

Cultura de segurança do paciente num centro de terapia intensiva segundo percepção da equipe multiprofissional

RESUMO

Estudo descritivo, transversal, abordagem quantitativa, com objetivo de avaliar a percepção da equipe multiprofissional acerca da cultura de segurança do paciente no centro de terapia intensiva adulto de um Hospital Universitário Federal. A coleta de dados foi realizada a partir da aplicação de dois instrumentos: o questionário de caracterização e a versão brasileira do "Hospital Survey on Patient Safety Culture". Participaram 45 pessoas correspondendo 73% da amostra. As dimensões de maiores médias de respostas positivas foram: Expectativas e ações da supervisão/chefia para a promoção da segurança do paciente; Abertura para comunicação e Trabalho em Equipe. Quatro dimensões receberam avaliação negativa com porcentagem acima de 50%: Resposta não punitiva ao erro; Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente; Quadro de funcionários e Percepção Geral da Segurança do Paciente. A cultura de segurança do paciente não se encontra adequadamente implantada neste cenário, no entanto, constatou-se dimensões com potencialidades de transformação.

DESCRITORES: Segurança do Paciente; Unidades de Terapia Intensiva; Pessoal de Saúde.

ABSTRACT

This descriptive, cross-sectional, quantitative approach aims to evaluate the perception of the multiprofessional team about the safety culture of the patient in the adult intensive care center of a Federal University Hospital. Data collection was done through the application of two instruments: the characterization questionnaire and the Brazilian version of the "Hospital Survey on Patient Safety Culture". Thirty-five people participated, corresponding to 73% of the sample. The dimensions of higher averages of positive responses were: Expectations and actions of supervision/leadership to promote patient safety; Opening for communication and Teamwork. Four dimensions received negative evaluation with percentage above 50%: Non-punitive response to error; Hospital management support for patient safety; Staff and General Perception of Patient Safety. The safety culture of the patient is not adequately implanted in this scenario; however, it was verified dimensions with potential transformations.

DESCRIPTORS: Patient Safety; Intensive Care Units; Health Personnel.

RESUMEN

Estudio descriptivo, transversal, abordaje cuantitativo, con el objetivo de evaluar la percepción del equipo multiprofesional acerca de la cultura de seguridad del paciente en el centro de terapia intensiva adulto de un Hospital Universitario Federal. La recolección de datos fue realizada a partir de la aplicación de dos instrumentos: el cuestionario de caracterización y la versión brasileña del "Hospital Survey on Patient Safety Culture". Participaron 45 personas, correspondiendo el 73% de la muestra. Las dimensiones de mayores promedios de respuestas positivas fueron: Expectativas y acciones de la supervisión/jefatura para la promoción de la seguridad del paciente; Apertura para comunicación y trabajo en equipo. Cuatro dimensiones recibieron una evaluación negativa con un porcentaje superior al 50%: Respuesta no punitiva al error; Apoyo de la gestión hospitalaria para la seguridad del paciente; Cuadro de funcionarios y Percepción General de la Seguridad del Paciente. La cultura de seguridad del paciente no se encuentra adecuadamente implantada en este escenario, sin embargo, se constató dimensiones con potencialidades de transformación.

DESCRIPTORES: Seguridad del Paciente; Unidades de Cuidados Intensivos; Personal de Salud.

Juliana Barros Siman

Enfermeira, Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva. Enfermeira no setor de Auditoria da Unimed de Governador Valadares – MG.

Joyce Martins Arimatéa Branco Tavares

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Enfermeira no setor de hemodiálise do Hospital Universitário Antônio Pedro- HUAP/UFF. Professora do Departamento de Fundamentos de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

Silvia Maria de Sá Basílio Lins

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Enfermeira no setor de hemodiálise do Hospital Universitário Antônio Pedro- HUAP/UFF. Professora do Departamento de Fundamentos de Enfermagem da UERJ.

Ronilson Gonçalves Rocha

Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor do Departamento de Fundamentos de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

Priscilla Valladares Broca

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Escola da Enfermagem Anna Nery da UFRJ.

Tatiane da Silva Campos

Enfermeira. Mestre em Saúde. Professora do Departamento de Fundamentos de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

INTRODUÇÃO

O estabelecimento da segurança do paciente dentro de uma instituição de saúde depende de comportamentos e percepções dos profissionais diante da prevenção de danos, responsabilização de falhas ativas e condições latentes, bem como de propostas de melhorias mediante eventos adversos. No entanto, discutir sobre o erro e de como lidar com ele ainda consiste em um desafio organizacional⁽¹⁾.

