

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE – FEPECS
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – ESCS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS DE
ENFERMAGEM ACERCA DA CULTURA DE SEGURANÇA NO AMBIENTE
HOSPITALAR

Brasília, DF

2018

AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM ACERCA DA CULTURA DE SEGURANÇA NO AMBIENTE HOSPITALAR

Ana Maria Mendonça de Almeida. Graduanda de Enfermagem pela Escola Superior de Ciências da Saúde – ESCS/DF. E-mail: aninhaa.ana@hotmail.com;

Djalma Ticiani Couto. Enfermeiro mestre. Docente na Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília, DF;

Lara Mabelle Milfont Boeckmann. Enfermeira doutora. Docente da Universidade de Brasília, Brasília, DF.

RESUMO

Objetivo: conhecer as percepções e vivências dos profissionais de enfermagem acerca da cultura de segurança e das estratégias que envolvem a segurança do paciente em um hospital público do Distrito Federal. **Metodologia:** Trata-se de pesquisa exploratório-descritiva de natureza qualitativa. Para o tratamento dos dados coletados no mês de julho de 2018, foi utilizada a análise de conteúdo de Bardin. **Resultados:** emergiram 4 categorias a partir da análise: diferenciação do significado dos termos “cultura de segurança” e “segurança do paciente; Segurança do Paciente por meio de estratégias e implantação de protocolos na Unidade de Nefrologia; Conhecimento dos profissionais acerca das ações do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente e da notificação de incidentes e/ou eventos adversos e melhora da gestão do cuidado e educação continuada. **Conclusões:** Identificou-se um conhecimento incipiente dos profissionais acerca da cultura de segurança, bem como das estratégias envolvidas, necessitando de ações que transformem a realidade apresentada.

Descritores: 1 - Segurança do Paciente, 2 - Gestão da Segurança, 3- Conhecimento, 4- Enfermagem

ABSTRACT

EVALUATION OF THE KNOWLEDGE OF NURSING PROFESSIONALS ABOUT SAFETY CULTURE IN THE HOSPITAL ENVIRONMENT

Objective: to know the perceptions and experiences of nursing professionals about the safety culture and strategies that involve patient safety in a public hospital in the Federal District. **Methodology:** This is an exploratory-descriptive research of a qualitative nature. For the treatment of the data collected in July 2018, the content analysis of Bardin was used. **Results:** four categories emerged from the analysis: differentiation of the meaning of the terms "safety culture" and "patient safety; Patient Safety through strategies and implantation of protocols in the Nephrology Unit; Knowledge of the professionals about the actions of the Patient Quality and Safety Center and the notification of incidents and / or adverse events and improved management of care and continuing education. **Conclusions:** An incipient knowledge of the professionals about the security culture, as well as the strategies involved, was identified, requiring actions that transform the presented reality.

Keywords: 1- Patient Safety, 2- Safety Management, 3- Knowledge, 4- Nursing.

RESUMEN

EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA ACERCA DE LA CULTURA DE SEGURIDAD EN EL MEDIO AMBIENTE HOSPITALARIO

Objetivo: conocer las percepciones y vivencias de los profesionales de enfermería acerca de la cultura de seguridad y de las estrategias que involucran la seguridad del paciente en un hospital público. **Metodología:** Se trata de una investigación exploratoria-descriptiva de naturaleza cualitativa. Para el tratamiento de los datos recolectados en el mes de julio de 2018, se utilizó el análisis de contenido de Bardin. **Resultados:** emergieron 4 categorías a partir del

análisis: diferenciación del significado de los términos "cultura de seguridad" y "seguridad del paciente; Estrategias e implantación de protocolos en la Unidad de Nefrología; Conocimiento de los profesionales acerca de las acciones del Núcleo de Calidad y Seguridad del Paciente; Y mejora de la gestión del cuidado y educación continuada. **Conclusiones:** Se identificó un conocimiento incipiente de los profesionales acerca de la cultura de seguridad, así como de las estrategias involucradas, necesitando de acciones que transformen la realidad presentada.

