

Segurança do paciente e seu reconhecimento para a ética nos cuidados de Enfermagem

Patient safety and its recognition for ethics in Nursing care

Seguridad del paciente y su reconocimiento por la ética del cuidado de Enfermería

Recebido: 30/05/2020 | Revisado: 07/06/2020 | Aceito: 12/06/2020 | Publicado: 27/06/2020

Graciele Oroski Paes

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8814-5770>

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Brasil

E-mail: gracieleoroski@gmail.com

Adriana Ouverney Braz

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2886-2545>

Hospital de Força Aérea do Galeão, Brasil

E-mail: adrianabraz.ufrj@gmail.com.br

Marta Sauthier

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5153-0170>

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Brasil

E-mail: gracieleoroski@gmail.com

Alexandre Barbosa de Oliveira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4611-1200>

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Brasil

E-mail: alexbaroli@gmail.com

Marluci Andrade Conceição Stipp

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9534-6324>

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Brasil

E-mail: marlustipp@gmail.com

Resumo

Objetivo: refletir sobre a segurança do paciente em que pese seu reconhecimento para a ética nos cuidados de enfermagem. Método: trata-se de um estudo reflexivo acerca de aspectos essenciais para a segurança do paciente; em destaque: a cultura de segurança e a teoria do reconhecimento de Axel Honneth. Resultados: ao reconhecer seus valores e capacidades, os sujeitos tendem a elevar sua autoestima e motivar-se para o exercício de sua autonomia. A autoestima, a consciência do reconhecimento dos seres humanos em sua dignidade, os direitos

a tratamento digno com menos riscos, contribuem para o aperfeiçoamento de profissionais que se encontrem mais interessados em oferecer serviços qualificados e seguros. Conclusão: concluiu-se que essa perspectiva reflete, entre os profissionais de enfermagem, uma preocupação com o reconhecimento dos usuários, e com o dever de não causar danos ao paciente no exercício da prática profissional

Palavras-chave: Saúde; Enfermagem; Ética; Ética em Enfermagem;. Segurança do paciente; Desejabilidade social.

Abstract

Objective: to reflect on patient safety standing out their recognition for ethics in nursing care.

Method: This is a reflective study about content essential for patient safety; Highlighted for: Axel Honneth's safety culture and recognition. Results: By recognizing their values and capacity, subjects tend to raise their self-esteem and motivate themselves to exercise their autonomy. Self-esteem, awareness of the recognition of human beings in their dignity, and rights to decent treatment with less risk contribute to the development of professionals who are more interested in offering qualified and safe services. Conclusion: It was concluded that this perspective reflects, among nursing professionals, a concern with the recognition of users, and the duty not to cause harm to the patient in the practice of professional practice.

Keywords: Health; Nursing; Ethics; Ethics Nursing; Patient Safety; Social desirability.

Resumen

Objetivo: reflexionar sobre la seguridad del paciente a pesar de su reconocimiento por la ética en la atención de enfermería. Método: este es un estudio reflexivo sobre el contenido esencial para la seguridad del paciente; Destacado: cultura y reconocimiento de seguridad de Axel Honneth. Resultados: Al reconocer sus valores y habilidades, los sujetos tienden a aumentar su autoestima y a motivarse para ejercer su autonomía. La autoestima, la conciencia del reconocimiento de los seres humanos en su dignidad y los derechos a un trato decente con menos riesgo contribuyen al desarrollo de profesionales más interesados en ofrecer servicios calificados y seguros. Conclusión: se concluyó que esta perspectiva refleja, entre los profesionales de enfermería, una preocupación por el reconocimiento de los usuarios y el deber de no causar daño al paciente en la práctica profesional.

Palabras clave: Salud; Enfermería; Ética; Ética en Enfermería; Seguridad del paciente; Deseabilidad social.