Paralelamente, com a criação da rede sentinela e a instauração da gestão de risco, foi estipulado a notificação dos eventos adversos, objetivando tornar o erro algo comunicável a fim de desenvolver planos de ação de prevenção, monitoramento e avaliação do cuidado⁽²⁾.

Entende-se por eventos adversos os “eventos indesejáveis, não intencionais, de natureza danosa ou prejudicial ao paciente, comprometendo sua segurança, consequente ou não de falha do profissional envolvido”⁽³⁾. Dentre as ações estabelecidas para a prestação de uma assistência segura ao paciente, a notificação de eventos adversos é uma medida essencial, uma vez que possibilita identificar a natureza e frequência dos eventos adversos, permitindo o desenvolvimento de planos de ação direcionados à resolução dos problemas, bem como à prevenção de problemas potenciais⁽⁴⁾.

Enfermeiros que trabalham em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) relataram que a notificação de eventos adversos ocorre de forma predominantemente impressa, anônima e sob responsabilidade

do enfermeiro. Reconheceram a subnotificação, tendo como os principais motivos: a sobrecarga de trabalho, o esquecimento, a não valorização dos eventos adversos e o sentimento de medo e de vergonha. Além disso, 74,3% dos entrevistados relatou ocorrer punição “às vezes” e “sempre”, sendo elas na forma de advertência verbal (maioria dos casos) e escrita, suspensão, demissão e assédio moral⁽⁴⁾.

De acordo com a equipe de enfermagem do Centro de Terapia Intensiva de um hospital da Rede Brasileira de Hospitais Sentinela foi identificado como sendo os erros mais frequentes nesta unidade: preparo e administração de medicações, comunicação ineficaz entre a equipe, uso incorreto dos equipamentos de proteção individual, grades do leito mantidas abaixadas, extubação acidental, recursos materiais inadequados, higienização incorreta das mãos⁽⁵⁾.

Segundo a teoria do erro humano, os lapsos na defesa para se evitar o erro ocorrem devido a falhas ativas e condições latentes. O primeiro está relacionado a comportamentos inseguros, falta de conhecimento e deslizos daqueles que estão no cuidado direto. O segundo associa-se a questões estruturais e gerenciais, tais como recursos humanos e materiais, que podem, indiretamente, ocasionar ou não o erro⁽⁶⁾.

O cuidado em saúde caracteriza-se por um processo complexo que exige o estabelecimento de práticas que sejam planejadas, inspecionadas e avaliadas constantemente a fim de implementar condutas pautadas para a redução de danos ao paciente. Para tanto, desenvolver uma cultura de segurança base-

ada na confiança, numa gestão efetiva, no provimento de protocolos padronizados, na valorização de ações preventivas, entre outros, é essencial para a redução da morbimortalidade dos pacientes nas organizações de saúde⁽⁷⁾.

Em um estudo⁽⁸⁾ realizado com 355 pacientes internados em uma UTI de um hospital no Rio de Janeiro, identificou a ocorrência de eventos adversos em 32,4% dos pacientes, tendo uma média de 2,8 eventos adversos por paciente e uma taxa de incidência de 9,4 eventos adversos por 100 pacientes-dia. Verificou-se que a ocorrência de eventos adversos levou a um aumento no tempo médio de internação na UTI e dos 115 pacientes que sofreram eventos adversos, 35,6% faleceram. Além disso, foi constatado que pacientes em uso de cinco ou mais medicamentos concentrou cerca de 98,3% dos eventos adversos ocorridos, estando também associado ao uso de aminas vasoativas e sedativos. Em relação à associação dos eventos adversos, destaca-se os relacionados a úlcera por pressão (48,2%), dano por manejo de cateteres vasculares (5,3%), e dano por manejo ventilatório (4,6%).

Dessa forma, considera-se que o CTT-A seja um ambiente propício para a ocorrência de eventos adversos por ser um setor de alta complexidade com atendimento a pacientes graves, o que exige da equipe tomadas de decisões rápidas e seguras, bem como o manejo de tecnologias avançadas e procedimentos de alto risco, necessitando, portanto, uma intensa vigilância da segurança do paciente⁽⁹⁾.

