enfermagem necessitam de valorização e reconhecimento, por meio do oferecimento de condições dignas de trabalho, respeito, direitos básicos para atuar, como o descanso em horário de trabalho, salário digno e jornada de trabalho decente. Assim, terão melhores condições de prestar um cuidado seguro.

Outra questão revelada pelo estudo é que tanto as(os) técnicas(os) de enfermagem quantas as enfermeiras assistenciais ainda pouco conhecem o PNSP, e o que sabem, afirmam ter aprendido na escola técnica ou na graduação. Também percebemos, nos depoimentos, a dificuldade que os participantes ainda têm de diferenciar CSP de PNSP e do que são, efetivamente, as práticas para segurança do paciente. Isso reforça a importância de trabalhar a temática em todos os níveis de ensino, desenvolvendo pesquisas e publicações na área, assim como nos próprios processos formativos do hospital.

A respeito do PNSP, notamos uma contradição entre as falas de gestores e profissionais da enfermagem, pois, de um lado, a instituição diz trabalhar sobre o programa e, de outro, os profissionais relatam que a instituição não trabalha. Esta contradição parece indicar que os profissionais ainda possuem dificuldade de compreensão sobre o PNSP, não conseguindo relacionar as metas e todas as práticas de segurança do paciente que são desenvolvidas no hospital com o PNSP, como se não fossem integrados. As enfermeiras que possuem cargo de gestão ou que participam do Nigersp compreendem mais sobre o PNSP e seus objetivos, assim como conhecem a articulação entre as metas e as práticas de segurança do paciente.

Nesse contexto, entende-se que, nas diferentes práticas educativas, captam aquilo que consideram necessário para a sua atividade laboral, conforme o que acreditam, valorizam e reconhecem como importante, compreendendo a partir das suas experiências. As enfermeiras, em razão de serem líderes de equipes, estarem em maior contato com a gestão e receberem algumas capacitações específicas, possuem maior entendimento da importância do programa e o porquê da realização das práticas em segurança do paciente. Já as(os) técnicas(os) preocupam-se com a prática em si, o trabalho mais manual.

Dentro dos serviços de saúde, especialmente no ambiente hospitalar, a cultura profissional é uma característica forte e que influencia a cultura da instituição. Consideramos, neste trabalho, como fatores que determinam a cultura profissional, a divisão do trabalho entre o que é de competência das(os) técnicas(os) de enfermagem e das enfermeiras; as características dos profissionais mais antigos, que não tiveram a temática segurança do paciente em suas formações; a cultura mais tradicional herdada das formas de gestão da época em que o hospital era administrado por irmãs; o perfil dos profissionais mais novos no mercado de trabalho; diferentes personalidades e gerações em uma mesma organização, assim como a própria cultura do cuidado, em que a mulher é considerada o sujeito central do trabalho de cuidar, historicamente relacionado às tarefas de higiene, cuidado e gestão que são vinculados ao trabalho doméstico.

Por meio da cultura, expressam-se as mais diversas características da realidade de uma determinada sociedade. O ambiente hospitalar possui a sua própria cultura, sendo influenciada pelo modelo de gestão, as relações de trabalho, variedade de categorias profissionais envolvidas na produção da assistência em saúde, predomínio do gênero feminino tanto na assistência quanto nos cargos de liderança em enfermagem, a qualidade de vida no trabalho, a rotina e os métodos de cuidado ao paciente, predomínio ainda de controle no trabalho dificultando a participação e o envolvimento dos profissionais nos processos, punições, entre outros fatores.

Os profissionais, que atuam nesse ambiente, partilham de uma história comum, assim não podemos exigir que, de uma hora para outra, as instituições de saúde tenham uma CSP, pois muitos dos trabalhadores nunca tiveram contato com a temática, trabalham há muitos anos em um mesmo contexto cultural e já possuem as suas rotinas, os seus jeitos, as suas crenças e habilidades que orientam as suas ações.

A formação de uma cultura leva tempo para ser desenvolvida e a realização de práticas educativas é necessária para que as mudanças se efetivem na direção de uma CSP. Nos dados produzidos, não aparecem elementos que permitem indicar que o hospital leva em consideração aspectos da cultura dos trabalhadores, e sim aspectos da organização do trabalho que já existe na instituição e no sistema de saúde como um todo. Profissionais, especialmente os técnicos de enfermagem, sentem falta de serem incluídos em iniciativas de segurança, como, por exemplo, no próprio grupo que trabalha com a segurança do paciente da instituição.

Nota-se que as metas do PNSP e os protocolos, assim como o próprio conceito de cultura de segurança, não consideram a cultura dos profissionais como um fator importante para a efetivação de uma CSP em uma instituição, tão pouco como eles interpretam a

segurança do paciente, ficando implícita a ideia de que os trabalhadores devem apenas incorporar aos valores de uma organização. Neste sentido, nos questionamos como promover a CSP dentro da atual organização do trabalho se o próprio sistema não vê a cultura dos seus trabalhadores como algo importante.

Considera-se que os resultados do estudo são relevantes e contribuem para o avanço do conhecimento na temática das práticas educativas para a promoção da CSP. Realizar esta pesquisa foi extremamente desafiador e, ao mesmo tempo, apaixonante. Trabalhar com o método qualitativo foi algo inovador para esta pesquisadora, assim como a realização de grupos focais. É pertinente também citar o desafio de fazer dialogar os conceitos teóricos da saúde e os da educação, em razão da formação desta pesquisadora ser na área das ciências da saúde.

Ponderam-se como limitações do estudo a coleta de dados ter ocorrido durante a pandemia da COVID-19, em razão do hospital ter sofrido as influências do cenário pandêmico, assim como os profissionais de enfermagem que sentiram o impacto da pandemia nas suas atividades e nas condições de trabalho. Também, o método de amostragem intencional, pois os participantes foram selecionados segundo critérios de inclusão e exclusão estabelecidos pela pesquisadora.

Com a realização da pesquisa, surgiu outra perspectiva sobre a importância de considerarmos os aspectos culturais dos trabalhadores da saúde para a prática de um cuidado seguro e significativo. Assim, sugere-se que novos estudos na área sejam realizados em virtude da relevância e complexidade da temática, para que, juntos, possamos desenvolver práticas educativas que façam sentido para a prática do trabalho de cuidado realizada pelos profissionais da área da saúde, com o intuito de promovermos e fortalecermos a Cultura de Segurança do Paciente (CSP) e as suas relações com o trabalho.

REFERÊNCIAS

ADAMY, E. K. et al. Tecendo a educação permanente em saúde no contexto hospitalar: relato de experiência. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 8, p. e1924, 2018.