1. Introdução

Durante os procedimentos de assistência à saúde, é possível a ocorrência de danos aos pacientes, ainda que não intencionais. Compreender tal risco implica em desenvolver estratégias para minorar as possibilidades de erro. Nesse sentido, a noção de segurança do paciente envolve o estímulo a ações para redução de atos inseguros nos processos assistenciais e melhores práticas, com vistas a alcançar resultados mais efetivos.

Os primeiros apontamentos relacionados à segurança do paciente surgiram no campo da Enfermagem ainda com Florence Nightingale (1820-1910) defendendo a responsabilidade pela ambiência, pelas condições de trabalho e tudo o mais que concerne às estratégias de prevenção de erros humanos no ambiente hospitalar pelos enfermeiros (Cavalcanti, 2015). Para Wachter (2013), “até recentemente esses erros eram considerados um subproduto inevitável das práticas moderna do setor saúde ou resquícios indesejáveis de maus provedores do cuidado”.

Na Enfermagem, desde a época de Florence Nightingale, as ações relacionadas ao cuidado teriam como principais metas a vigilância e a defesa da integralidade do ser humano. Em 1859, em Notas sobre Enfermagem, Florence Nightingale já problematizava o princípio fundamental do hospital de não causar mal ao paciente, sendo este o seu dever. (Pedreira, 2009) Com efeito, a segurança é o primeiro domínio da qualidade na assistência à saúde. Em geral, não há como oferecer assistência efetiva se esta não for desenvolvida com segurança (ANVISA, 2013).

O psicólogo britânico James Reason ganhou destaque em 1999, quando o Institute of Medicine publicou o relatório “*Errar é humano: construindo um Sistema de saúde mais seguro.*”, destacando a necessidade de priorizar a segurança do paciente, com a estimativa de que 44 mil a 98 mil norte-americanos morriam anualmente em decorrência de eventos adversos. Diante desse cenário, governos e organizações internacionais se mobilizaram e desenvolveram estudos para apoiar a indicação de estratégias que pudessem minimizar as falhas na assistência à saúde (Nascimento, 2011).

Nesse sentido, surgiu o World Alliance for Patient Safety com o intuito de organizar conceitos e definições a respeito da Segurança do Paciente, tendo grande repercussão internacional. No Brasil, pesquisas nessa área surgiram no início dos anos 2000 inicialmente com Projeto de Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde (Proadess), vindo com o surgimento da Rede Proqualis e o Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente (IBSP). Nesse processo, um marco importante foi a oficialização do Sistema Brasileiro de Acreditação

pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) em 2002, o que promoveu o gerenciamento constante de possíveis falhas na assistência ao paciente e (ANVISA, 2013)

Em maio do mesmo ano, a 55ª Assembleia Mundial da Saúde adotou a resolução 55.18 da Organização Mundial de Saúde (OMS), *Qualidade da atenção: segurança do paciente*, destacando a necessidade de elaboração de normas e padrões mundiais que norteassem as ações para o desenvolvimento de políticas e práticas, as quais reforçassem a segurança na assistência à saúde. Para isso, a comunidade científica foi mobilizada a inteirarse sobre as principais falhas no processo de atenção à saúde, a fim de reforçar a segurança e promover a qualidade dos serviços. A partir daí, também em 2002, foi lançado o projeto *Rede sentinela*, composto por instituições que trabalhavam com gerenciamento de risco (ANVISA, 2013).

Após o encerramento da fase de projeto, ocorreu a consolidação da *Rede sentinela*. As discussões baseadas nas experiências de gerenciamento de risco e na qualidade dos serviços mostraram a necessidade de criar uma organização, para aumentar a abrangência e os bons resultados até então obtidos. Tudo isso, somado ao desenvolvimento de referenciais internacionais sobre risco e gestão em saúde, qualidade e segurança, permitiu o estabelecimento de critérios de organização da *Rede*. Desde 2011, as instituições que quisessem participar da *Rede sentinela*, além de estabelecerem uma gerência de risco, necessitavam apresentar uma política de gestão de risco, que descrevesse estratégias para a identificação, a avaliação, o monitoramento e a comunicação de riscos e, ainda, demonstrasse como ocorre a integração da sua gerência de risco com outras instâncias que lidam com o tema, como núcleos de epidemiologia, comissões de controle de infecção, de qualidade e outras (ANVISA, 2013).