Palabras - Chave: 1- Seguridad del Paciente, 2- Gestión de la Seguridad, 3- Conocimiento, 4- Enfermería.

INTRODUÇÃO

Desde tempos remotos, a segurança do paciente é alvo de debate como por exemplo, Hipócrates, pai da medicina, considerado um pensador à frente de sua época. Escreveu “*In verbis: Primum non nocere*”, declaração que significa: “primeiro não causar dano”, referindo-se ao cuidado ofertado ao paciente. Também, destacou-se Florence Nightingale, enfermeira inglesa que trabalhou na guerra da Criméia (1853 – 1856), pelas observações das condições precárias no qual se encontravam os soldados, priorizando a segurança dos mesmos como item fundamental para a qualidade do cuidado ⁽¹⁻²⁾.

A temática da segurança do paciente tem impacto mundial e revela-se como marco fundamental a divulgação de um estudo estadunidense, no ano de 1999: “*To Err is Human: Building a Safer Health Care System*” (Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro) ⁽³⁾, publicado pelo *Institute of Medicine* (IOM) no qual apontou altas taxas de mortalidade em hospitais relacionadas à ocorrência de eventos adversos e gastos dispendiosos as unidades de saúde ⁽⁴⁾.

Em 2001, o IOM estabeleceu um plano para a notificação de eventos adversos, sendo uma de suas finalidades a assistência livre de danos ao cliente. No mesmo ano no Brasil,

houve a criação dos “Hospitais Sentinela”, que atuavam de modo a sistematizar a vigilância de produtos e serviços de saúde ⁽¹⁾.

E em 2004 a Organização Mundial de Saúde (OMS), criou a *World Alliance for Patient Safety* (Aliança Mundial para a Segurança do Paciente), um programa com os objetivos de organizar conceitos e definições, propondo medidas para redução dos riscos e prevenção de eventos adversos. No ano seguinte foi criado pela OMS o 1º Desafio Global sendo o tema: “Um cuidado limpo é um cuidado mais seguro”, com o objetivo de reduzir infecções ⁽⁵⁾.

Baseado nas recomendações da OMS, o Brasil lançou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído pela Portaria ministerial número 529 no ano de 2013, com o objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. Pela Portaria define-se como segurança do paciente: a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde ⁽⁶⁾.

Caracterizam-se como eventos adversos (EAs) os incidentes e seus danos decorrentes, desnecessários e associados à atenção a saúde. Estudos estimam que a ocorrência de incidentes afetem de 4% a 16% de pacientes hospitalizados em países desenvolvidos, o que sensibilizou sistemas de saúde em todo o mundo a melhorar a segurança do paciente ⁽⁷⁾. A ocorrência desses eventos adversos está em geral relacionada a diversos fatores inerentes ao gerenciamento do serviço e da assistência prestada ⁽⁸⁾.

Vale destacar que tais falhas podem ser corrigidas a partir de estratégias efetivas e simples que ajudam a prevenir e reduzir os riscos e danos nos serviços, por meio de seguimento de protocolos, levantamento de barreiras na assistência possibilitando o trabalho e aperfeiçoamento da assistência e a educação permanente de profissionais ⁽⁹⁾.

Nesse sentido, a partir da Resolução de Diretoria Colegiada (RDC), número 36, de julho de 2013, da Agência Nacional de Vigilância da Saúde (ANVISA) ficou estabelecido à obrigatoriedade da implantação de Núcleos de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP), nos serviços de saúde do país, sendo seus papéis primordiais “A articulação e a integração dos processos de gestão de risco garantindo boas práticas de funcionamento dos serviços, promovendo ainda ações de gestão de riscos, integração multiprofissional, educação em segurança do paciente, utilização de ações preventivas e corretivas dentre outras ações, a fim de promover a cultura de segurança ⁽¹⁰⁾”.