ALBORNOZ, Suzana. **O que é trabalho**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1994.

ALVES, Eduardo André Viana et al. Segurança do paciente: do erro à prevenção do risco. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 2, n. 2, p. 723-733, 2013.

AMESTOY, S. C.; SCHWARTZ, E.; THOFEHRN, M. B. A humanização do trabalho para os profissionais de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 444-449, 2006.

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho**. 11 ed. São Paulo: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 2006.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde - **Monitoramento e Investigação de Eventos Adversos e Avaliação de Práticas de Segurança do Paciente**. Brasília: ANVISA; 2015. In: ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: Anvisa, 2016. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+6+-+Implanta%C3%A7%C3%A3o+do+N%C3%BAcleo+de+Seguran%C3%A7a+do+Paciente+em+Servi%C3%A7os+de+Sa%C3%BAde/cb237a40-ffd1-401f-b7fd-7371e495755c>>. Acesso em: 28 set. 2019.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde**. Brasília: Anvisa, 2016. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+6+-+Implanta%C3%A7%C3%A3o+do+N%C3%BAcleo+de+Seguran%C3%A7a+do+Paciente+em+Servi%C3%A7os+de+Sa%C3%BAde/cb237a40-ffd1-401f-b7fd-7371e495755c>>. Acesso em: 13 jul. 2019.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária **Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde**. Brasília: Anvisa, 2017a. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+4+-+Medidas+de+Preven%C3%A7%C3%A3o+de+Infec%C3%A7%C3%A3o+Relacionada+%C3%A0+Assist%C3%A2ncia+%C3%A0+Sa%C3%BAde/a3f23dfb-2c54-4e64-881c-fccf9220c373>>. Acesso em: 13 jul. 2019.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde**. Brasília: Anvisa, 2017b.

BACKES, D. S. et al. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 223-230, 2012.

BACKES, M. T. S. et al. Condições de trabalho dos profissionais de enfermagem no enfrentamento da pandemia da covid-19. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 42, p. E20200339, 2021.

BANDEIRA, L.; OLIVEIRA, E. M. Representações de gênero e moralidade na prática profissional de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 51, n. 4, p. 677-696, 1998.

BARBINO JUNIOR, L. R.; SILVA, L. G. C.; GABRIEL, C. S. Qualidade percebida por profissionais de enfermagem em um hospital especializado acreditado. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 72, p. 282-288, 2019.

BARBOSA, L. N. H. Cultura administrativa: uma nova perspectiva das relações entre antropologia e administração. **RAE-Revista de Administração de Empresas**, v. 36, n. 4, p. 06-19, 1996.

BARBOSA, G. C. et al. Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 66, p. 123-127, 2013.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARRETO, G. A. A. et al. Condições de trabalho da enfermagem: uma revisão integrativa. **REVISA**. v. 10, n. 1, p. 13-21, 2021.

BELLATO, R; PEREIRA, W. R. Enfermagem: da cultura da subalternidade à cultura da solidariedade. **Texto, Contexto & Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 17-25, 2006.

BOPSIN, P. S.; RIBAS, E. O.; SILVA, D, M. **Guia prático para segurança do paciente**. Porto Alegre: Moriá, 2019.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. **O que é educação**. São Paulo: Brasiliense, 2007.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17498.htm Acesso em: 15 jan. 2022.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Acesso em: 16 fev. 2022.

BRASIL. Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. **Institui a Política Nacional de Educação Permanente para o SUS**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizConsolidacao/comum/13150.html>. Acesso em: 13 jul. 2019.

BRASIL. Portaria nº 1.660, de 22 de julho de 2009. **Institui o Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária - VIGIPOS, no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, como parte integrante do Sistema Único de Saúde - SUS**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1660_22_07_2009.html. Acesso em: 28 set. 2019.

BRASIL. Resolução - RDC N° 42, de 25 de outubro de 2010. **Dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos, pelos serviços de saúde do País, e dá outras providências.** 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0042_25_10_2010.html Acesso em: 30 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção hospitalar.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde.** Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Resolução – RDC nº 36 de 25 de julho de 2013. **Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.** 2013a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em: 23 nov. 2021.

BRASIL. Portaria n. 529, de 1º de abril de 2013. **Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).** 2013b. Disponível em: <http://www.saude.gov.br> Acesso em: dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Anexo 02: **Protocolo de identificação do paciente.** 2013c. Disponível em: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Protocolo%20de%20Identifica%C3%A7%C3%A3o%20do%20Paciente.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acesso: 06 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde - APPMS [recurso eletrônico].** Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_prioridades_pesquisa_ms.pdf. Acesso em: 04 maio 2020.

BRASIL. Resolução nº 573, de 31 de janeiro de 2018b. **Recomendações do Conselho Nacional de Saúde à proposta de Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de graduação Bacharelado em Enfermagem.** 2018. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso573.pdf> Acesso em: 26 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018c. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf. Acesso em: 13 jul. 2019.

BOHOMOL, Elena. Ensino sobre Segurança do Paciente em curso de graduação em Enfermagem na perspectiva docente. **Escola Anna Nery**, v. 23, n. 2, p. e20180364, 2019.

CALDANA, G. et al. Brazilian network for nursing and patient safety: challenges and perspectives. **Texto, Contexto & Enfermagem**, v. 24, n. 3, p. 906-911, 2015.

CAMPOS, D. C.; DIAS, M. C. F. Cultura de segurança no trabalho: um estudo exploratório. **Sistemas & Gestão**, v. 7, n. 4, p. 594-604, 2012.

CAPUCHO, H. C; CASSIANI, S. H. B. Necessidade de implantar programa nacional de segurança do paciente no Brasil. **Revista de Saúde Pública**. v. 47, n. 4, p. 791-798, 2013.

CARDOSO, M. L. M. et al. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1489-1500, 2017.

CASTELLS, Manuel. **Comunicación y poder**. Madrid: Alianza editorial, 2009.

CAVALCANTE, E. F. O. et al. Prática da educação permanente pela enfermagem nos serviços de saúde. **Revista de enfermagem UFPE online**, v. 7, n. 2, p. 598-607, 2013.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface-comunicação, saúde, educação**, v. 9, p. 161-168, 2005.

COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/> Acesso em: 16 set. 2021.

COLLET, N.; ROZENDO, C. A. Humanização e trabalho na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 56 n. 2, p. 189-192, 2003;

CONEGLIAN, T. V. et al. Técnica de higiene das mãos: assimilação do aprendizado por acadêmicos de enfermagem. **CuidArte, Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 69-74, 2020.