Reconhecendo a magnitude do problema, em maio de 2004, a 57ª Assembleia Mundial de Saúde expandiu para o mundo o foco na segurança do paciente e apoiou a criação da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. Esta tem como elemento central a ação conhecida como *Desafio global*, a qual lança um tema prioritário a cada dois anos para adoção pelos membros da OMS. O Brasil participa desde 2008 da Aliança Mundial (WHO, 2009).

Em 2009, uma parceira da Fundação Oswaldo Cruz e o Ministério da Saúde criaram o Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente (Proqualis), responsável por produzir e disseminar informações e tecnologias em qualidade e segurança do paciente. Além disso, em 2013 o Ministério da Saúde criou o *Programa Nacional de Segurança do Paciente*, para o monitoramento e prevenção de danos na assistência à saúde. O Programa tem como ação principal a implementação de seis protocolos com foco nos

problemas de maior incidência (cirurgia segura; prática de higiene das mãos em serviços de saúde; prevenção de úlceras por pressão; prevenção de quedas em pacientes hospitalizados; identificação do paciente; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos) (ANVISA, 2013).

Com vistas a instituir ações para promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde no Brasil, foi estabelecida a Resolução da Diretoria Colegiada 36, em julho de 2013, que conceitua *Segurança do Paciente* como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde. Esta resolução da ANVISA, em consulta pública, obriga a implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente nos serviços público e privado de saúde, torna compulsória a notificação de eventos adversos pelos serviços de saúde abrangidos pela norma e determina que os serviços de saúde que descumprirem a norma estarão sujeitos às ações sanitárias previstas em lei, incluindo a suspensão do alvará de funcionamento (Brasil, 2013).

Com efeito, garantir a segurança dos cidadãos que utilizam os serviços de saúde é um dos mais importantes desafios a serem enfrentados atualmente. Desse modo, cumpre ressaltar que pesquisas sobre este tema são fundamentais para maior compreensão dos fenômenos que envolvem a Ética e a Enfermagem enquanto prática social. Neste estudo, objetivou-se refletir sobre a relação dos cuidados de enfermagem e a segurança do paciente, em que pese seu reconhecimento para a ética.

Para tanto, foi traçado um eixo discursal com dois pontos essenciais para a reflexão acerca da segurança do paciente e eventos adversos, que incorporou ponderações da: Teoria do Erro e da Teoria do Reconhecimento.

2. Discussão

Os eventos adversos e a cultura de segurança

Os eventos adversos são injúrias causadas por fatores não relacionados à doença de base, mas decorrentes da assistência à saúde prestada ao paciente. Tais eventos podem fornecer importantes informações para a construção de um sistema de saúde mais seguro (Capucho, 2013; Wegner, 2012)

A OMS estima que danos à saúde ocorram em dezenas de milhares de pessoas todos os anos, no mundo inteiro. O estudo feito pelo Time Ibero-americano de Eventos Adversos na Atenção à Saúde, realizado em cinco países da América Latina entre 2007 e 2009, trouxe um

dado alarmante: 10,5% dos pacientes hospitalizados sofrem algum tipo de eventos adversos, e 58,9% destes poderiam ter sido evitados, apontando que as falhas na comunicação são apontadas como principal motivação de erros e, conseqüentemente, de eventos adversos (Aranaz-Andrés, 2011).

No entanto, o medo de punições por parte dos profissionais de saúde - relacionado à perda do emprego e envolvimento em processos ético-legais - torna frequente a subnotificação dos eventos adversos. A falta de informação sobre os mesmos torna difícil a análise dos erros cometidos e impede que os profissionais aprendam com eles e inibam ocorrências futuras semelhantes. Ocultar erros, por si só, é uma situação que pode acarretar diversos problemas, diretos ou indiretos, a curto ou longo prazo, além de pode comprometer todo um tratamento.

