

Dificuldades para implantar estratégias de segurança do paciente: perspectivas de enfermeiros gestores

Difficulties to implement patient safety strategies: perspectives of management nurses

Dificultades para implantar estrategias de seguridad del paciente: perspectivas de enfermeiros

Gislene Aparecida Xavier dos Reis^a
 João Lucas Campos Oliveira^b
 Andressa Martins Dias Ferreira^c
 Dagmar Wilamowius Vituri^d
 Sonia Silva Marcon^c
 Laura Misue Matsuda^c

Como citar este artigo:

Reis GAX, Oliveira JLC, Ferreira AMD, Vituri DW, Marcon SS, Matsuda LM. Dificuldades para implantar estratégias de segurança do paciente: perspectivas de enfermeiros gestores. Rev Gaúcha Enferm. 2019;40(esp):e20180366. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180366>.

RESUMO

Objetivo: Compreender as dificuldades para implantação de estratégias de segurança do paciente no ambiente hospitalar na perspectiva de enfermeiros gestores.

Métodos: Estudo descritivo, exploratório, qualitativo, realizado em quatro hospitais universitários públicos, utilizando roteiro de entrevista semiestruturada, em janeiro a março de 2015. Amostra composta por 72 enfermeiros. Realizada análise de conteúdo, na modalidade temática.

Resultados: Identificaram-se as seguintes categorias: Dimensionamento do pessoal de enfermagem inadequado; Falha no apoio da alta direção: das políticas às ações concretas e; Déficit de adesão dos profissionais às estratégias de segurança do paciente.

Conclusões: Para que a instituição obtenha êxito na implantação de estratégias de segurança do paciente faz-se necessário a instituição contar com serviço de educação continuada e permanente, sensibilizar e envolver desde a alta gestão aos colaboradores da linha de frente.

Palavras-chave: Segurança do paciente. Enfermagem. Gestor de saúde. Gerenciamento de riscos.

ABSTRACT

Objective: To understand the difficulties to implement patient safety strategies in the hospital environment from the perspective of nurse managers.

Methods: Descriptive, exploratory and qualitative study, carried out in four public university hospitals, using a semi-structured interview script, from January to March 2015. The sample was of 72 nurses. Content analysis was carried out, in the thematic modality.

Results: The following categories were identified: Inadequate sizing of nursing staff; Lack of support of the top management: from policies to concrete actions and; Lack of adherence of the professionals to patient safety strategies.

Conclusions: In order for the institution to succeed in the implementation of patient safety strategies, it is necessary to have a continuous and permanent education policy, to raise awareness and to involve professionals from the top management to the front line employees.

Keywords: Patient safety. Nursing. Health manager. Risk management.

RESUMEN

Objetivo: Comprender las dificultades para la implantación de estrategias de seguridad del paciente en el ambiente hospitalario en la perspectiva de enfermeros gestores.

Métodos: Estudio descriptivo, exploratorio, cualitativo, realizado en cuatro hospitales universitarios públicos, utilizando guión de entrevista semiestruturada, en enero a marzo de 2015. Muestra compuesta por 72 enfermeros. Realizado análisis de contenido, en la modalidad temática.

Resultados: Se identificaron las siguientes categorías: Dimensionamiento del personal de enfermería inadecuado; Fallo en el apoyo de la alta dirección: de las políticas a las acciones concretas y; Déficit de adhesión de los profesionales a las estrategias de seguridad del paciente.

Conclusiones: Para que la institución obtenga éxito en la implantación de estrategias de seguridad del paciente se hace necesario la institución contar con servicio de educación continua y permanente, sensibilizar e involucrar desde la alta gestión a los colaboradores de la línea de frente.

Palabras clave: Seguridad del paciente. Enfermería. Gestor de salud. Gestión de riesgos.

^a Hospital Santa Casa de Maringá, Gerenciamento de Riscos e Protocolos Clínicos. Maringá, Paraná, Brasil.

^b Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Faculdade de Enfermagem. Cuiabá, Mato Grosso, Brasil.