COOMBS, P. H. The world education crisis. Nova York: Oxford University Press, 1968 APUD GHANEM, Elie; TRILLA, Jaume. **Educação formal e não-formal: pontos e contrapontos**. Valéria Amorim Arantes (org.). 1 ed. Editora: Summus Editorial, 2008.

CORREA, I.; RANALI, J.; PIGNATARI, A. C. C. Observação do comportamento dos profissionais em relação ao procedimento da lavagem das mãos no plano assistencial à criança internada. *Nursing*, São Paulo, v. 4, n. 42, p. 18-21, nov. 2001. APUD Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2009. 105p

COSTA, R. et al. O legado de florence nightingale: uma viagem no tempo. **Texto, Contexto & Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 661-669, 2009.

COSTA, D. B. et al. Cultura de segurança do paciente: avaliação pelos profissionais de enfermagem. **Texto, Contexto & Enfermagem**, v. 27, n. 3, p. e2670016, 2018.

CUNHA, M. A. et al. A inserção profissional de enfermeiros recém-formados. **Revista Gepesvida**, v. 1, n. 9, p. 47-58, 2019.

CURY, Carlos Roberto Jamil. **Educação e contradição**: elementos metodológicos para uma teoria crítica do fenômeno educativo. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

DALFIOR, E. T; LIMA, R. C. D; ANDRADE, M. A. C. Reflexões sobre análise de implementação de políticas de saúde. **SAÚDE DEBATE**, v. 39, n. 104, p. 210-225, 2015.

DAVID, H. M. S. L. et al. Pandemia, conjunturas de crise e prática profissional: qual o papel da enfermagem diante da Covid-19?. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 42, p. E20190254, 2021.

DEDECCA, C. S; RIBEIRO, C. S. M. F; ISHII, F. H. Gênero e jornada de trabalho: análise das relações entre mercado de trabalho e família. **Trabalho, Educação & Saúde**, v. 7 n. 1, p. 65-90, 2009.

DIAS, Jéssica David et al. Compreensão de enfermeiros sobre segurança do paciente e erros de medicação. **Revista Mineira de Enfermagem**. v. 18, n. 4, p. 866-873, 2014.

DONNA, Prosser. Future of patient safety: what we've learned from pandemic. **Health Management**, v. 20, n. 7, p. 511-512, 2020.

DUPRATA, I. P.; MELO G. C. Análise de casos e óbitos pela COVID-19 em profissionais de enfermagem no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 45, p. e30, 2020.

FISCHBORN, A. F; CADONÁ, M. A. Trabalho e autonomia dos trabalhadores em saúde: considerações sobre pressupostos teórico e metodológicos de análise do trabalho em saúde. **Saúde & Sociedade**, v. 27, n. 1, p. 227-237, 2018.

FREIRE, Paulo. **Ação cultural para a liberdade**. 5ª ed., Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1981.

FREIRE, Paulo. **Política e educação: ensaios**. 5ª ed, São Paulo: Cortez, 2001.

FONSECA A; PETERLINE F. L; COSTA D. A. **Segurança do Paciente**. São Paulo: Martinari, 2014.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. 1ª ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

FRANKEL A. et al. **A Framework for Safe, Reliable, and Effective Care**. White Paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement and Safe & Reliable Healthcare; 2017.

FREIRE, E. M. R. et al. A comunicação como estratégia para manutenção da acreditação hospitalar. **Escola Anna Nery**, v. 23, n. 1, e20180224, 2019.

GANDRA, E. C. et al. Enfermagem brasileira e a pandemia de COVID-19: desigualdades em evidência. **Escola Anna Nery**, v. 25, p. e20210058, 2021.

GEORGE, Julia. **Teorias de Enfermagem. Os fundamentos à prática profissional**. 4ª ed. Porto Alegre: Editora Artmed, 2000.

GHANEM, E.; TRILLA, J. **Educação formal e não-formal: pontos e contrapontos**. 1 ed. Rio de Janeiro: Summus Editorial, 2008.

GOMES, Rogério Miranda. **Humanização e Desumanização no Trabalho em Saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2017.

GRAF, K. et al. Hand hygiene compliance in transplant and other special patient groups: an observational study. **American journal of infection control**, v. 41, n. 6, p. 503-508, 2013. APUD CONEGLIAN, T. V.eteri et al. Técnica de higiene das mãos: assimilação do aprendizado por acadêmicos de enfermagem. **CuidArte, Enferm**, p. 69-74, 2020.

GUTIERRES, Larissa de Siqueira. Good practices for patient safety in the operating room: nurses' recommendations. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 6, p. 2775-2782, 2018.

GUIMARÃES, Nadya Araujo. Trajetórias inseguras, autonomização incerta: os jovens e o trabalho em mercados sob intensas transições ocupacionais. *Transição para a vida adulta ou vida adulta em transição*, p. 171-198, 2006.. APUD CUNHA, Mayara Ana et al. A inserção profissional de enfermeiros recém-formados. **Revista GepesVida**, v. 5, n. 10, 2019.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 1994.

HEMESATH, M. P. et al. Educational strategies to improve adherence to patient identification. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. 4, p. 43-48, 2015.

HERR, G. E. G; AOZANE, F; KOLANKIEWICZ, A. C. B. Segurança do paciente: uma discussão necessária. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**. v. 6, n. 3, p. 2300-2310, 2015.

HILL, A. M; WALDRON, N; FRANCIS-COAD J. et al. 'It promoted a positive culture around falls prevention': staff response to a patient education programme—a qualitative evaluation. **BMJ Open**, v. 6, n. 12, p. e013414, 2016.

HOFFMEISTER, L. V.; MOURA, G. M. S.S. Uso de pulseiras de identificação em pacientes internados em um hospital universitário. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 23, n. 1, p. 36-43, 2015.

IERVOLINO; S. A; PELICIONI, M. C. F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 35, n. 2, p. 115-21, 2001.

JERICÓ, M. C.; PERES, A. M.; KURCGANT, P. Estrutura organizacional do serviço de enfermagem: reflexões sobre a influência do poder e da cultura organizacional. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, p. 569-577, 2008.

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. Editors. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington (DC): **National Academies Press (US)**; 2000.

LACERDA, M. R.; COSTENARO, R. G. S. **Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática**. Porto Alegre: Moriá, 2016.

LANGDON, E. J; WIIK, F. B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 1-9, 2010.

LAUDARES, João Bosco. As relações de trabalho numa sociedade capitalista. A sociedade tecnizada e capitalista. **Revista Tecnologia e Sociedade**, v. 2, n. 2, p. 99-107, 2006.