A falta de visão crítica sobre a frequência de erros impede os esforços de prevenção de danos e tratamento apropriado desses erros. Aliás, a inobservância da relação entre os erros na assistência à saúde e pactos do silêncio que são estabelecidos diante dessas situações criam incerteza e desconfiança. A veracidade, regra ética tradicional, tende a modelar a responsabilidade profissional e a solidificar relações clínicas; já a violação do dever pode gerar instabilidade, descrédito, constituindo-se na principal causa de ações judiciais.

Sabe-se que o processo para a prevenção do erro humano advém de mudanças culturais. A premissa é de que os seres humanos são passíveis de erro e, embora não seja possível mudar a condição humana, é possível atuar naquilo com que os seres humanos trabalham e criar defesas para o sistema (Reis, 2013). Para se entender os erros e intervir na ocorrência de eventos adversos, é fundamental que a liderança construa uma cultura não punitiva, aborde o erro de forma sistemática e forneça condições ao profissional para que as falhas não se repitam. Dessa forma, o profissional se percebe inserido no processo de busca pela segurança no cuidado, percebe-se participante do processo e consciente da necessidade de notificação.

Uma reflexão necessária é a de se questionar o porquê de sermos tão “flexíveis” com erros na assistência em saúde? A esse questionamento, algumas respostas emergem, tais como, o conhecimento em saúde ter sido por muitos anos um domínio dos profissionais, estando os usuários submissos a esse conhecimento, impossibilitados de questioná-lo, com o dever de certa obediência aos profissionais “que detinham esse conhecimento”. Com a evolução da ética, promovendo a responsabilidade social, servindo de base à política de humanização, convergente com a proposta de Axel Honneth de reconhecimento dos usuários em sua autonomia, sua participação como corresponsável por sua saúde se propõe inclusiva,

no sentido do dever dos profissionais de garantir aos usuários, através da comunicação e informação, que esses sejam parte integrante das decisões sobre sua saúde, o que tornou esses usuários mais inseridos, questionadores e capaz de perceberem os erros cometidos por profissionais de saúde. Sem citar a socialização do conhecimento pelas mídias sociais, a todo instante vemos propagandas, publicações e reportagens sobre erros, direitos e deveres, metas de segurança, fato que vem ao encontro a ideia da prática baseada em valor e em ter o paciente como membro participante do cuidado e ciente de todo o processo de cuidar.

A cultura de segurança, segundo a Agência para Pesquisa e Qualidade do Cuidado à Saúde, é “o produto individual ou coletivo, de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamentos que determinam o compromisso, o estilo e a competência de uma organização de saúde na promoção de segurança” (Carvalho, 2015).

Considerar tal perspectiva implica que se estabeleça a construção de uma prática profissional ética, mas também libertadora, a partir de uma espécie de “gramática moral” que não deixa de considerar os conflitos e desafios sociais, econômicos e políticos.

Além disso, há que se considerar que a aplicação de técnicas disciplinares nas instituições de saúde é secular e, para alterar essa ordem, precisa ser revista cotidianamente. Destarte, punir um profissional que cometeu um erro como estratégia de controle pode gerar mais prejuízos do que ganhos. Por outro lado, os erros não acontecem somente porque pessoas os cometem, por despreparo ou falta de capacitação, também ocorrem por problemas organizacionais. É necessário evidenciar fragilidades nos processos, para adotar medidas preventivas, ou seja, o reconhecimento da real dimensão do problema é fundamental para aprimorar a segurança do paciente. Sejam por falha humana ou por processo institucional todos os erram devem ser investigados.