^c Universidade Estadual de Maringá (UEM), Departamento de Pós-Graduação em Enfermagem. Maringá, Paraná, Brasil.

^d Hospital Universitário de Londrina, Núcleo Interno de Regulação de Leitos. Londrina, Paraná, Brasil.

INTRODUÇÃO

Ao longo da história, ainda que indiretamente, a segurança do paciente tem sido elencada como um requisito mínimo para a qualidade do cuidado, como expôs Hipócrates há mais de dois mil anos quando enunciou: “*primun non nocere*”, ou seja, “primeiro não ferir”⁽¹⁾. Posteriormente, outro marco é reforçado por Florence Nightingale ao anunciar “pode parecer um princípio estranho anunciar como requisito básico, e em um hospital, que não se deve causar dano ao doente”⁽²⁾. Dessa forma, é possível notar inquietude histórica quanto ao atendimento (in) seguro prestado ao paciente.

Em 1999 foi publicado nos Estados Unidos da América (EUA) o relatório “Error é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro”, no qual identificou que entre 44 a 98 mil mortes eram decorrentes de falha na assistência, constituindo-se um marco para início do movimento mundial em prol da segurança do paciente⁽³⁾.

No Brasil, a Portaria nº 529/2013 do Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), com intuito de promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente⁽⁴⁾. Nesta mesma direção a Resolução Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, também de 2013 estabelece ações concretas para promoção do cuidado seguro, a saber: identificação correta do paciente; comunicação efetiva entre os profissionais de saúde; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; cirurgia segura; higienização das mãos para prevenir infecções; prevenção de lesão por pressão e quedas⁽⁵⁾.

A implantação destas ações constitui condição mínima para buscar o avanço na assistência segura⁽⁴⁾. Todavia, a existência de barreiras organizacionais e individuais ainda é uma realidade para a concretude das mesmas⁽⁵⁾ e tem contribuído para o crescente número de eventos adversos ocasionados pela comunicação ineficaz, baixa adesão à identificação do paciente; ausência no cumprimento de protocolos de prevenção; erros na administração de medicamentos⁽⁶⁾. Em revisão retrospectiva de 1574 internações na República da Irlanda, identificou-se prevalência de eventos adversos em 12,2% das internações, com uma incidência de 10,3 eventos por cada 100 internações, sendo que mais de 70% dos eventos foram considerados evitáveis. Além disso, 9,9% dos eventos causaram danos permanentes e 6,7% contribuíram para o óbito. Tais eventos aumentaram 6,1 dias o tempo de internação, o que representa um custo de 5550 euros por evento⁽⁷⁾.

Neste contexto e uma vez reconhecida à necessidade de superar as barreiras que impedem ou minimizam o efeito das ações de segurança do paciente, parte-se do pres-

suposto de que conhecer as dificuldades que permeiam a implantação de tais estratégias pode ser um início profícuo a incrementar o seu (re) planejamento e implantação das mesmas com foco no cuidado seguro, o que justifica a execução de investigações com foco nesta temática. Neste escopo, emerge a importância do enfermeiro, já que o papel deste profissional transcende a assistência direta rumo à gestão do cuidado. Portanto, o enfermeiro é um ator estratégico na implantação das diretrizes em pauta⁽⁵⁻⁷⁾.

Com base no exposto, este estudo se pauta na indagação: quais são as principais dificuldades à implantação das estratégias de segurança do paciente, referidas por enfermeiros gestores? Já o objetivo consiste em, compreender as dificuldades para implantação de estratégias de segurança do paciente no ambiente hospitalar na perspectiva de enfermeiros gestores.

CAMINHO METODOLÓGICO

Este artigo originou-se da dissertação intitulada “Segurança do paciente na perspectiva de enfermeiros gestores”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá⁽⁸⁾.

Estudo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa, realizado com enfermeiros gestores, atuantes em quatro hospitais universitários públicos, situados no estado do Paraná.