Diante disso, questiona-se: Qual a per-

cepção da equipe do CTI-A sobre a segurança do paciente? O objetivo desta pesquisa consiste em avaliar a percepção da equipe multiprofissional acerca da cultura de segurança do paciente no Centro de Terapia Intensiva Adulto de um Hospital Universitário Federal Fluminense.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa. Este estudo seguiu os preceitos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos e está em conformidade com a Resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sendo aprovado na Plataforma Brasil mediante CAAE: 59602616.5.0000.524, com número do parecer substanciado do Conselho de Ética em Pesquisa (CEP): n.º 1.850.433.

Os participantes da pesquisa foram os membros da equipe multiprofissional do CTI-A que é composta por: quinze médicos, um residente de medicina, nove enfermeiros assistenciais, um residente de enfermagem, vinte e dois técnicos de enfermagem, seis auxiliares de enfermagem, quatro fisioterapeutas, três nutricionistas, um residente de nutrição, uma assistente social e possui uma coordenadora de enfermagem e um coordenador médico, totalizando 65 profissionais. Desta equipe, 61 foram potenciais participantes, uma vez que dois médicos estavam afastados do serviço e uma enfermeira e um auxiliar de enfermagem estavam de licença médica. No entanto, pela dificuldade de contactar todos os profissionais (substituição de plantão) participaram efetivamente dessa pesquisa 45 profissionais. De acordo com a Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), considera-se um percentual de contemplação de ao menos 50% do total da amostra como adequado para avaliação da cultura de segurança do paciente⁽¹⁰⁾.

Os critérios de inclusão para estes participantes foram os profissionais que estiveram trabalhando no CTI-A durante o período da coleta de dados e que possuíam tempo de atuação no CTI-A de no mínimo seis meses. Foram excluídos da amostra os profissionais que estiveram de férias, licença

saúde, licença maternidade ou afastado por qualquer motivo no período da coleta dos dados, bem como os potenciais participantes que apresentaram dificuldades relacionadas ao contato. Ambos os critérios seguem recomendações dos autores do instrumento que será utilizado para a coleta dos dados⁽¹⁰⁾.

A coleta de dados ocorreu no período de dezembro de 2016 a janeiro de 2017, sendo realizada a partir da aplicação de dois questionários. O primeiro consistiu num questionário de caracterização dos participantes da pesquisa com o intuito de obter informações mais específicas sobre o perfil do participante enquanto trabalhador e suas ações desenvolvidas no CTI-A. O segundo tratou-se da versão brasileira do questionário "Hospital Survey on Patient Safety Culture" (HSOPSC), intitulada "Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais". No instrumento utilizado para a produção dos dados, foi excluída da primeira pergunta da seção "A" devido ao fato da pesquisa se realizar em um setor já pré-determinado. A utilização deste instrumento ocorreu mediante as recomendações da AHRQ⁽¹⁰⁾.

O HSOPSC é um instrumento mundialmente utilizado, podendo ser aplicado a profissionais que trabalham direta ou indiretamente para o cuidado ao paciente no contexto hospitalar. O instrumento é dividido em 9 seções representadas por letras de A a I. As perguntas mensuram o grau de concordância do profissional acerca do tema por meio de uma escala Likert. A seção I é composta por um espaço para considerações que o participante deseje fazer acerca da segurança do paciente. Segundo recomendações da AHRQ, tais perguntas abordam 12 dimensões relacionadas à cultura de segurança do paciente, totalizando 42 itens.

Além disso, há também oito itens desse questionário que abordam a caracterização dos participantes, um item para atribuição à nota de segurança do paciente da instituição, e um item que consta o número de eventos adversos comunicados. Algumas das perguntas contidas no questionário são formuladas de forma negativa, dessa forma, nesses casos, quando o participante concorda com tal afirmativa é indicativo de que

ele possui uma opinião negativa a respeito do conteúdo exposto na pergunta.

Os dados coletados foram tabulados e analisados descritivamente em um banco de dados utilizando o programa Microsoft Excel® 2013, sendo realizado o cálculo da frequência em termos absolutos e percentuais das respostas obtidas a cada pergunta de ambos os questionários. Ressalta-se que alguns itens não foram respondidos pelos participantes, o que é permitido pelo instrumento, havendo, portanto, diferença no total calculado em cada dimensão.