Percebe -se que os desafios para o desenvolvimento da cultura de segurança são imensos, e englobam a necessidade de estabelecimento de estratégias efetivas nos âmbitos: da formação de profissionais, da assistência em todos os níveis de atenção à saúde e da pesquisa (Urbanetto & Gerhardt, 2013). No que diz respeito às competências para a segurança, o modelo proposto pelo *Canadian Patient Safety Institute* em 2008, consiste em seis domínios básicos: (1) contribuir para a cultura de segurança do paciente; (2) trabalhar em equipes para a segurança do paciente; (3) comunicar-se efetivamente para a segurança do paciente; (4) gerenciar riscos à segurança; (5) otimizar fatores humanos e ambientais; (6) reconhecer, responder e revelar eventos adversos (Urbanetto & Gerhardt, 2013).

De certo, a cultura punitiva ainda observada em boa parte das instituições de saúde, gera mais danos do que benefícios, e subnotificações de eventos adversos. Além disso,

partindo da premissa de que sempre haverá erros, a ação mais lógica e necessária para a organização deveria ser dirigida para a criação de uma cultura institucional educativa, não punitiva, tendo como ponto de partida o desenvolvimento de estratégias de comunicação de riscos, por meio de relatórios técnicos de análise de erros e eventos adversos da instituição, o que tem o efeito de demonstrar o impacto positivo das informações para o aprendizado organizacional (Marinho, 2014).

Por pressuposto, erros sempre irão existir. Para que sejam superados, ou ao menos reduzidos, é preciso reconhecer os pontos mais frágeis, os erros que podem acontecer durante o processo da assistência à saúde, que proporcionam risco e comprometimento de sua segurança. Para tanto é necessário desestimular a cultura da culpa nas instituições de saúde, para que, com o tempo e com o avanço de novas mentalidades, a cultura de segurança seja fortalecida, com vistas à vigilância e cooperação (Camerino & Silva, 2011).

A cultura de segurança é uma série de medidas organizacionais, de caráter não punitivo, que assegura a imparcialidade no tratamento dos eventos adversos, que encoraja a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança. E a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional, proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança.

Outrossim faz – se necessário mudar a busca de erros como falhas individuais, para compreendê-los como causados por falhas do sistema, mudar de um ambiente punitivo para uma cultura justa e dar lugar à transparência ao invés do sigilo. A cultura justa é um conceito, que procura diferenciar os trabalhadores cuidadosos e competentes que cometem erros, dos que têm um comportamento de risco consciente e injustificadamente arriscado, garantindo a segurança na assistência, por conseguinte. (Nascimento, 2011)

Enfim a segurança do paciente exige a assunção de estratégias contínuas de formação e capacitação dos profissionais, a fim de desenvolver habilidades e competências para a prática segura e para a gestão de riscos e tomada de decisões circunscritas ao ato profissional. Talvez assim seja possível criar um ambiente no qual o reconhecimento do erro se constitua numa atitude honesta, que transcenda o medo de punições em busca de uma assistência verdadeira e efetivamente segura aos pacientes. Contudo, dar conta dessa demanda em meio a uma sociedade cada vez mais fluida e com menos tempo, constitui-se em um grande desafio contemporâneo.

A teoria do erro

A teoria sobre o erro humano foi apresentada em livro editado no ano 1990 – *Human error*. Nele, James Reason, professor de Psicologia da Universidade de Manchester e membro da Sociedade Britânica de Psicologia, apresenta uma análise aprofundada da questão, indo além da descrição de princípios gerais sobre ocorrência e tipos de erros. A obra objetivou fomentar a discussão sobre a natureza do erro, na tentativa de (re)conhecer os processos nos quais o erro humano está inserido, a fim de evitar ou eliminar os efeitos adversos que podem ocorrer como consequência do erro (Nascimento & Travassos, 2010).