Cabe mencionar que a pesquisa descritiva possibilita descrever as características de determinada população ou fenômeno, investigar opiniões, atitudes, crenças e, também, descobrir a existência de associações entre as variáveis estudadas⁽⁹⁾. Em complementaridade, a pesquisa exploratória possibilita ao pesquisador formular problemas mais precisos ou criar hipóteses que possam ser investigadas futuramente⁽⁹⁾.

O cenário deste estudo foi composto por quatro organizações hospitalares, que neste estudo foram denominadas de Hospital I, Hospital II, Hospital III e Hospital IV. Sendo o primeiro localizado na região Leste do Estado, de nível federal, e conta com 406 leitos. O segundo, situado na região Norte do Estado, de nível estadual, e possui 313 leitos. O Hospital III situa-se na região Noroeste do Estado, de nível estadual, e conta 123 leitos. Por fim, o Hospital IV, localizado na região Oeste do Estado, também de nível estadual, e possui 195 leitos.

Os participantes da pesquisa foram enfermeiros que não executavam atividades diretas de assistência ao paciente, denominados de “enfermeiros gestores” e que aceitaram participar do estudo. Cabe mencionar que houve intencionalidade por abordar enfermeiros de cargos ge-

renciais, pois estes são os responsáveis pela execução de metas organizacionais, a exemplo da implantação das estratégias de segurança em estudo⁽⁸⁾.

Os critérios de inclusão foram atuar há mais de um ano na instituição e ocupar cargo atual há pelos menos seis meses. Já os de exclusão, os que não puderam participar do estudo, os que se negaram a participar do estudo e os que estavam de atestado médico ou férias.

Os dados foram coletados entre janeiro a março de 2015 através de uma entrevista semiestruturada gravada, a saber: Fale-me sobre as dificuldades na implantação das estratégias de segurança do paciente neste hospital.

Posteriormente às entrevistas, os dados foram transcritos na íntegra e, em seguida, procedeu-se ao tratamento e à análise dos dados, manualmente, por meio da técnica de Análise de Conteúdo, modalidade temática⁽⁹⁾.

Na pré-análise foi realizada leitura superficial/flutuante de cada entrevista, com destaque para os pontos de interesse, seguida de leituras minuciosas e exaustivas de todo o material, com codificação das mensagens existentes nos textos⁽⁹⁾. Ressalta-se que os excertos dos relatos foram editados no sentido de corrigir erros gramaticais sem, no entanto, alterar o conteúdo dos mesmos.

Para preservar a identificação dos participantes, os excertos foram codificados pela letra "E" de "Entrevista", seguida de um número arábico indicativo da ordem cronológica de realização da entrevista e da letra "H", de o "Hospital" onde a entrevista se realizou identificado aleatoriamente de 1 a 4.

Este estudo que faz parte de um projeto maior, intitulado "Gestão em Saúde/Enfermagem: Qualidade e Segurança do Paciente em Hospitais Universitários", foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, da Universidade Estadual de Maringá e recebeu parecer favorável sob número 1.158.794. Cumpre citar que os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido após terem sido informados sobre os objetivos da pesquisa.

■ RESULTADOS

Participaram do estudo 72 enfermeiros. Sendo 19 (26,4%) do H1; 28 (39%) no H2; 11 (15,2%) H3 e; 14 (19,4%) do H4. Em todos os hospitais, houve maior prevalência do sexo feminino (H1= 94,7%; H2= 92,9%; H3=82%; H4=86%). Com relação à faixa etária, 47,3% (n=19) dos enfermeiros gestores do H1 tinham entre 50 a 59 anos; 42,8% (n=12) do H2, e 63,7% (n=11) do H3 tinham respectivamente entre 40 a 49 anos. No H4, 71,4% (n=10) dos enfermeiros tinham entre 30 a 39 anos.