Conforme orientação da AHRQ, procedeu-se à distribuição das perguntas em suas respectivas dimensões e feito o agrupamento das respostas em três categorias: respostas positivas (concordo totalmente, concordo, quase sempre e sempre), respostas negativas (discordo totalmente, discordo, nunca e raramente) e respostas neutras (não concordo e nem discordo), logo após, foi realizado o cálculo da média das respostas positivas, a média das respostas negativas e a média das respostas neutras de cada uma das 12 dimensões.

Para se considerar uma dimensão de força para a segurança do paciente, 75% dos participantes devem ter que responder positivamente às perguntas formuladas de forma positiva, e negativamente às perguntas formuladas de forma negativa. São consideradas como áreas críticas aquelas em que os participantes atribuem 50% ou mais de respostas negativas para perguntas formuladas positivamente ou respostas positivas para perguntas formuladas negativamente⁽¹¹⁾.

RESULTADOS

Participaram desta pesquisa 45 pessoas correspondendo a 73% da população.

Verificou-se no instrumento de caracterização dos sujeitos que a maioria dos participantes são do sexo masculino (60%), possuem idade entre 20-40 anos (66,6%), ingressaram por concurso (91,1%) e possuem dois vínculos empregatícios (51,1%). Através do instrumento HSOPC, constatou-se que participaram da pesquisa: oito médicos (17,7%), um residente de medicina (2,2%), oito enfermeiros (17,7%),

um residente de enfermagem (2,2%), dezessete técnicos de enfermagem (37,7%) e três auxiliares de enfermagem (6,6%), três

fisioterapeutas (6,6%) e três nutricionistas (6,6%). Com relação ao tempo de trabalho no CTI-A, 40% trabalham neste lo-

cal num período entre 1 a 5 anos e 68,8% cumprem uma carga horária entre 20 a 39 horas semanais.

Tabela 1. Caracterização da amostra. Niterói, RJ, Brasil, 2016-2017

CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS	N	%
SEXO (N= 45)		
Masculino	27	60
Feminino	18	40
IDADE (N= 45)		
Entre 20- 40 anos	30	66,6
Acima de 40 anos	15	33,3
TIPO DE INGRESSO/ INSERÇÃO NO HOSPITAL (N= 45)		
Estatutário	41	91,1
Contrato temporário	4	8,8
VÍNCULOS EMPREGATÍCIOS (N= 45)		
Um vínculo	20	44,4
Dois vínculos	23	51,1
Três ou mais vínculos	2	4,4
TEMPO DE TRABALHO NO CTI-A (N= 45)		
Menos de um ano	5	11,1
1 a 5 anos	18	40
6 a 10 anos	8	17,7
11 a 15 anos	4	8,8
16 a 20 anos	3	6,6
21 anos ou mais	7	15,5
CARGA HORÁRIA SEMANAL (N= 45)		
20 a 39 horas	31	68,8
40 a 59 horas	11	24,4
60 a 79 horas	2	4,4
100 horas ou mais	1	2,2
FUNÇÃO (N= 45)		
Médico	8	17,7
Médico residente	1	2,2
Enfermeiro	8	17,7
Técnico de enfermagem	17	37,7
Auxiliar de enfermagem	3	6,6
Nutricionista	3	6,6
Fisioterapeuta	3	6,6
Assistente social	1	2,2
Outro: residente de enfermagem	1	2,2

Em relação ao quantitativo total de respostas dos participantes sobre as 12 dimensões de segurança do paciente do instrumento HSOPC, obteve-se 639 (34%) respostas consideradas positivas, 804 (42,8%) de respostas negativas e de 433 (23%) respostas neutras. As médias relacionadas às respostas de cada uma das 12 dimensões está representada no Gráfico 01.

A partir da análise do gráfico, verifica-se que nenhuma dimensão apresentou média igual ou superior a 75%, o que corresponde ao valor de significância de mensuração da força para a segurança do paciente, segundo a AHRQ⁽¹¹⁾.