A cultura de segurança é um produto derivado de valores, atitudes, competências adicionado de comportamento do indivíduo ou de um grupo, o qual determina a proficiência, compromisso e a administração, no qual implica ações diretas e indiretas nos serviços prestados, afetando a segurança do paciente de forma positiva ou negativa ⁽¹⁰⁾.

A estimulação da discussão em equipe sobre a cultura de segurança permite a pontuação de estratégias de prevenção que assegurem a segurança do paciente, sendo evidente a necessidade de compreensão da equipe de enfermagem frente aos eventos adversos das unidades e a adoção de uma cultura não punitiva, por meio da comunicação, destacando - se a importância da notificação e compreensão das causas das ocorrências. Desse modo, avaliar a assistência é um instrumento que permite o controle dos processos do trabalho, mensurando o clima de segurança dos serviços ^(8,11).

Tendo em vista a magnitude que os eventos adversos representam para os pacientes e ao sistema de saúde e considerando a importância de ações que envolvam a segurança do paciente e promoção a cultura de segurança com foco na melhoria da qualidade do cuidado ⁽¹²⁾. Justifica-se a realização desse estudo a partir da elaboração da seguinte questão norteadora: Quais as percepções e vivências dos profissionais de enfermagem acerca da

cultura de segurança e das estratégias que envolvem a segurança do paciente em uma unidade de nefrologia de um hospital público do Distrito Federal.

OBJETIVO

Conhecer as percepções e vivências dos profissionais de enfermagem acerca da cultura de segurança e das estratégias que envolvem a segurança do paciente em uma unidade de nefrologia de um hospital público do Distrito Federal.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva de natureza qualitativa, onde foi utilizado o método da análise de conteúdo de Bardin, de caráter indutivo ⁽¹³⁾. Onde os participantes foram 11 técnicos em enfermagem e 1 enfermeira da Unidade de Nefrologia do Instituto Hospital de Base do Distrito Federal, sendo a amostra obtida a partir da saturação dos discursos dos participantes mediante análise das entrevistas que foram gravadas e transcritas ⁽¹⁴⁾.

A análise de conteúdo proposta por Bardin tem 3 etapas distintas, sendo a primeira a organização do conteúdo dos depoimentos, realizando a identificação de verbalizações, temas e categorias, a segunda consiste na análise dos dados organizados na etapa anterior, realizando a classificação e codificação, recortando unidades de análise e a última etapa consiste no agrupamento dos resultados obtidos e elaboração de síntese de acordo com as entrevistas, o que permite a interpretação do conteúdo dos relatos ⁽¹⁵⁾.

A coleta de dados foi realizada durante o mês de julho de 2018, após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, parecer de aprovação número: 2. 739.946 e certificado de apresentação para apreciação ética de número: 8806611810000553. Este estudo seguiu as diretrizes que envolvem pesquisas com

seres humanos, conforme Resolução de número 510 de Abril do ano de 2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), cumprindo todas as etapas recomendadas para os aspectos éticos (16).

Os critérios de inclusão foram: ser profissional de enfermagem, atuando diretamente na assistência e servidores efetivos e contratados de ambos os sexos; que concordaram em participar da pesquisa de modo voluntário preenchendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Termo de Autorização de uso de som e imagem; Os critérios de exclusão foram: sujeitos que mesmo preenchendo os critérios de inclusão recusaram-se a assinar os termos acima citados; e estudantes sem vínculo empregatício à unidade.

Quanto aos instrumentos de investigação, dois roteiros foram utilizados envolvendo três questões estruturadas para as variáveis: idade, profissão em exercício na unidade e tempo de atuação na unidade. O segundo roteiro, com 9 questões subjetivas e não estruturadas contemplaram os conceitos de cultura de segurança, segurança do paciente, estratégias voltadas a segurança do paciente implementadas na unidade, conhecimento e atuação dos Núcleos de Qualidade e Segurança do paciente (NQSPs), dentre outras. Os instrumentos foram previamente testados e readequados para aplicação efetiva.

Após a coleta dos dados, procedeu-se a análise de conteúdo com as categorias temáticas obtidas e seus resultados foram organizados. Para identificação dos participantes, utilizou-se a letra “E” com numerações subsequentes para revelação das falas dos entrevistados.