LEITE, H. J. D. *Vigilância sanitária em serviços de saúde: riscos e proteção à saúde em serviços de hemodiálise*. [Tese] Salvador (BA): Instituto de Saúde Coletiva; 2007. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

LEITÃO, I. M. T. A. et al. Absenteeism, turnover, and indicators of quality control in nursing care: a transversal study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 16, n. 2, p. 119-129, 2017.

LESSA, A. B. S. L.; ARAÚJO, C. N. V. A enfermagem brasileira: reflexão sobre sua atuação política. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 474-481, 2013.

LOPES, M. J. M; LEAL. S. M. C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cadernos pagu**, p. 105-125, 2005.

LOPES, E. F. S. et al. Educação em saúde: um desafio para a transformação da práxis no cuidado em enfermagem. **Revista HCPA**. v. 27, n. 2, p. 25-27, 2007.

LOPES, M. L. et al. Higienização das mãos na assistência de enfermagem ao paciente crítico em hospital universitário do Amazonas. **REVISA**, v. 9, n. 3, p. 375-381, 2020.

LUONGO, Jussara. **Gestão de Qualidade em Saúde**. Editora Rideel. 2011.

MACHADO, M. H. et al. Mercado de trabalho da enfermagem: aspectos gerais. **Revista Enfermagem em Foco**, v. 6 n. 1, p. 43-78, 2015.

MAGALHÃES, F. H. L. et al. Clima de segurança do paciente em um hospital de ensino. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v. 40, p. e20180272, 2019.

MARINHO, Monique Mendes. **Intervenções educativas de enfermagem: reflexos na cultura de segurança do paciente**. 2016. 233f. Tese (Doutorado em Enfermagem), Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Florianópolis, Santa Catarina, 2016.

MARRA, V. N; SETTE, M. L. **Guia curricular de segurança do paciente da Organização Mundial da Saúde: edição multiprofissional**. Rio de Janeiro: Autografia, 2016.

MARTINS, C. P.; LUZIO, C. A. Política HumanizaSUS: anclar la nave en el espacio. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. 60, pág. 13-22, 2017.

MARX, Karl. **Manuscritos econômico-filosóficos**. Lisboa: Edições 70, 1989.

MATSUBARA, M. G. S. et al. Estratégias de treinamento admissional da equipe de enfermagem de um câncer center durante a pandemia do COVID-19. **Revista Enfermagem em Foco**, v. 11, n. 2, p. 134-142, 2020.

MELLO, J. F.; BARBOSA, S. F. F. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem. **Texto, Contexto & Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 1124-1133, 2013.

MELLO, J. F.; BARBOSA, S. F. F. Cultura de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: perspectiva da equipe de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 19, p. 1-12, 2017.

MELLO, M. S.; OLIVEIRA, A. C. Challenges for adherence to bacterial resistance actions in large hospitals. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. 3, p. e20200510, 2022.

MENDES, A. W. et al. Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro. **Revista associação médica brasileira**, v. 59, n. 5, p. 421-428, 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 23 Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002

MINAYO, Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14ª ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINUZZI, A. P. et al. Contribuições da equipe de saúde visando à promoção da segurança do paciente no cuidado intensivo. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 1, p. 121-129, 2016.

MOREIRA, Martha Cristina Nunes. Imagens no espelho de Vênus: mulher, enfermagem e modernidade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 7, n. 1, p. 55-65, 1999.

MOREIRA, M. R. C. et al. Enfermagem na pandemia da COVID-19: análise de reportagens à luz da Teoria do Reconhecimento. **Enfermagem em Foco**, v. 11, n. 1, p. 116-123, 2020.

MOZACHI, Nelson. **O hospital: manual do ambiente hospitalar**. 3 ed. Curitiba: Os Autores, 2009.

NASCIMENTO, L. H. et al. Estratégias de retenção de profissionais de enfermagem nos hospitais: protocolo de *scoping review*. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 4, n. 22, p. 161-164, 2019.

NIEVA, V. F. SORRA, J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. **Quality & Safety Health Care**, v. 12, n. 2, p. ii17-ii23, 2003.

OLIVEIRA, J. L. C.; NICOLA, A. L.; SOUZA, A. E. B. R. Índice de treinamento de enfermagem enquanto indicador de qualidade de gestão de recursos humanos. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 4, n. 1, p. 181-188, 2014.

OLIVEIRA, C. M.; CRUZ, M. M. Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e desafios. **Saúde em Debate**, v. 39, p. 255-267, 2015.

OLIVEIRA, J. L.C. Mudanças gerenciais resultantes da Acreditação hospitalar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 25, p. e2851, 2017.

ORO, J. et al. Do trabalho prescrito ao trabalho real da enfermagem em unidades de internação de hospitais universitários federais. **Texto, Contexto & Enfermagem**, v. 28, p. e20170508, 2019.

PADILHA, M. I. C. S; VAGHETTI, H. H; BRODERSEN, G. Gênero e enfermagem: uma análise reflexiva. **Revista de Enfermagem UERJ**, v. 14, n. 2, p. 292-300, 2006.

PAIM, J. S; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, p. 73-78, 2006.

PAIVA, M. C. M.S. et al. Motivos da equipe de enfermagem para a notificação de eventos adversos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 5, p. 747-754, 2014.

PEREIRA, Afonso Celso et al. Iatrogenia em cardiologia. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 75, p. 75-78, 2000.

PEREIRA, Isabel Brasil. Dicionário da educação profissional em saúde. 2 ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

PERTILLE, F.; DONDÉ, L.; OLIVEIRA, M. C. B. Formação profissional de nível médio em enfermagem: desafios e estratégias de ensino. **Journal of Nursing and Health**, v. 10, n. 5, 2020.

PIRES, J. C. S.; MACÊDO, K. B. Cultura organizacional em organizações públicas no Brasil. **Revista de administração pública**, v. 40, n. 1, p. 81-104, 2006.

PORTO, F.; AMORIN, W. **História da Enfermagem. Identidade, profissionalização e símbolos**. São Paulo: Yendis Editora, 2010.

PRATES, C. G; STADŃIK, C. M. **Segurança do Paciente, Gestão de Riscos e Controle de Infecções Hospitalares**. 1ª ed. Porto Alegre: Moriá, 2017.

PRATES, C. G. et al. Cultura de segurança do paciente na percepção dos profissionais de saúde: pesquisa de métodos mistos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 42, p. e20200418, 2021.

QUINTO NETO, Antônio. Segurança dos pacientes, profissionais e organizações: um novo padrão de assistência à saúde. **Revista de Administração em Saúde**, v. 8, n. 33, p. 153-158, 2006.