A dimensão que apresentou maior média de respostas positivas foi a intitulada “Expectativas e ações da supervisão/chefia para a promoção da segurança do paciente”, a qual aborda se supervisão/chefia possui condutas favoráveis e estabelece prioridades para a segurança do paciente no setor⁽¹¹⁾. Tal dimensão é composta por quatro itens do instrumento, e obteve um total de 126 (69,9%) de respostas positivas. Dois itens

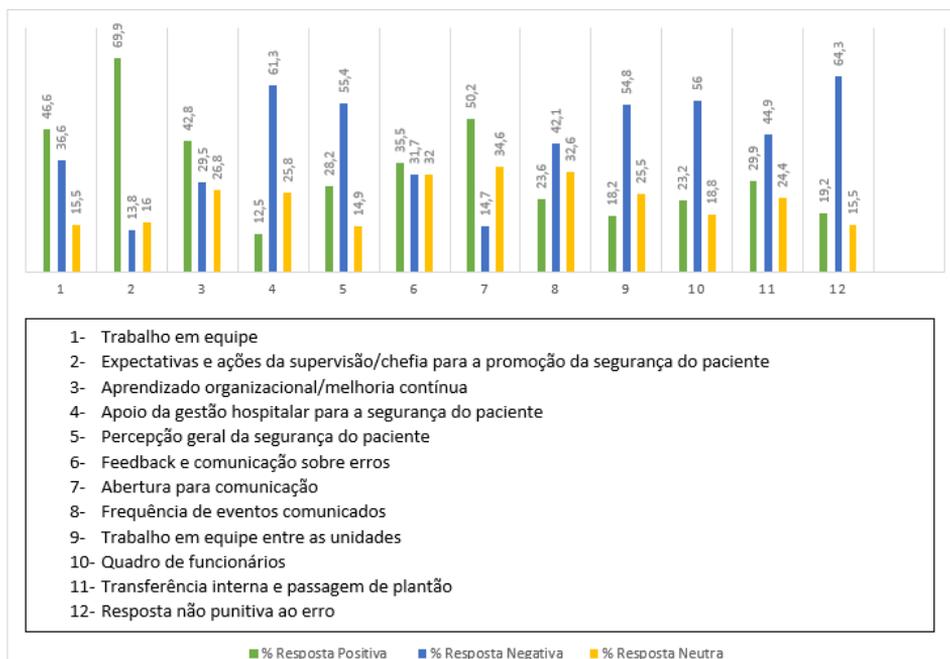
dessa dimensão apresentaram maior positividade, obtendo a mesma pontuação, são eles: “O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente” e o item “O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente”, ambos com 33 (73,3%) de respostas positivas. Ressalta-se que, como a pergunta do segundo item é elaborada de forma negativa, um resultado positivo indica a discordância dos participantes em relação à pergunta.

A dimensão “Abertura para comunicação” foi a segunda que obteve maior média de respostas positivas, totalizando 68 (50,2%). Esta dimensão verifica o grau de liberdade que os participantes sentem ter na unidade para relatar e discutir com a equipe sobre situações que prejudicam o paciente, bem como questionar seus superiores quando necessário e é composta por um total de três itens⁽¹¹⁾. O item que apresentou maior relevância foi: “Os profissionais (independente do vínculo empregatício) se preocu-

dente do vínculo empregatício) têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente”, com 32 (71%) de respostas positivas.

Importante destacar que quatro dimensões receberam nota negativa com porcentagem acima de 50%, o que indica área crítica para a segurança do paciente. A dimensão que obteve maior porcentagem de respostas negativas foi: “Resposta não punitiva ao erro” com 89 (64,3%) de respostas negativas. Essa dimensão discorre sobre a percepção que os participantes têm sobre a existência de uma cultura punitiva relacionada ao erro⁽⁹⁾ e compõe-se de três itens. Ressalta-se que todos os itens dessa dimensão obtiveram respostas negativas com percentual acima de 50%, sendo eles: “Os profissionais consideram que seus erros, enganos ou falhas podem ser usados contra eles”, com 34 (75,4%); “Quando um evento é relatado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema”, com 29 (64,4%); “Os profissionais (independente do vínculo empregatício) se preocu-

Gráfico 1. Percentual de respostas positivas, neutras e negativas das doze dimensões da cultura de segurança do paciente segundo o instrumento HSOPC. Niterói, RJ, Brasil, 2016-2017



pam que seus erros, enganos ou falhas sejam registrados em suas fichas funcionais”, com 26 (53,2%).

A outra dimensão que foi avaliada negativamente consiste no “Apoio na gestão hospitalar para a segurança do paciente” obtendo 83 (61,3%) das respostas negativas. Esta dimensão reflete se as condições proporcionadas pela instituição são favoráveis à segurança do paciente e contém três itens. Todos os itens dessa dimensão obtiveram respostas negativas com percentual acima de 50%, sendo eles: “A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso”, com 29 (64,3%); “A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente”, com 28 (62,1%); “As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é a principal prioridade”, com 26 (57,7%).