Para maior rigor metodológico foram cumpridas as recomendações do checklist *SRQR* (*The Standards for Reporting Qualitative Research*) formulado em 2014, critérios padronizados para relatos de pesquisa qualitativa (17).

RESULTADOS

Referente ao perfil sócio demográfico dos 12 participantes do estudo, todos possuíam vínculo empregatício com o hospital público, sendo apenas 1 participante do sexo masculino e os demais do sexo feminino, com média de idade de 36,4 anos e média de tempo de atuação profissional de 3,5 anos.

Com relação aos resultados da investigação qualitativa, emergiram 4 categorias de análise:

Categoria 1: Diferenciação do significado dos termos “cultura de segurança” e “segurança do paciente”.

A partir dos relatos transcritos, verificou-se que poucos profissionais conseguem diferenciar os termos “cultura de segurança” e “segurança do paciente”. Os profissionais não conseguiram reconhecer a diferença entre os termos e nem exibiram conhecimento acerca da cultura de segurança, como observado nos seguintes relatos:

“E1: cultura adotada de rotinas diárias para a segurança, como identificação, risco de queda [...]”.

“E12: é um conjunto de fatores... que envolvem medidas simples como lavagem das mãos... cuidados com a administração de medicamentos, cuidado no transporte, com a acomodação do paciente [...]”.

“E10: devemos dar assistência pro paciente... visando minimizar o máximo de agravos...”.

Destacou-se em alguns relatos o acompanhante como co-participante da assistência, reforçando a necessidade da equipe de enfermagem quanto a orientação, cuidado e manejo do paciente:

“E5: é importante que o acompanhante mantenha as grades elevadas, se abaixou para o paciente ir ao banheiro [...] ter o cuidado de subir novamente”.

“E12: a equipe tem que estar bem orientada para poder orientar esses visitantes também.”

Constatou-se pelos discursos que os profissionais relataram apenas preocupações relacionadas aos cuidados dos pacientes, limitando-se à identificação, administração de medicamentos e o risco de queda, não compreendendo a magnitude das ações que permeiam o universo da cultura de segurança.

Categoria 2: Segurança do Paciente por meio de estratégias e implantação de protocolos na Unidade de Nefrologia.

Sobre o uso de protocolos e estratégias conhecidas e utilizadas na unidade do estudo, seis dos entrevistados relataram que há pouca ou nenhuma estratégia que envolve a segurança do paciente, demonstrando em alguns momentos fragilidades de conhecimento sobre medidas adotadas na unidade, que envolvem a segurança do paciente, como demonstrado nos relatos a seguir:

“E5: tem poucas estratégias [...] tipo as plaquinhas.”

“E6: só aquelas coisinhas na parede...”

Os protocolos de segurança do paciente na unidade são desconhecidos para a totalidade dos profissionais entrevistados que citaram apenas a existência de Procedimentos Operacionais Padrão (POP), porém sem conhecimento de seus conteúdos, referindo difícil acesso aos mesmos conforme relatos.

“E2: temos o POP [...] fica em cada computador, tem vários”.

“E4: os POP não ficam muito acessíveis [...] aqui eles ficam guardados na sala da chefia.”

“E7: [...] é melhor que tivesse escrito (o POP).”

“E10: como eu tenho pouco tempo aqui, se há protocolo, eu não fui apresentado.”

Categoria 3: Conhecimento dos profissionais acerca das ações do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente e da notificação de incidentes e/ou eventos adversos.

Demonstrou-se que a maioria dos profissionais desconhecem a localização e atuação do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP), sendo citado por poucos como, local para a notificação de incidentes e/ou eventos adversos. Verificou-se também um conhecimento superficial relativo à atuação do NQSP, bem como da notificação de incidentes e eventos adversos, como nos relatos identificados:

“E5: acredito que ele busca (NQSP) [...] fazer um levantamento de agravos, de notificações”.