REIS, C. T.; MARTINS, M.; LAGUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde – um olhar sobre a literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 7, p. 2029-2036, 2013.

REIS, Gislene Aparecida Xavier. **Segurança do paciente na perspectiva de enfermeiros gestores**. 2016. 103f. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem), Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2016.

REIS, G. A. X. et al. Dificuldades para implantar estratégias de segurança do paciente: perspectivas de enfermeiros gestores. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, p. e20180366, 2019.

RENOVATO, Rogério Dias et al. As identidades dos enfermeiros em cenários de mudanças curriculares no ensino da enfermagem. **Trabalho Educação e Saúde**, v. 7 n. 2, p. 231-248, 2009.

RICALDONI, C. A. C; SENA, R. R. Educação permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 6, p. 837-842, 2006.

RIGOBELLO, M. C. G. et al. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 5, p. 728-735, 2012.

SALUM, N. C.; PRADO, M. L. A educação permanente no desenvolvimento de competências dos profissionais de enfermagem. **Texto Contexto & Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 301-308, 2014.

SANTAELLA, Lucia. **Cultura e artes do pós – humano: da cultura das mídias a cibercultura**. São Paulo: Paulus, 2003.

SANTANA, B. S. et al. Interrupções no trabalho da enfermagem como fator de risco para erros de medicação. **Avances en Enfermería**, v. 37, n. 1, p. 56-64, 2019.

SANTOS, José Luiz. **O que é cultura**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1983.

SARDINHA, L. et al. Educación permanente, continuada y de servicio: desvelando sus conceptos. **Enfermería global**, v. 12, n. 29, p. 307-322, 2013.

SAVIANI, Dermeval. Trabalho e educação: fundamentos ontológicos e históricos. **Revista Brasileira de Educação**, v. 12 n. 34, p. 152-165, 2007.

SCHUH, Laísa Xavier. **Atitudes e percepções dos profissionais de enfermagem: um estudo sobre a cultura de segurança do paciente em unidades de emergência**. 2016. 120f. Dissertação (Mestrado em Promoção da Saúde), Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2016.

SEVERO, José Leonardo Rolim de Lima. Educação não escolar como campo de práticas pedagógicas. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**, v. 96, n. 244, p. 561-576, 2015.

SHIN, Marlena H. et al. Tailoring an educational program on the AHRQ Patient Safety Indicators to meet stakeholder needs: lessons learned in the VA. **BMC Health Services Research**, v. 18, n. 1, p. 1-12, 2018.

SILVA, R. C. et al. O papel do enfermeiro como educador e pesquisador, e a integração entre prática baseada em evidências e educação permanente. **Percursos Acadêmicos**, v. 5, n. 10, p. 417-430, 2015.

SILVA, A. T. et al. Assistência de enfermagem e o enfoque da segurança do paciente no cenário brasileiro. **Saúde Debate**, v. 40, n. 111, p. 292-301, 2016.

SILVA, A. E. B. C. et al. Evaluation of the patient safety climate in hospitalization units: a cross-sectional study. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 53, p. e03500, 2019.

SILVA, M. C. N.; MACHADO, M. H. Sistema de saúde e trabalho: desafios para a enfermagem no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 7-13, 2020.

SILVA, R.; JACINTO, R. R. S.; PEREIRA, R. G. Formação pedagógica na enfermagem: reflexão para a prática. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**, v. 15, p. e9080-e9080, 2021

SIMAN, A. G.; BRITO, M. J. M. Mudanças na prática de enfermagem para melhorar a segurança do paciente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, p. e68271, 2016.

SIMAN, A. G.; CUNHA, S. G. S.; BRITO, M. J. M. The practice of reporting adverse events in a teaching hospital. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, p. e03243, 2017.

SIMAN, A. G. et al. Practice challenges in patient safety. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, p. 1504-1511, 2019.

SIMAN, A. G. et al. Medication error: conceptions and behaviors of the nursing team members/Erro de medicação: concepções e conduta da equipe de enfermagem. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 13, p. 109-116, 2021.

SOUSA, P.; MENDES, W. **Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. Rio de Janeiro: EaD/ENSP, 2014.

SOUZA, L. P. S. et al. Os desafios do recém-graduado em Enfermagem no mundo do trabalho. **Revista Cubana de Enfermería**, v. 30, n. 1, p. 1-17, 2014a.

SOUZA, R. F. F.; SILVA, L. D. Estudo exploratório das iniciativas acerca da segurança do paciente em hospitais do Rio de Janeiro. **Revista de Enfermagem UERJ**, v. 22, n. 1, p. 22-28, 2014b.

SOUZA, N. V. D. O. et al. Trabalho de enfermagem na pandemia da covid-19 e repercussões para a saúde mental dos trabalhadores. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 42, n. 1, p. e20200222, 2021.

STORM, M.; SCHULZ, J.; AASE, K. Patient safety in transitional care of the elderly: effects of a quasi-experimental interorganisational educational intervention. **BMJ Open**, v. 8, p. e017852, 2018.

TASE, T. H. et al. Identificação do paciente nas organizações de saúde: uma reflexão emergente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, n. 2, p. 196-200, 2013.

TEIXEIRA, C. F. S. et al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid- 19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 9, p. 3465-3474, 2020.

TERRA, J. D. R. BERSANETI, F. T. Acreditação hospitalar e seus impactos nas boas práticas em serviços da saúde. **O Mundo da Saúde**, v.41, n.1, p.11-17, São Paulo, 2017.

TRAD, Leny Bomfim. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VIEIRA, M.; CHINELLI, F. Relação contemporânea entre trabalho, qualificação e reconhecimento: repercussões sobre os trabalhadores técnicos do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 1591-1600, 2013.

WANDERLEI, P. N; MONTAGNA, E. Formulation, implementation and evaluation of a distance course for accreditation in patient safety. **Einstein**, v. 16, n. 2, p. eGS4316, 2018.

WEGNER W. et al. Education for culture of patient safety: Implications to professional training. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 3, p. e20160068, 2016.

WERMELINGER, M. C .M .W. et al. A formação do técnico em enfermagem: perfil de qualificação. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 67-78, 2020.

WESTBROOK, J. I. et al. Effectiveness of a ‘Do not interrupt’ bundled intervention to reduce interruptions during medication administration: a cluster randomised controlled feasibility study. **BMJ quality & safety**, v. 26, n. 9, p. 734-742, 2017.