A partir da análise do conteúdo dos dados, emergiram três categorias que refletem as dificuldades à implantação das estratégias de segurança do paciente, a saber: *Dimensionamento do pessoal de enfermagem inadequado; Falha no apoio da alta direção: das políticas às ações concretas e; Déficit de adesão dos profissionais às estratégias de segurança do paciente.*

Dimensionamento do pessoal de enfermagem inadequado

Os participantes do estudo relataram como uma das barreiras para implantar as metas de segurança do paciente, o dimensionamento de enfermagem inadequado, conforme se nota nos *verbatim*s:

[...] a falta de funcionários na equipe de enfermagem é uma dificuldade muito importante. Não conseguimos avançar com a implantação das metas [de segurança do paciente] (E2H1).

[...] precisamos de mais profissionais de enfermagem para conseguir trabalhar com mais qualidade e segurança (E21H2).

[...] o dimensionamento reduzido da equipe de enfermagem dificulta a implantação [das estratégias de segurança do paciente] (E4H1).

A escassez de recursos humanos afeta a qualidade do serviço que queremos prestar (E5H4).

Os enfermeiros gestores foram enfáticos ao descrever claramente que a insuficiência de trabalhadores, em especial da equipe de enfermagem, é um ponto chave que dificulta o cuidado seguro e qualificado, por conseguinte, a implantação das estratégias de segurança do paciente:

O grande empecilho, obstáculo que temos [para implantação das estratégias de segurança do paciente] é a restrição do número de servidores, pois são muitos atendimentos, procedimentos, pacientes com grau de complexidade elevado e número reduzido de profissionais da enfermagem para atender (E11H3).

Seria muito melhor para o paciente se tivessem mais profissionais para cuidar dele (...) ele ficaria mais seguro (E9H2).

[...] acho que a grande barreira para tudo é a falta de mão de obra porque daí, todo mundo fica sobrecarregado e

não temos tempo para prestar assistência de melhor qualidade (E1H3).

O descontentamento dos enfermeiros gestores com o dimensionamento do pessoal da enfermagem refletiu nas dificuldades à implantação das estratégias de segurança do paciente.

Falha no apoio da alta direção: das políticas às ações concretas

Outro aspecto citado pelos enfermeiros gestores em estudos em relação às dificuldades para implantação de práticas seguras diz respeito à falta ou até mesmo ausência de apoio da alta direção:

A Direção do hospital precisa estar envolvida, caso contrário não haverá avanços nas questões de segurança [ao paciente] (E2H1).

A falta de estímulo da alta gestão é uma dificuldade para implantar as estratégias de segurança do paciente (E2H4).

Falta estímulo pessoal e coletivo para os colaboradores, sinto-me sozinha em tudo que planejo, não temos apoio da direção (E8H3).

A questão [dificuldade] mais forte, em minha opinião, é que o Administrador [do hospital] deve priorizar essas ações e estratégias [de segurança do paciente], para que o grupo obtenha sucesso em suas ações (E4H3).

Incutida nessa categoria temática, também foi mencionada a ausência de uma política institucional preocupada com a segurança do paciente, a qual deve iniciar pela alta direção da instituição, como descritos a seguir:

[...] sinto falta de uma política voltada para a segurança [do paciente], falta isso aqui dentro [do hospital] (E11H2).

O que dificultou [a implantação de estratégias de segurança do paciente] foi essa questão de não existir uma política de qualidade e de segurança na instituição. Isso nos dá a impressão que a busca pela qualidade e segurança do paciente é porque tal pessoa quer. Os demais [colaboradores] não conseguem entender que deve ser preocupação institucional (E11H2).

Na sequência, os enfermeiros gestores referiram inclusive que o apoio deficitário da administração central dos

hospitais interferiu na disseminação do cuidado seguro, e na implementação de ações concretas voltadas à segurança do paciente:

Além da resistência dos servidores, talvez a resistência da Direção também. A falta de valorização desse serviço [Núcleo de Segurança do Paciente], das funções que essas pessoas desempenham (E3H4).

[...] outra questão é quando a Direção não assume aquilo [ações de segurança do paciente] como uma estratégia necessária, isso dificulta a implantação das estratégias [de segurança do paciente] (E7H4).