“E10: eu sei que através do Núcleo de Segurança, a gente notifica as intercorrências”.

Relataram também ocorrência maior de incidentes como: quedas, acidentes com perfuro cortantes, medicações erradas, priorizando apenas incidentes que podem gerar dano grave ao paciente, ressaltando-se para alguns, erroneamente, que o NQSP também representava local onde era notificado incidentes envolvendo o servidor.

“E1 [...] queda, que é mais notificado.”

“E2: aqui é mais perfuro cortante – envolvendo o servidor - [...] eu sei que a gente vai até o núcleo de segurança [...] mas não sei como é.”

“E6: os que colocam em risco a vida do paciente (incidentes) é que são priorizados a notificação.”

“E5 [...] medicação administrada por via errada, de punção, com cateter.”

Categoria 4: Melhora da gestão do cuidado e educação continuada.

Quando questionados sobre as falhas identificadas e o que pode ser realizado para melhorar a gestão do cuidado na unidade, todos os entrevistados expressaram opiniões semelhantes, apontando como dificuldades a: comunicação falha, resistência dos profissionais às mudanças propostas, falta de recursos e falta de cursos e atualizações periódicas aos profissionais, revelando a fragilidade nas condutas adotadas e a importância da educação continuada, conforme relatos a seguir:

“E1: [...] tem resistência à mudança e aquele negócio de “ah, eu aprendi daquele jeito e vou continuar”.

“E4: a interação da equipe [...] reuniões para colocar pontos errados e tentar melhorar [...] tem pouca comunicação.”

“E7 a gente faz muita coisa improvisada [...] vivo muito do improviso (falta de insumos).”

“E10 [...] curso e atualizações [...] eu acho que é muito importante, trazer conhecimento aos profissionais.”

“E9: outrora, haviam (cursos), agora seis meses que a gente está sob outro gestor... na gestão passada houve cursos amplamente divulgados... mas nessa gestão não.”

DISCUSSÃO

Ressalta-se a importância em diferenciar os termos “cultura de segurança” e “segurança do paciente” como essencial por parte da equipe de enfermagem. O avanço neste tema é desafiador tendo em vista a necessidade de avaliar a cultura de segurança da instituição a fim de consolidar uma cultura de segurança construtiva, com estímulo a implantação de metas e objetivos para a prevenção de eventos adversos ⁽¹⁸⁾. Ademais, torna-se essencial para

promover a cultura de segurança, a participação da mais alta gestão dos serviços de saúde junto aos profissionais que vivenciam rotineiramente a assistência.

Para uma assistência de qualidade, a implementação de estratégias de segurança é fundamental para a sistematização do cuidado, devendo a equipe de enfermagem dispor de várias ações para implantação efetiva de estratégias na instituição e assim desenvolver uma cultura de segurança efetiva, além de ações conduzidas pelo NQSP com participação ativa na capacitação da equipe, envolvendo o enfermeiro gestor, como o alicerce para todo o processo (19).

Compete ao NQSP, a melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde; a disseminação sistemática da cultura de segurança; além da elaboração, implantação e divulgação do Plano de Segurança do Paciente (PSP), acompanhando as ações, e monitoramento, o desenvolvimento de programas de capacitação de segurança do paciente e qualidade de serviços, dentre outras ações (10).

Para uma atuação efetiva do Núcleo, no quesito capacitação profissional, necessita-se de alguns pontos para se adequar a demanda do serviço como: flexibilidade para encontros, momentos exclusivos para atividades educativas, reuniões entre os gestores e estratégias para superar limitações que dificultam a realização das atividades pelo NQSP tais como, demanda assistencial aumentada, resistência profissional e falta de comprometimento de alguns enfermeiros frente ao processo educativo (20).

A resistência profissional é uma barreira que também impacta na realização da notificação de EAs, os resultados obtidos na pesquisa, corroboram-se com um estudo quantitativo realizado com enfermeiros no Brasil, evidenciando que os profissionais receiam medidas punitivas em decorrência das notificações dos EA, resultando subnotificações com número abaixo do verdadeiro de EAs (21).