WONG, S. Y. et al. Effectiveness of customised safety intervention programmes to increase the safety culture of hospital staff. **BMJ open quality**, v. 10, n. 4, p. e000962, 2021.

WHO. World Health Organization. **Global Priorities for Patient Safety Research**. Better knowledge for safer care. Geneva: World Health Organization, 2009.

WHO. World Health Organization. **Patient safety curriculum guide: multi-professional edition**. World Health Organization, 2011.

WHO. World Health Organization. **World Alliance for Patient Safety**. Forward Programme 2008-2009 [Internet]. Geneva, 2008. Disponível em:
http://www.who.int/patientsafety/information_centre/reports/Alliance_Forward_Programme_2008.pdf

URBANETTO, J.S.; GERHARDT, L. M. Segurança do paciente na tríade assistência ensino pesquisa. **Revista gaúcha de enfermagem**, v. 34, p. 8-9, 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE PARA A PROMOÇÃO DE UMA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: UM ESTUDO DE CASO

Prezado senhor/Prezada senhora

O/A senhor/a está sendo convidado/a para participar como voluntário do projeto de pesquisa intitulado PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE PARA A PROMOÇÃO DE UMA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: UM ESTUDO DE CASO. Esse projeto é desenvolvido por uma enfermeira, doutoranda em Educação e seu orientador, professor do Doutorado em Educação da Universidade de Santa Cruz do Sul/UNISC, e é importante porque pretende descrever e analisar as práticas educativas desenvolvidas em uma instituição hospitalar para a promoção da cultura de segurança do paciente, segundo profissionais de enfermagem, e compreender como estas refletem no dia a dia do trabalho de cuidado, segundo estes mesmos profissionais. Para que isso se concretize, o senhor/a senhora será contatado/a pelos pesquisadores para participar de **Grupo Focal (GF)** que irá acontecer em dois momentos com duração média de 1h30min, em sala própria da instituição pesquisada. Os encontros serão gravados para posterior transcrição e análise de conteúdo. Nessa condição, é possível que alguns desconfortos aconteçam como é o caso, por exemplo, de desconforto emocional/psicológico ao recordar algum atendimento ou situação vivenciada no seu trabalho e que possua relação com as questões trabalhadas no Grupo Focal (GF). Também, podem ocorrer constrangimentos por parte dos participantes do Grupo Focal (GF) ao exporem situações vivenciadas no trabalho. Nesse caso, por meio de uma escuta atenta e do diálogo com o participante, buscar-se-á uma solução e chegar a um acordo a respeito da sua possibilidade de continuar. Ainda, quando necessário, poderá ser encaminhado a um profissional especializado para o atendimento no serviço de saúde da rede municipal. Por outro lado, se o senhor/a senhora aceitar participar dessa pesquisa, benefícios futuros para a área da educação em saúde poderão acontecer, tais como: compreender as relações entre aspectos da educação, cultura de Segurança do Paciente e o trabalho de profissionais de enfermagem da instituição hospitalar e produzir evidências científicas que possam subsidiar ações educativas em instituições hospitalares em relação ao cuidado de saúde e o fortalecimento da Cultura de Segurança do Paciente. Para participar dessa pesquisa o senhor/a senhora não terá nenhuma despesa com transporte, alimentação, exames, materiais a serem utilizados ou despesas de qualquer outra natureza.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____ declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado/a, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa e dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados. Ademais, declaro que, quando for o caso, autorizo a utilização de minha imagem e voz de forma gratuita pelo pesquisador, em quaisquer meios de comunicação, para fins de publicação e divulgação da pesquisa, desde que eu não possa ser identificado através desses instrumentos (imagem e voz).

Fui, igualmente, informado/a:

- a) da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- b) da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação de meu cuidado e tratamento;
- c) da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;
- d) do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;
- e) da disponibilidade de tratamento médico e indenização, conforme estabelece a legislação, caso existam danos a minha saúde, diretamente causados por esta pesquisa; e,
- f) de que se existirem gastos para minha participação nessa pesquisa, esses serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

O pesquisador responsável por este Projeto de Pesquisa é Laísa Xavier Schuh (Fone 51 - 996757515).

O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário da pesquisa ou seu representante legal e outra com o pesquisador responsável.

O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento, através do telefone: (051) 3717- 7680.

Local: Santa Cruz do Sul/RS.

Data ___ / ___ / ____

Nome e assinatura voluntário
legal, quando for o caso

Nome e assinatura do responsável
pela obtenção do presente

Nome e assinatura do responsável
consentimento

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE PARA A PROMOÇÃO DE UMA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: UM ESTUDO DE CASO

Prezado senhor/Prezada senhora

O/A senhor/a está sendo convidado/a para participar como voluntário do projeto de pesquisa intitulado PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE PARA A PROMOÇÃO DE UMA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: UM ESTUDO DE CASO. Esse projeto é desenvolvido por uma enfermeira, doutoranda em Educação e seu orientador, professor do Doutorado em Educação da Universidade de Santa Cruz do Sul/UNISC, e é importante porque pretende descrever e analisar as práticas educativas desenvolvidas em uma instituição hospitalar para a promoção da cultura de segurança do paciente, segundo profissionais de enfermagem, e compreender como estas refletem no dia a dia do trabalho de cuidado, segundo estes mesmos profissionais. Para que isso se concretize, o senhor/a senhora será contatado/a pelos pesquisadores para participar de uma **entrevista individual**. A entrevista será gravada para posterior transcrição e análise de conteúdo. Nessa condição, é possível que alguns desconfortos aconteçam como é o caso, por exemplo, de desconforto emocional/psicológico ao recordar algum atendimento ou situação vivenciada no seu trabalho e que possua relação com as questões da entrevista. Também, podem ocorrer constrangimentos ao exporem situações vivenciadas no trabalho. Nesse caso, por meio de uma escuta atenta e do diálogo com o participante, buscar-se-á uma solução e chegar a um acordo a respeito da sua possibilidade de continuar. Ainda, quando necessário, poderá ser encaminhado a um profissional especializado para o atendimento no serviço de saúde da rede municipal. Por outro lado, se o senhor/a senhora aceitar participar dessa pesquisa, benefícios futuros para a área da educação em saúde poderão acontecer, tais como: compreender as relações entre aspectos da educação, cultura de Segurança do Paciente e o trabalho de profissionais de enfermagem da instituição hospitalar e produzir evidências científicas que possam subsidiar ações educativas em instituições hospitalares em relação ao cuidado de saúde e o fortalecimento da Cultura de Segurança do Paciente. Para participar dessa pesquisa o senhor/a senhora não terá nenhuma despesa com transporte, alimentação, exames, materiais a serem utilizados ou despesas de qualquer outra natureza.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____ declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado/a, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa e dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados. Ademais, declaro que, quando for o caso, autorizo a utilização de minha imagem e voz de forma gratuita pelo pesquisador, em quaisquer meios de comunicação, para fins de publicação e divulgação da pesquisa, desde que eu não possa ser identificado através desses instrumentos (imagem e voz).