Para James Reason (2003) “o erro é tido como um termo geral que abrange todas aquelas ocasiões em que uma sequência traçada de atividades mentais ou físicas, falha em alcançar o resultado esperado, inclusive quando estas falhas não podem ser atribuídas à intervenção do acaso. [...] O termo *erro* é aplicado às ações intencionais, já que os tipos de erro dependem de duas espécies de falhas: (1) *falhas na execução*, ou seja, as falhas nas ações que caminham de acordo com a intenção pretendida – deslizos e lapsos e (2) *falhas no planejamento*, ou seja, as falhas das ações intencionais para alcançar os resultados desejados – enganos”.

Este conjunto de falhas veio a originar o *modelo do queijo suíço*, segundo o qual o erro ativo (ponta) é o resultado de uma sequência alinhada de erros latentes (no processo) – os orifícios do queijo, onde defesas, barreiras e salvaguardas ocupam uma posição chave para que ocorra um evento. Dessa forma, não é eficaz concentrar as ações na ponta, a melhor maneira de evitar o erro é criar barreiras e camadas sobrepostas a fim de obstruir esses buracos, convergindo às causas-raiz do problema (Bueno, 2012).

O modelo do queijo suíço no sistema de acidentes foi proposto por James Reason (2003) por eles terem várias camadas defensivas. As barreiras defensivas, na prática, são como fatias de queijo suíço, e somente quando os furos, nas várias camadas, estão momentaneamente dispostos em uma mesma linha, permite-se que a trajetória do acidente venha a ocorrer. Portanto há uma necessidade de evitar que esses “furos” aconteçam, para que a assistência segura seja uma realidade para todos os pacientes em todas as instituições.

A teoria do reconhecimento

A teoria de Axel Honneth oferece contribuições para subsidiar a compreensão e o exercício do cuidado como prática emancipadora e o interesse com o campo da saúde em

geral (Honneth, 2007; Wernet, Mello & Ayres, 2017), discutindo o cuidado em saúde, as suas políticas envolvidas e as experiências de trabalhadores da saúde. Em seus estudos, Axel Honneth (2012) faz ampla referência à questão do reconhecimento e do processo de autorrealização, e de sua constante transformação, que movimenta questões de autonomia, autoestima e igualdade, com vistas à noção de democracia em contextos marcados por desigualdades. A autorrealização remete ao anseio e esforço que mobiliza o sujeito a lutar pelo reconhecimento, elemento de conexão entre a dimensão individual e a dimensão social (Wernet, Mello & Ayres, 2017).

O reconhecimento é entendido pelo teórico, como uma construção intersubjetiva, dialógica e histórica, por meio da qual os sujeitos buscam a sua realização em três domínios: o afeto, os direitos e a estima social, dos quais advém, respectivamente, a autoconfiança, o autorrespeito e a autoestima (Wernet, Mello & Ayres, 2017).

A autoconfiança e a autoestima individuais decorrem do reconhecimento pela sociedade do papel social e dos direitos de cada indivíduo. Essa abordagem ou busca de correlacionar essa perspectiva é uma nova tentativa de colocar as pessoas em situação de tomada de autoconsciência sobre sua representação, visto que essa percepção depende de um segundo sujeito (Reason, 2003). Assim, a autoconsciência torna-se reconhecida pela consciência do outro na interação. Isso significa que, quando se cuida, ou quando se prima pela segurança no cuidado à pessoa, o sujeito de interação deve ser reconhecido na sua dignidade humana, ou seja, como pessoa. Destarte, o que se considera o ser humano como pessoa é o que será denominado reconhecimento (Barzotto, 2010).

Dentro das formas de reconhecimento propostas por Axel Honneth (2003) a segurança, na abordagem aqui apresentada, requer interação e reconhecimento do outro como sujeito de direitos. Sem esse reconhecimento, não se consegue trazer à consciência ou fazer ver aos profissionais a necessidade de primar pela beneficência e não-maleficência.

Para haver o reconhecimento, capaz de dirimir o erro e fazer ver ao outro a autoconsciência de si, é necessário correlacionar a dimensão afetiva, jurídica e a estima social. Atualmente, as individualidades não aceitas no grupo social tentam ser reconhecidas de tal forma que a exceção se torne regra. Assim, os valores sociais sofreram certa elasticidade.