Muitos dos entrevistados apontaram como dificuldades encontradas na unidade falhas na comunicação. A comunicação envolve relações interpessoais e é fundamental no processo de trabalho onde há a emissão, recepção e compreensão da mensagem (verbal ou não verbal). É frequente a ocorrência de problemas e dificuldades na comunicação, de maneira que a mensagem enviada pode não ser decodificada corretamente, ocasionando confusões ou erros (22).

A comunicação ineficaz repercute em um cuidado inseguro, sendo um fator contribuinte para desfechos desfavoráveis, porém há atitudes a serem tomadas para melhoria, como simulações práticas e maneiras padronizadas de apresentar informações nas reuniões de equipe (23). Todas as atitudes de melhoria podem ser realizadas por meio da educação permanente onde o enfermeiro tem a responsabilidade de capacitar os profissionais, com o uso de práticas baseadas em evidências científicas (24).

O estudo possui limitações que incluem a participação de apenas um enfermeiro assistencial, o qual demonstrou um conhecimento maior em comparação com os profissionais técnicos, no entanto, o fato impossibilita discussões mais aprofundadas relacionadas a esse achado.

A contribuição desse estudo é fomentar reflexões e discussões acerca da cultura de segurança, bem como das estratégias de segurança do paciente implementadas na unidade pesquisada, sobretudo diante de constatações evidenciadas, revelando a necessidade de propor mudanças que direcionem os gestores e profissionais de saúde a repensarem suas atitudes e ações concretas referentes à melhoria do cuidado pautado nas premissas de maior qualidade e segurança da assistência ao paciente.

CONCLUSÃO

O presente estudo atingiu seus objetivos, quando possibilitou conhecer as percepções e vivências dos profissionais de enfermagem sobre cultura de segurança do paciente e estratégias de segurança do paciente conduzidas desenvolvidas na unidade de Nefrologia do hospital em que trabalham.

Evidenciou-se nesse estudo que a cultura de segurança não está fortalecida na unidade de trabalho estudada, percebendo-se a necessidade de urgente resignificação das ações voltadas para a melhoria da comunicação, implantação de educação continuada efetiva incluindo cursos e atualizações sobre a temática, a fim de consolidá-la na prática profissional da equipe de saúde, contribuindo para a qualidade, segurança e melhoria do cuidado.

Ademais, ressalta-se a importância de intervenções em diversos pontos da assistência, tendo em vista as fragilidades encontradas. Desse modo, destaca-se como essencial maior participação da gestão e do NQSP promovendo um ambiente de trabalho seguro para o profissional e para o paciente, atendendo as demandas de recursos materiais e humanos escassos, como relatados nesse estudo a fim de prevenir a ocorrência de incidentes com consequente dano aos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Watcher, Robert M. Understanding patient safety. AMGH editora, Brasil, 2013, 2ª ed.
2. Bueno AAB, Fassarella CS. Patient Safety: a reflection on its historical trajectory; Rev Rede Cuidados Saúde [Internet]. 2012; 6(1): 1-9; [Acesso em: 07 de Set. de 2018]. Disponível em: <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/racs/article/view/1573/0portuguese> .
3. Nascimento JC, Draganov PB. History of quality in patient safety; [S.I.]; Hist. Enferm. Rev. Eletrônica [Internet], 2015; 6(2): 299-309. (Acesso em: 07 de Set. de 2018). Disponível em: http://here.abennacional.org.br/here/seguranca_do_paciente.pdf.

4. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, McKay T, Pike KC. To err is human. Washington, DC: National Academy Press; 2000.
5. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. First Global Patient Safety Challenge: Clean Care is Safer Care. Geneva; 2006.
6. Ministério da Saúde (Gabinete do Ministro). Portaria nº. 529, de 1 de Abril de 2013. Institui o programa nacional de segurança do paciente. Diário Oficial da União 62 Abril 2013; seção 1, p.43.
7. WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Alliance for patient safety. The Second Global Patient Safety Challenge: Safe Surgery Saves Lives. Geneva; 2008.
8. Duarte SCM, Stipp MAC, Silva MM, Oliveira FT. Adverse events and safety in nursing care. Ver Bras Enferm [Internet], 2015, Rio de Janeiro. Jan-fev (1); 144-154. [Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680120p>].
9. Oliveira RM, Leitão IMTA, Silva LMS, Figueiredo SV, Sampaio RL, Gondim MM. Strategies to promote patient safety: from identifying risks to evidence-based practices. Esc. Anna Nery [Internet], 2014; [acesso em 7 Set. de 2018]; 18(1); Jan –Mar: 122-129. [Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140018>].
10. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Resolução de Diretoria Colegiada nº. 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 143 de Jul. Seção 1.
11. Calori MAO, Gutierrez SL, Guidi TAC. Patient safety: promoting a safety culture. Rev. Saúde em Foco [Internet]. Ed 7ª, 2015. [Disponível em: http://unifia.edu.br/revista_eletronica/revistas/saude_foco/artigos/ano2015/seguranca_paciente.pdf]. Acesso: 25 de Setembro de 2018.

12. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde Nº 15 [Online]. Brasília, 2017 [acesso em: 26 de Set. de 2018].
13. Polit DF. Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática na enfermagem. 7ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2011.
14. Prodanov, CC. Methodology of scientific work: methods and techniques of research and academic work. [recurso eletrônico]. 2ª edição. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.
15. Bardin, L. Análise de Conteúdo. 70ª Edição. Lisboa – Portugal: LDA, 2009.
16. Ministério da Saúde (Conselho Nacional de Saúde). Resolução nº. 510, de 7 de Abril de 2016. Dispõe sobre normas aplicáveis a pesquisa em Ciências Humanas e Sociais.
17. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. Acad Med. [Internet] 2014; 89 (9): 124-1251. [Acesso em: 16 de Out. 2018]. Disponível:
<http://dx.doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388>.
18. Costa AB, Ramos D, Gabriel CS, Bernardes. The culture of patient safety: evaluation by nursing professionals. Rev Texto Contexto Enferm [Internet]. Ed 3ª, 2018. [Disponível em: <
<http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180002670016>]. Acesso em: 27 de Setembro de 2018.
19. Reis, GAX et al. Implantation of patient safety strategies: perceptions of nurse managers. Rev Texto Contexto Enferm [Internet], Ed 2ª, 2017. [Disponível em: <
<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017000340016>]. Acesso em: 29 de Setembro de 2018.
20. Lavich CRP, Terra MG, Mello AL, Raddatz M, Arnemann CT. Permanent education actions of nurses facilitating a core nursing education. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2017

mar; 38(1). [Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.62261>]. Acesso em: 15 de Out. de 2018.

21. Françolin L, Gabriel CS, Bernardes A, Silva AEBC, Brito MFP, Machado JP.

Patient safety management from the perspective of nurses. Rev. Esc. Enferm [Internet]. USP, 2015; 49(2): 277-283. [Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080623420150000200013>]. Acesso em: 7 Set. de 2018.

22. Freitas CLS, Drohomeretski ECM, Santos IL, Araujo KC, Santos DLT. How the communication may influence in the appearance of conflicts in an organizational environment. PsicoFAE, Curitiba, 2015; v.4; n1; p. 89 – 104.

23. Nogueira JWS, Rodrigues MCS. Effective communication in teamwork in health: a challenge for patient safety. Cogitare Enferm [Internet]. Ed 3ª, Jul. – Set, 2015. [Disponível em: <http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/wpcontent/uploads/sites/28/2016/10/40016-162735-1-PB.pdf>]. Acesso em: 29 de Setembro de 2018.

24. Vieira MC, Cruz RA. The importance of continuing / continuing education in the health area of the nursing sector. Revistas UNINGÁ [Internet], Maringá – PR; N° 31; Jan – Mar; p 141-148. 2012. [Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/1011/663>]. Acesso em 15 de Out. de 2018.