Fui, igualmente, informado/a:

- a) da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- b) da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação de meu cuidado e tratamento;
- c) da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;
- d) do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;
- e) da disponibilidade de tratamento médico e indenização, conforme estabelece a legislação, caso existam danos a minha saúde, diretamente causados por esta pesquisa; e,
- f) de que se existirem gastos para minha participação nessa pesquisa, esses serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

O pesquisador responsável por este Projeto de Pesquisa é Laísa Xavier Schuh (Fone 51 - 996757515).

O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário da pesquisa ou seu representante legal e outra com o pesquisador responsável.

O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento, através do telefone: (051) 3717- 7680.

Local: Santa Cruz do Sul/RS.

Data ___ / ___ / ____

Nome e assinatura voluntário
legal, quando for o caso

Nome e assinatura do responsável
pela obtenção do presente

Nome e assinatura do responsável
consentimento

APÊNDICE C - GUIAS TEMÁTICOS PARA O GRUPO FOCAL

1º Encontro: O que é Cultura de Segurança do Paciente para vocês? Quais são as práticas educativas desenvolvidas por esta instituição para a promoção da cultura de segurança do paciente?

2º Encontro: Como as ações educativas voltadas para a segurança do paciente realizadas nesta instituição refletem no dia a dia de trabalho de vocês?

APÊNDICE D - ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS**TÉCNICO(A) DE ENFERMAGEM****A) Sobre você:**

Gênero: () Feminino () Masculino

Idade: _____anos. Ano de formação: _____

Realiza alguma graduação no momento? () Sim () Não Qual? _____

Setor em que atua: _____ Turno: _____

Atua em outra instituição? () Sim () Não Turno: _____

Carga horária total de trabalho, incluindo todos os vínculos empregatícios: _____

Há quanto tempo você trabalha na sua profissão? _____

Há quanto tempo você trabalha nesta instituição? _____

B) Sobre a instituição em que atua e as ações educativas sobre segurança do paciente:

1- Você conhece o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)? Qual a sua opinião sobre ele?

2- Na sua avaliação, como vem sendo trabalhado na instituição o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)?

3- Quando algum profissional comete um incidente, como isso é trabalhado dentro da instituição?

4- O enfermeiro da sua unidade de trabalho desenvolve alguma formação para e com a equipe em que trabalham no ambiente de trabalho, sobre segurança do paciente? Poderia me explicar quais e como?

5 - Como as ações educativas sobre segurança do paciente realizadas nesta instituição refletem no dia a dia de trabalho?

6 - O que é para você cultura de segurança do paciente?

7 - Quais são, na sua opinião, as dificuldades para uma melhor implantação de uma cultura da segurança do paciente?

8 - Quais os novos desafios para a segurança do paciente trazidos pela COVID-19?

Por favor, sinta-se à vontade para escrever qualquer comentário sobre segurança de paciente, erro ou relato de eventos no seu hospital.

Obrigada pela sua participação.

ENFERMEIRO(A) ASSISTENCIAL E/OU GERENCIAL

A) Sobre você:

Gênero: () Feminino () Masculino Idade: _____ anos. Ano de formação: _____

Realiza alguma pós-graduação no momento? () Sim () Não Qual? _____

Setor em que atua: _____ Turno: _____

Atua em outra instituição? () Sim () Não Turno: _____

Carga horária total de trabalho, incluindo todos os vínculos empregatícios: _____

Há quanto tempo você trabalha na sua profissão? _____

Há quanto tempo você trabalha nesta instituição? _____

B) Sobre a instituição em que atua e as ações educativas sobre segurança do paciente:

1- Você conhece o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)? Qual a sua opinião sobre ele?

2 - Na sua avaliação, como vêm sendo trabalhado na instituição o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)?

- 4- Você, enfermeira (o), desenvolve alguma prática educativa com a equipe multiprofissional em que atua? Quais são as práticas desenvolvidas?
- 5- Você recebe apoio da instituição o para desenvolver essas ações educativas?
- 6- Como as ações educativas realizadas nesta instituição refletem no dia a dia de trabalho?
- 7 - Quando algum profissional comete um incidente, como isso é trabalhado dentro da instituição?
- 8 - O que é para você cultura de segurança do paciente?
- 9 - Quais são, na sua opinião, as dificuldades para uma melhor implantação de uma cultura da segurança do paciente?
- 10 - Quais os novos desafios para a segurança do paciente trazidos pela COVID-19?

Por favor, sinta-se à vontade para escrever qualquer comentário sobre segurança de paciente, erro ou relato de eventos no seu hospital.

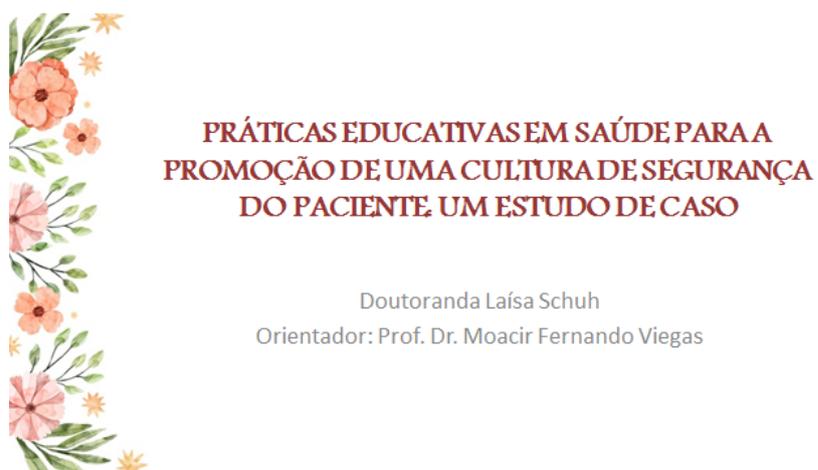
Obrigada pela sua participação.

APÊNDICE E – SLIDES USADOS NO GRUPO FOCAL (GF)

SLIDE 01:



SLIDE 02:



SLIDE 03:



SLIDE 04:



PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE PARA A PROMOÇÃO DE UMA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE. UM ESTUDO DE CASO

Pesquisa do tipo estudo de caso com enfoque qualitativo.