[...] a maior dificuldade é a Direção não definir quem faz o quê, pois a falta de determinação das funções de cada liderança [para implantar as ações de segurança do paciente] acarreta na sobrecarga do profissional e dificulta o atendimento ao paciente com qualidade (E10H4).

Os relatos expostos nesta categoria mostram a importância do envolvimento e direcionamento da administração central para o sucesso da implantação de estratégias voltadas a para promoção do cuidado seguro. Ademais, os enfermeiros vão além, referindo que a adesão do pessoal que atua no cuidado direto às estratégias de segurança do paciente também foi uma barreira à efetiva implantação de tais ações.

Déficit na adesão dos profissionais às estratégias de segurança do paciente

Somando-se às dificuldades elencadas no bojo do dimensionamento de pessoal de enfermagem inadequado e na falha do apoio da alta direção, rumo à efetiva implantação das estratégias de segurança do paciente, os enfermeiros gestores também sinalizaram que os profissionais envolvidos na assistência direta nem sempre aderem às ações propostas e/ou não compreendem às razões de tais iniciativas:

[...] o fato de o enfermeiro sempre achar que é mais um trabalho, que é mais uma tarefa, uma obrigação, impede que o Programa [de segurança do paciente] se consolide (E3H1).

[...] você ter profissionais que não entendem a importância [de promover ações de segurança] e que boicotam o que será implantado, é uma fragilidade (E11H1).

[...] existência de muitas pessoas que ainda não reconhecem a importância dessas ações [de segurança do paciente], que são contrárias às mudanças, que não veem sentido e que acabam boicotando a implantação das metas de segurança do paciente (E11H1).

Sinto muita dificuldade de convencer o colega [profissional de saúde] de que aquela ação [de segurança do paciente] é importante (E22H2).

A equipe de enfermagem tem dificuldade de incorporar na sua rotina as metas de segurança. Por exemplo, a importância de higienizar as mãos (E8H2).

Além da falta de reconhecimento da importância em promover ações de segurança, outro aspecto relacionado à falta de adesão é a resistência às mudanças e às adequações nas rotinas institucionais:

[...] você leva mais tempo para alcançar os objetivos porque, você tem que repetir [as medidas de segurança] uma, duas, enfim, quantas vezes forem necessárias. Temos um perfil de servidores de resistência, de não aceitar mudanças (E11H1).

A resistência de profissionais de todos os níveis, a não percepção da importância, talvez por falta de conhecimento, talvez por falta de motivação. Sabemos que tem profissionais que não estão dispostos a inserir novas rotinas no seu processo de trabalho e isso, dificulta o alcance da implantação [das estratégias de segurança do paciente] (E17H1).

As pessoas têm resistência a tudo aqui no hospital, os profissionais resistem a tudo que é novo e isso dificulta o andamento [da implantação das metas de segurança do paciente] (E6H4).

Ressalta-se que na percepção de um dos participantes a resistência às mudanças ocasionou em sentimentos de desmotivação e angústia aos profissionais que buscam promover melhoria na área de segurança, conforme consta a seguir:

[...] a falta de estímulo pessoal e estímulo coletivo para que a mudança aconteça. Tenho a percepção de que tudo que você planeja é sozinho. Você planeja uma ação aí, uma ou outra pessoa compra a ideia. Mas, dez pessoas tentam derrubar a sua ideia. Você luta, luta e não consegue chegar a lugar algum. Isso é angustiante (E8H3).

Mediante os *verbatim*s apresentados, percebe-se que a dificuldade dos profissionais para aderir às mudanças, impacta de modo negativo na implementação de melhorias relacionadas à segurança do paciente.

■ DISCUSSÃO

Previamente ao debate dos eixos temáticos apreendidos, vale reforçar, novamente, o valor que o depoimento de enfermeiros ocupantes de cargos gerenciais possui em todo o contexto do gerenciamento de ações de segurança do paciente. Isso porque, a concretude de ações que melhoram o cuidado seguro é, inevitavelmente, permeada pela gestão racional, persistente e estratégica⁽⁸⁾.