A terceira dimensão que obteve avaliação negativa pelos participantes foi

“Quadro de funcionário”, que aborda aspectos sobre as condições da equipe que atua no setor, tais como dimensionamento e carga horária⁽¹¹⁾. Possui quatro itens, sendo que dois foram avaliados com respostas negativas acima de 50%, sendo eles: “Temos profissionais (independente do vínculo empregatício) suficientes para dar conta da carga de trabalho”, com 41 (91%); “Nós trabalhamos em ‘situação de crise’, tentando fazer muito e muito rápido”, com 23 (51%).

A quarta avaliação negativa que obteve destaque consiste na intitulada “Percepção Geral da Segurança do Paciente” obtendo 100 (55,4%) de respostas respondidas negativamente. Dos quatro itens que compõem essa dimensão, dois obtiveram percentual de respostas negativas acima de 50%, sendo eles: “Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente”, com 35 (77,6%); “A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída”, com 34 (75,4%).

Apesar da dimensão “Trabalho em equipe” não ter obtido uma avaliação acima de 50% cabe destacar que foi obtido uma nota próxima aos 50%, sendo 66 (36,6%) de respostas negativas. Essa dimensão retrata o relacionamento entre os membros da equipe e de aspectos que reforçam ou que dificultam a realização do trabalho em equipe. É composta por quatro itens, sendo que destes, o item “Quando uma área/unidade de trabalho fica sobrecarregada, as outras ajudam” foi o que pontuou com maior número de respostas negativas, sendo 29 (64,3%).

Conforme abordado no questionário HSOPC, os participantes atribuíram uma nota à segurança do paciente no setor, que está representada no gráfico abaixo (Gráfico 2).

Constatou-se que 21 (46,6%) pessoas avaliam a segurança do paciente como regular. Já em relação ao número de eventos adversos que foram relatados nos últimos 12 meses pelos participantes, verificou-se que 40 (88,8%) não preencheram nenhum relatório (Gráfico 3).

Gráfico 2. Média percentual da nota atribuída à segurança do paciente. Niterói, RJ, Brasil, 2016-2017

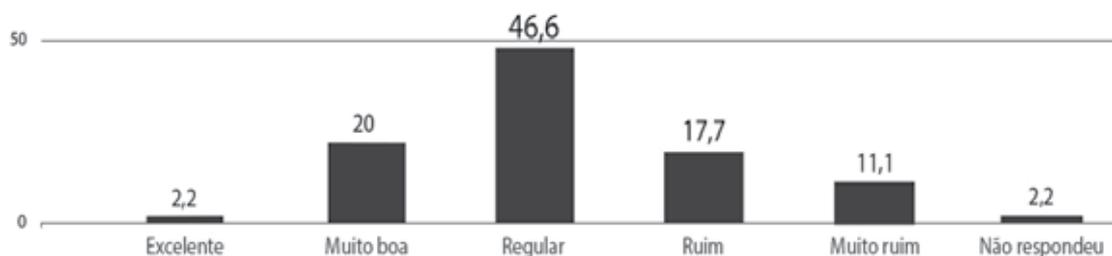
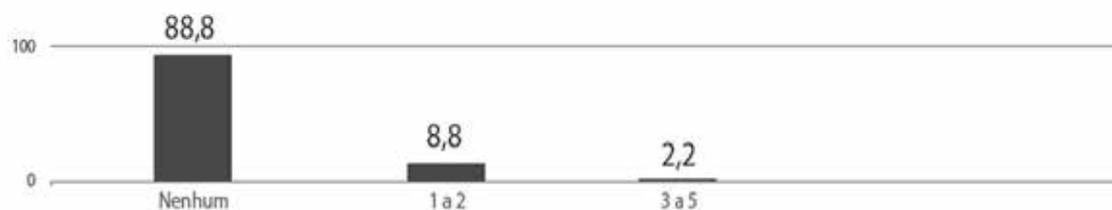


Gráfico 3. Média percentual do número de eventos adversos que foram relatados nos últimos 12 meses pela equipe multiprofissional. Niterói, RJ, Brasil, 2016-2017



DISCUSSÃO

A inexistência de indicadores de força para a segurança do paciente e o fato de quase metade (42,8%) do total das respostas ao questionário HSPOC ser negativa, indica que a equipe multiprofissional do CTI-A possui uma percepção de fragilidade da cultura de segurança do paciente neste setor. Todavia, ressalta-se que foram encontrados resultados com dimensões que indicam um potencial de força para a segurança do paciente, e que mostram uma percepção favorável dos participantes ao contexto desses seguimentos para a segurança do paciente.