O **tema** desta proposta de pesquisa são as práticas de educação em saúde para promoção da cultura de segurança do paciente desenvolvidas em uma instituição hospitalar.

O **objetivo geral** da pesquisa é descrever e analisar as práticas educativas desenvolvidas em uma instituição hospitalar para a promoção da cultura de segurança do paciente, segundo profissionais de enfermagem, e compreender como estas refletem no dia a dia do trabalho de cuidado, segundo estes mesmos profissionais.

Objetivos específicos:

- Aprender como os profissionais de enfermagem *experenciam* e compreendem as ações educativas desenvolvidas pela instituição hospitalar para a promoção da cultura de segurança do paciente.
- Compreender relações entre aspectos da educação, cultura de Segurança do Paciente e o trabalho de profissionais de enfermagem da instituição hospitalar.
- Produzir evidências científicas que possam subsidiar ações educativas em instituições hospitalares em relação ao cuidado de saúde e o fortalecimento da Cultura de Segurança do Paciente.

SLIDE 05:



COMO ESTA PESQUISA VAI ACONTECER?

1º MOMENTO

Grupo Focal (GF)
27/11/2020
Local: HSC

14h Téc. de Enfermagem
16h Enfermeiros

Assinatura TCLE
Gravação

2º MOMENTO

Grupo Focal (GF)
04/12/2020
Local: HSC

14h Téc. de Enfermagem
16h Enfermeiros

3º MOMENTO

Entrevista individual
Local: HSC ou
GoogleMeet.

Assinatura TCLE

SLIDE 06:



QUEM SÃO VOCÊS?

SLIDE 07:



O que é cultura de segurança do paciente para vocês?

SLIDE 08:



Quais são as práticas educativas desenvolvidas por esta instituição para a promoção da cultura de segurança do paciente?

SLIDE 09:



Como as ações educativas voltadas para a segurança do paciente realizadas nesta instituição refletem no dia a dia de trabalho de vocês?

SLIDE 10:



Obrigada!

E-mail: lala_schuh@hotmail.com

Telefone: (51)996757515

APÊNDICE F – TÉCNICA EXPLOSÃO DE IDEIAS

Fotografia 1



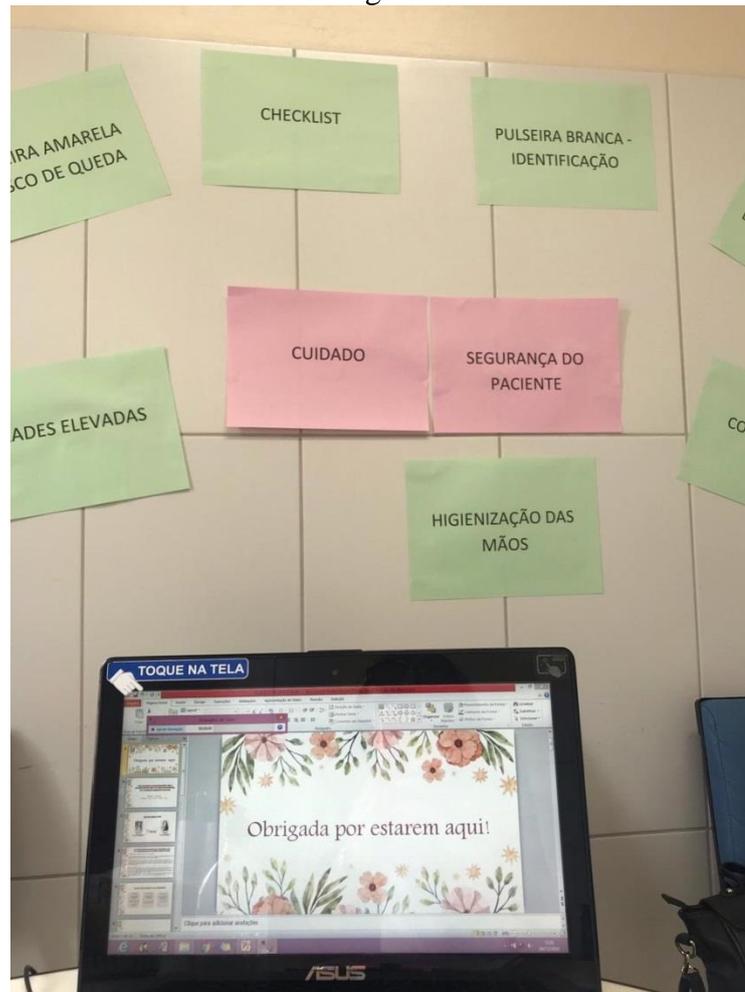
Fonte: Registro da autora.

Fotografia 2



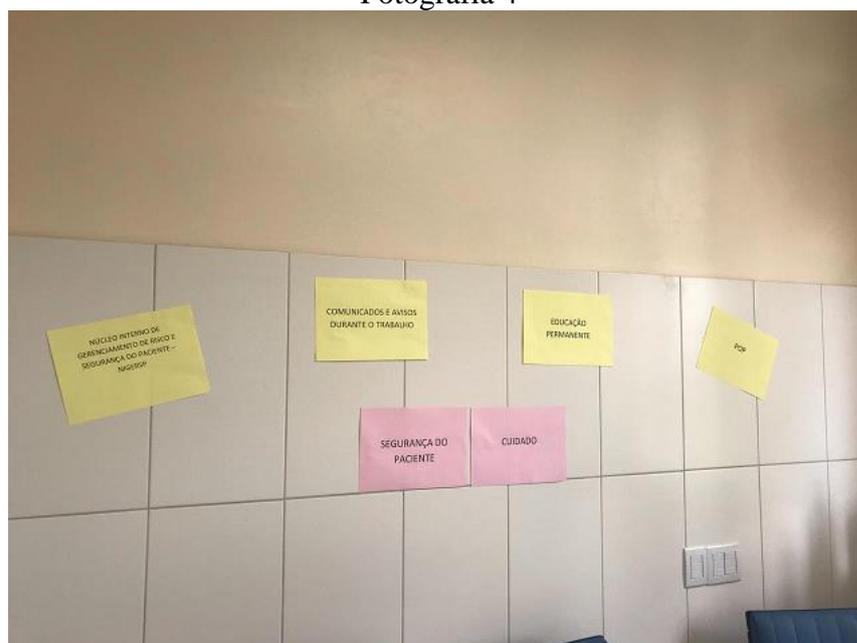
Fonte: Registro da autora.

Fotografia 3



Fonte: Registro da autora.

Fotografia 4



Fonte: Registro da autora.