Outro ponto a se destacar é o fato de esta pesquisa ter sido realizada em hospitais universitários públicos, o que constitui em uma particularidade aos locais, pois ao mesmo tempo em que nestes locais há o incremento contínuo de ações educativas e de forte incentivo à pesquisa, sabe-se que os processos de mudanças e de melhorias, também nestes locais são morosos e isso, demanda à gestão hospitalar, ações permanentes e compatíveis com a realidade de um serviço de alta complexidade regido pelo poder público⁽¹⁰⁾.

No que se refere ao aspecto apontado como de maior peso dimensionamento inadequado dos profissionais, estuda aponta que a deficiência nesta variável compromete a qualidade do cuidado⁽⁶⁾. Isso porque, outro estudo indica maior propensão à ocorrência de incidentes em ambientes em que há *déficit* de profissionais⁽¹¹⁾.

Para explicar a magnitude da referida situação, uma meta análise com 87 estudos explorou a relação entre dimensionamento de enfermagem e mortalidade intra-hospitalar. Neste estudo identificou redução de 2 a 7% nos índices de mortalidade nas instituições em que havia dimensionamento adequado da equipe de enfermagem⁽¹²⁾. Outro estudo, realizado na Coreia do Sul, corrobora com o referido achado ao concluir que o cuidado inseguro possui relação direta com o número reduzido de enfermeiros⁽¹³⁾.

A inadequação no número de trabalhadores também pode influenciar na satisfação profissional, que constitui um indicador de qualidade de gestão de recursos humanos⁽¹⁴⁾. Neste escopo, ainda que os enfermeiros gestores tenham elencado o subdimensionamento como fato que dificulta a implantação de estratégias de segurança do paciente, é inegável que essa realidade também contribui para outros resultados indesejáveis nas organizações hospitalares.

No contexto em que um dos principais motivadores para a satisfação do profissional de saúde é o atendimento de qualidade e que esta possui relação direta com a segu-

rança do paciente, faz-se importante citar o conceito de "Quadruple Aim", o qual se constitui em estratégia para melhorar o sistema de saúde, centrada em quatro dimensões: melhorar a experiência do indivíduo em relação à assistência; melhorar a saúde das populações; reduzir o custo *per capita* dos cuidados de saúde e; melhorar a experiência da prestação de cuidados em saúde⁽¹⁵⁾. Neste último, destaca-se a importância dos profissionais de saúde na prestação de assistência com qualidade e segura⁽¹⁶⁾.

Ante aos princípios expostos, entende-se que, ao garantir aos profissionais da área da saúde, alegria e significado pelo trabalho, o resultado pode ser sentimento de sucesso e, conseqüentemente, refletir em prestação de cuidados seguros e de qualidade. Tal sentimento, que certamente é produto de muitos fatores, possivelmente tem relação com a aceitação das estratégias gerenciais adotadas na instituição.

No que se refere ao apoio da alta gestão para a implementação de ações voltadas à segurança do paciente, estudo com 91 profissionais atuantes em serviços de emergência pediátrica da equipe de enfermagem observou maior fragilidade na dimensão "Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente" com 55% de respostas negativas⁽¹⁵⁾. Deste modo, a alta gestão possui papel importante na consolidação das práticas de segurança, aspecto também percebido pelos dos enfermeiros gestores, pois estes constatarem que a deficiência de apoio da alta cúpula repercute como dificuldade na implantação e estratégias com foco no cuidado seguro.

A alta direção possui o poder de decisão primordial para promover a melhoria da qualidade e o sucesso da implementação das metas de segurança do paciente⁽¹⁷⁾. Desse modo, faz-se necessário, que os integrantes desta administração apoiem o desenvolvimento de ações e processos e se envolvam de forma direta nas questões relacionadas ao cuidado seguro⁽¹⁸⁾.