Os resultados dos estudos realizados com a aplicação do questionário HSOPC em UTIs adulto, neonatal e em emergências pediátricas⁽¹²⁻¹⁴⁾ estão em concordância com esta pesquisa uma vez que também obtiveram a dimensão “Expectativas e ações da supervisão/chefia para a promoção da segurança do paciente” como a melhor avaliada pelos participantes. A obtenção de uma média elevada de positividade para essa dimensão permite refletir que os participantes desta pesquisa consideram possuir uma supervisão/chefia comprometida com a segurança do paciente e que desenvolve atitudes que priorizam o estabelecimento de uma equipe participativa em ações de promoção da segurança do paciente, conforme evidenciados nos dois itens que obtiveram maior número de respostas positivas: “O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente” e o item “O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente”.

Este resultado é considerado favorável à segurança do paciente já que uma supervisão/chefia que leva em consideração as sugestões dos profis-

sionais, permite que eles sejam ativos no processo de implementação da segurança do paciente, permitindo-os identificar as causas e consequências das situações de risco para o paciente, propor melhorias e medidas preventivas que favorecem a prestação de uma assistência mais segura⁽¹⁵⁾.

Já a dimensão “Abertura para a comunicação” que foi a segunda melhor avaliada, obteve concordância de positividade com estudos⁽¹⁴⁻¹⁶⁾ realizados em demais UTIs. Este resultado revela que uma das metas internacionais para a segurança do paciente, “Melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde”, está sendo cumprida no CTI-A segundo os participantes desta pesquisa. A comunicação ineficaz constitui-se um elemento de causa-raiz de eventos adversos em serviços de saúde. Sua ineficiência favorece a ocorrência e repetição de eventos adversos, afetando diretamente o paciente provocando inadequações no tratamento e prolongamento do tempo de internação⁽¹⁶⁾. Pesquisa⁽¹⁶⁾ discorre sobre a importância de se estabelecer uma comunicação aberta entre os membros da equipe, de forma que eles sintam liberdade para relatar e discutir a ocorrência de erros, a fim de prevenir novos eventos adversos e implementar o aprendizado organizacional. Esta situação se mostra favorável segundo a percepção da equipe do CTI-A deste presente estudo, uma vez que a grande maioria das respostas positivas aborda o tema que envolve a afirmativa do seguinte item: “Os profissionais (independente do vínculo empregatício) têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente”.

Os resultados da dimensão “Trabalho em equipe”, terceira melhor avaliada, foi também considerada como positiva nos estudos realizados em UTIs⁽¹²⁻¹⁴⁾. A equipe multiprofissional caracteriza-se por ser heterogênea, dinâmica e, soma-se a esse fato a diversidade de conduta e opiniões

que, quando bem aplicada, gera um trabalho em equipe bem estruturado⁽⁵⁾. Estudo⁽¹⁷⁾ mostrou que equipe multiprofissional de um CTI considera o trabalho em equipe como algo positivo, que estabelece a prestação de um cuidado humanizado, a troca de informações, de conhecimentos diversos e o apoio mútuo entre os profissionais. A elevada positividade no item “Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito” reforça um bom relacionamento interpessoal entre a equipe, o que favorece um trabalho integrado e mais seguro⁽¹⁷⁾. Verificou-se que os profissionais consideram a existência de uma cultura punitiva em relação aos erros que ocorrem no CTI-A, uma vez que a dimensão que obteve maior número de respostas negativas foi “Resposta não punitiva ao erro”. Observa-se que há uma cultura entre os profissionais de saúde de relacionar o erro à incompetência e ao medo de punições, conforme evidenciado no item “Os profissionais consideram que seus erros, enganos ou falhas podem ser usados contra eles”. Todavia, sabe-se que as falhas decorrentes do cuidado em saúde são multifatoriais, complexas, e envolvem a responsabilização coletiva de processos gerenciais, financeiros, educativos e assistências e não apenas de um sujeito individualmente⁽³⁾.