Dessa forma, ao reconhecer seus valores e suas capacidades, os sujeitos elevam sua autoestima e a sociedade torna-se mais parcimoniosa ou tolerante. Assim, a sociedade tolera mais as diferenças e menos os tratamentos desrespeitosos, especialmente os descuidados ou riscos a que se submetem os usuários das redes de saúde. A autoestima, a consciência do reconhecimento dos seres humanos em sua dignidade, os direitos a tratamento digno, livre de

riscos, contribuem para o aperfeiçoamento de profissionais que se encontrem mais interessados em oferecer serviços melhores, mais seguros e mais eticamente respaldados. Essa perspectiva reflete, entre os profissionais de Enfermagem, uma preocupação com o reconhecimento social dos usuários.

3. Considerações Finais

Promover a cultura da segurança no sistema de saúde é um fenômeno complexo; porém, considerar sua importância e seu impacto nas organizações é necessário para aumentar a qualidade na assistência. Para isso é preciso fundamentar eticamente as práticas em saúde, para o enfrentamento mais estratégico desse desafio.

Com a premissa básica de que os seres humanos são falíveis, e de que os erros são esperados, até mesmo nas organizações desenvolvidas, contramedidas são consideradas no pressuposto de que é possível mudar as condições em que os seres humanos (re)agem. Profissionais da saúde sofrem influências do ambiente em que vivem, sejam elas históricas, culturais, sociais, e são necessárias considerá-las na construção dessa reflexão-ação.

O dever de não causar dano ao paciente é o primeiro princípio que deve ser considerado profissionalmente. Quanto ao princípio de beneficência, ele é a principal razão do exercício das profissões que envolvem a saúde das pessoas. Sempre que o profissional propuser um tratamento a um paciente, ele deverá reconhecer a dignidade da pessoa humana de forma integral, visando oferecer o melhor tratamento, tanto no que diz respeito à técnica quanto no que se refere ao reconhecimento de sua autonomia para tomada de decisão acerca de suas necessidades. Assim, um profissional deve esmerar-se para reconhecer os direitos e capacitar o paciente para restabelecer a sua saúde, prevenindo agravos, ou promovendo sua autonomia para isso.

Por isso, a adoção de ferramentas de notificação de eventos indesejáveis e situações perigosas é importante para identificar e conhecer as fragilidades dos processos que possam afetar direta ou indiretamente a segurança dos pacientes e poder intervir nelas.

Referências

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA-BR) (2013a). Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Série segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. Brasília (DF):MS. <https://www.segurancadopaciente.com.br/wp->

content/uploads/2015/09/ebook-anvisa-01-assistencia-segura-uma-reflexao-teorica-aplicada-a-pratica.pdf

(ANVISA) e Fundação Oswaldo Cruz (2013b). Documento de referência para o programa nacional de segurança do paciente. Brasília (DF): MS. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf

Aranaz-Andrés, J. M., Aibar-Remón, C., Limón-Ramírez, R., *et al.* (2011). Prevalence of adverse events in the hospitals of five Latin American countries: results of the 'Iberoamerican study of adverse events' (IBEAS). *BMJ Qual Saf*; **20**,1043-1051. doi: 10.1136/bmjqs.2011.051284

Barzotto, L. F., (2010). Filosofia do direito: os conceitos fundamentais e a tradição jusnaturalista. Porto Alegre (RS): Livraria do Advogado, p. 28.

Brasil. (2013). Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução RDC n. 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, 25 de julho de 2013.

Bueno, A. A. B., & Fassarella, C. S. (2012). Segurança do Paciente: uma reflexão sobre sua trajetória histórica. *Revista Rede de Cuidados em Saúde*; 6(1): 1-9. ISSN 1982-6451.