O apoio da alta direção perpassa pelo processo de reconhecimento e entendimento da importância da atuação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) nas instituições hospitalares, pois ela é a responsável pela nomeação e composição do NSP, conferindo aos seus membros, autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente (PSP)⁽³⁾.

No que se refere ao *déficit* na adesão dos profissionais às estratégias de segurança do paciente, sabe-se que nas organizações em que os valores não são fundamentados na cultura de segurança, a adesão dos profissionais à segurança do paciente tende a ser deficiente. A literatura⁽⁵⁾ expõem que a não adesão pode gerar implicações negativas para o êxito das ações de segurança desenvolvidas.

A falta de conscientização sobre a importância de adotar práticas seguras ao prestar assistência, bem como a resistência por mudanças, pode ser entendida como desafios para a implementação do programa de segurança, considerando que para a mudança organizacional ser efetiva, é necessário sensibilizar e engajar os diferentes profissionais sobre promoção de ambiente assistencial seguro⁽⁸⁾.

Especificamente sobre a conscientização da importância de práticas seguras, a literatura retrata que o conceito de segurança tem evoluído entre profissionais de saúde e outras áreas presentes nas instituições de saúde, inclusive a alta liderança, o que estimula o envolvimento da instituição com um todo⁽¹⁹⁾. Estudo sobre eventos adversos sugere como conduta para sanar as lacunas na adesão dos profissionais, a realização de ações de educação continuada e educação permanente, em que se promova discussão e disseminação da temática segurança do paciente e de melhores práticas⁽¹⁹⁾. Considera-se tais iniciativas promissoras porque, podem resultar em estímulo à adoção de condutas proativas por parte dos profissionais de saúde.

Cumprir destacar que o engajamento de pessoas para a segurança do paciente contribui para o trabalho em equipe efetivo e corresponsabilidade entre os envolvidos. Para se obter tal relação de forma consolidada, se faz necessária aproximação de todas as áreas atuantes na instituição de saúde, principalmente das lideranças, para promover condições de trabalho que motivem parcerias e práticas para implantação da cultura de segurança⁽²⁰⁾. Esta mudança organizacional pode ser considerada como desafiadora, contudo, é extremamente significativa para o avanço da qualidade e segurança da assistência.

■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os enfermeiros elencaram a insuficiência de pessoal de enfermagem, o *déficit* no apoio da alta gestão e a falta de adesão dos trabalhadores da assistência como dificuldades importantes para a implantação de estratégias de segurança do paciente. Contudo, cabe salientar que este processo de mudança da cultura institucional para a cultura de segurança perpassa pela necessidade de investimentos em iniciativas de educação continuada e permanente. Além disso, faz-se necessário sensibilizar e envolver desde a alta gestão aos colaboradores da linha de frente com intuito de oferecer atenção segura e de qualidade, principalmente em contextos de dimensionamento inadequado de profissionais.

Existem limitações nesta pesquisa, como a participação de trabalhadores de uma mesma categoria profissional, atuantes apenas em hospitais universitários públicos. Todavia, assume-se que o estudo tem valor porque, no

âmbito da prática, pode contribuir para que as instituições sejam mais assertivas no planejamento e execução de estratégias de promoção de segurança. Quanto à pesquisa, o estudo contribui ao aporte de conhecimento sobre o tema segurança do paciente, mais especificamente no que tange a sua implantação e/ou desenvolvimento, por apontar dificuldades que emanaram da percepção de enfermeiros com posição de liderança. E no que tange ao ensino, a discussão sobre segurança do paciente e promoção de práticas seguras poderá subsidiar o desenvolvimento de habilidades e competências gerenciais no período de formação e, conseqüentemente, durante a atuação profissional.