Camerini, F. G., & Silva, L. D. (2011). Segurança do paciente: análise do preparo de medicação intravenosa em hospital da rede sentinela. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 20(1), 41-49. doi:10.1590/S0104-07072011000100005

Capucho, H. C., e Cassiani, S. H. B. (2013). A necessidade de estabelecer um programa nacional de segurança do paciente no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 47 (4), 791-798. doi:10.1590/S0034-8910.2013047004402

Carvalho, P. A., Göttems, L. B. D., & Pires, M. R. G. M. M. L. C. (2015). Cultura de segurança na sala de operações de um hospital público na percepção dos profissionais de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23 (6), 1041-1048. Doi:10.1590/0104-1169.0669.2647

Cavalcante, A., Cardoso Rocha, R., Tolstenko Nogueira, L., Dantas Avelino, F., & Santiago da Rocha, S. (2015). Cuidado seguro ao paciente: contribuições para a doença. *Revista Cubana de Enfermagem*, 31 (4). ISSN 1561-2961

Honneth, A. (2003). Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais. São Paulo (SP): Editora 34, p. 130.

(2007). Reconhecimento ou redistribuição? A mudança de perspectivas na ordem moral da sociedade. In: Souza, J.; Mattos, P. (Org.). Teoria crítica no século XXI. São Paulo (SP): Annablume, 2007, p. 87.

Marinho, M. M., Radünz, V., & Barbosa, S. F. F. (2014). Avaliação da cultura de segurança pelas equipes de enfermagem da unidade cirúrgica. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 23 (3), 581-590. doi:10.1590/0104-07072014002640012

Mendonça, R. F. (2014). What if the forms of recognition contradict each other? The case of the struggles of people affected by leprosy in Brazil. *Constellations*; 21(1):33-49. Doi:10.1111/1467-8675.12071

Nascimento, A. (2011). Sécurité des patients et culture de sécurité: une revue de la littérature. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(8), 3591-3602. doi:10.1590/S1413-81232011000900027

Nascimento, N. B., & Travassos, C. M. R. (2010). O erro médico e a violação às normas e prescrições em saúde: uma discussão teórica na área de segurança do paciente. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 20(2), 625-651. doi:10.1590/S0103-73312010000200016

Pedreira, M. L. G. (2009). Nursing interventions and outcomes to ensure patient's safety. *Acta Paul Enferm.* 2009;22(4): v-vii. http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n4/en_a01v22n4.pdf

Reason James. (2003). Human error. London: Cambridge University Press, p. 302.

Reis, C T, Martins, M., & Laguardia, J. (2013). A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(7), 2029-2036. doi:10.1590/S1413-81232013000700018

Urbanetto, J., & Gerhardt, L. M.. (2013). Patient safety in the healthcare education research triad. *Rev Gaúcha Enferm.*;34(3),12–13 .http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n3/en_a01v34n3.pdf

Wachter, R. (2013). *Compreendendo a segurança do paciente*. 2º ed. Porto Alegre (RS): AMGH Editora Ltda. p. 3-8.

Wegner, W., & Pedro, R, EN. (2012). Segurança do paciente nas circunstâncias do cuidado: prevenção de eventos adversos na hospitalização de crianças. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* , 20 (3), 427-434. doi:10.1590/S0104-11692012000300002

Wernet, M., Mello, D. F., & Ayres, J. R. C. M. (2017). Reconhecimento em Axel Honneth: Contribuições à pesquisa em saúde. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 26(4), e0550017. Epub November 17, 2017. Doi:10.1590/0104-070720170000550017

World Health Organization (WHO). (2009). World Alliance for Patient Safety: WHO guidelines on hand hygiene in health care. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44102/9789241597906_eng.pdf;jsessionid=B5BE2ADDCA4FB6F1641CAE7C4BA975D9?sequence=1

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Graciele Paes Oroski - 30%

Adriana O. Braz – 20%

Marta Sauthier - 30%

Alexandre B. de Oliveira – 10 %

Marluci A. C. Stipp -10 %