■ REFERÊNCIAS

1. Wachter RM. Compreendendo a segurança do paciente. 2. ed. Porto Alegre: AMGH; 2013.
2. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Washington, D. C.: Institute of Medicine/National Academy Press; 2000.
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília (DF); 2013.
4. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). 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. Brasília (DF); 2013.
5. Reis GAX, Hayakawa LY, Murassaki ACY, Matsuda LM, Gabriel CS, Oliveira MLF. Nurse manager perceptions of patient safety strategy implementation. *Texto Contexto Enferm.* 2017;26(2):e00340016. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017000340016>.
6. Duarte SCM, Stipp MAC, Silva MM, Oliveira FT. Adverse events and safety in nursing care. *Rev Bras Enferm.* 2015;68(1):144-54. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680120p>.
7. Rafter N, Hickey A, Conroy RM, Condell S, O'Connor P, Vaughan D, et al. The Irish National Adverse Events Study (INAES): the frequency and nature of adverse events in Irish hospitals: a retrospective record review study. *BMJ Qual Saf.* 2017;26:111-9. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004828>.
8. Reis GAX. Segurança do paciente na perspectiva de enfermeiros gestores [dissertação]. Maringá (PR): Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá; 2016.
9. Richardson R J. Pesquisa social: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas; 2017.
10. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2011.
11. Portulhak H, Espejo MMSB, Pacheco V. Public value scorecard: alternativa para avaliação de desempenho em hospitais universitários. *Rev Admin Hosp Inov Saúde.* 2018;15(1):110-26. doi: <https://doi.org/10.21450/rahis.v15i1.4780>.
12. Fagerström L, Kinnunen M, Saarela J. Nursing workload, patient safety incidents and mortality: an observational study from Finland. *BMJ Open.* 2018;8:e016367. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016367>.
13. Shekelle PG. Nurse-patient ratios as a patient safety strategy: a systematic review. *Ann Intern Med.* 2013;158(5_Part_2):404-9. doi: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00007>.
14. Cho E, Lee N-J, Kim E-Y, Kim S, Lee K, Park K-O, et al. Nurse staffing level and overtime associated with patient safety, quality of care, and care left undone in hospitals: a cross-sectional study. *Int J Nurs Stud.* 2016;60:263-71. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.05.009>.
15. Bodenheimer T, Sinsky C. From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *Ann Fam Med.* 2014;12(6):573-6. doi: <https://doi.org/10.1370/afm.1713>.
16. Bordignon M, Monteiro MI, Mai S, Martins MFSV, Rech CRA, Trindade LL. Oncology nursing professionals' job satisfaction and dissatisfaction in Brazil and Portugal. *Texto Contexto Enferm.* 2015;24(4):925-33. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201500004650014>.
17. Macedo TR, Rocha PK, Tomazoni A, Souza S, Anders JC, Davis K. The culture of patient safety from the perspective of the pediatric emergency nursing team. *Rev Esc Enferm USP.* 2016;50(5):756-62. doi: <https://doi.org/10.1590/s0080-623420160000600007>.
18. Silva ACMR, Loures PV, Paula KX, Santos NAR, Perigolo RA. Importância do núcleo de segurança do paciente: um guia para implantação em hospitais. *Rev Educ Meio Amb Saúde.* 2017 [citado 2018 jul 25];7(1):87-109. Disponível em: <http://www.faculdadedofuturo.edu.br/revista1/index.php/remas/article/view/134/205>.
19. Ribeiro HCCT, Santos DS, Paula AO, Freire EMR, Alves M. Não conformidades em hospitais relacionadas à prevenção, controle de infecções e eventos adversos. *Rev Enferm UFPE online* 2016 [citado 2018 jul 25]10(9):3344-51. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11415/13198>.
20. Silva-Batalha EMS, Melleiro MM. Cultura de segurança do paciente: percepções da equipe de enfermagem. *HU Revista.* 2016 [citado 2018 jul 25];42(2):133-42. Disponível em: <http://ojs2.uuff.emnuvens.com.br/hurevista/article/view/2518/872>.

■ AGRADECIMENTOS

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.

■ Autor correspondente:

Gislene Aparecida Xavier dos Reis
E-mail: gislenereis@gmail.com

Recebido: 31.08.2018

Aprovado: 22.10.2018