Foi possível constatar que os profissionais consideram que a instituição não estabelece uma cultura de apoio ao aprendizado mediante a ocorrência de erros, não acreditam possuírem uma relação de confiança, em que a finalidade de um relato de evento adverso seja a melhoria contínua para a segurança do paciente, tendo em vista a elevada negatividade do item “Quando um evento é relatado”, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema. Além disso, demonstraram acreditar que o relato de seus erros não seja realmente confidencial e se preocupam em relação às consequências que poderão so-

frer com a exposição de suas falhas, o que corrobora a percepção de que não possuem respaldo adequado para que suas falhas sejam analisadas e corrigidas frente a um processo educativo, não punitivo, conforme o item “Os profissionais (independente do vínculo empregatício) se preocupam que seus erros, enganos ou falhas sejam registrados em suas fichas funcionais”, que obteve elevado porcentagem de respostas negativas. Pode-se relacionar a essa percepção punitiva o baixo índice de eventos adversos notificados, já que 88,8% dos participantes disse nunca tere notificado eventos adversos.

A segurança do paciente não é percebida pelos participantes como prioridade da gestão hospitalar uma vez que “Apoio na gestão hospitalar para a segurança do paciente” foi considerada uma dimensão crítica. Esta opinião pode estar relacionada com a percepção negativa que os participantes possuem de suas condições de trabalho, pois consideram não possuir um quantitativo adequado de profissionais e se sentem sobrecarregados em suas atividades, o que foi evidenciado pela negatividade dos itens: “Temos profissionais (independente do vínculo empregatício) suficientes para dar conta da carga de trabalho” e “A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída”, correspondentes às dimensões “Quadro de funcionários” e “Percepção geral da segurança do paciente”, respectivamente.

Verificou-se que os profissionais consideram a existência de uma cultura punitiva em relação aos erros que ocorrem no CTI-A, uma vez que a dimensão que obteve maior número de respostas negativas foi “Resposta não punitiva ao erro”. Observa-se que há uma cultura entre os profissionais de saúde de relacionar o erro à incompetência e ao medo de punições, conforme evidenciado no item “Os

profissionais consideram que seus erros, enganos ou falhas podem ser usados contra eles”. Todavia, sabe-se que as falhas decorrentes do cuidado em saúde são multifatoriais, complexas, e envolvem a responsabilização coletiva de processos gerenciais, financeiros, educativos e assistências e não apenas de um sujeito individualmente⁽³⁾.

Foi possível constatar que os profissionais consideram que a instituição não estabelece uma cultura de apoio ao aprendizado mediante a ocorrência de erros, não acreditam possuírem uma relação de confiança, em que a finalidade de um relato de evento adverso seja a melhoria contínua para a segurança do paciente, tendo em vista a elevada negatividade do item “Quando um evento é relatado”, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema. Além disso, demonstraram acreditar que o relato de seus erros não seja realmente confidencial e se preocupam em relação às consequências que poderão sofrer com a exposição de suas falhas, o que corrobora a percepção de que não possuem respaldo adequado para que suas falhas sejam analisadas e corrigidas frente a um processo educativo, não punitivo, conforme o item “Os profissionais (independente do vínculo empregatício) se preocupam que seus erros, enganos ou falhas sejam registrados em suas fichas funcionais”, que obteve elevado porcentagem de respostas negativas. Pode-se relacionar a essa percepção punitiva o baixo índice de eventos adversos notificados, já que 88,8% dos participantes disse nunca tere notificado eventos adversos.

A segurança do paciente não é percebida pelos participantes como prioridade da gestão hospitalar uma vez que “Apoio na gestão hospitalar para a segurança do paciente” foi considerada uma dimensão crítica. Esta opinião pode estar relacionada com a percepção negativa que os participantes possuem de suas condições de tra-

balho, pois consideram não possuir um quantitativo adequado de profissionais e se sentem sobrecarregados em suas atividades, o que foi evidenciado pela negatividade dos itens: “Temos profissionais (independente do vínculo empregatício) suficientes para dar conta da carga de trabalho” e “A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída”, correspondentes às dimensões “Quadro de funcionários” e “Percepção geral da segurança do paciente”, respectivamente.

A obtenção de uma nota regular para a segurança do paciente, mostra que existem pontos positivos que devem ser reforçados e negativos a serem melhorados. Ter uma supervisão/ chefia que apoia a equipe, busca melhorias e prioriza o estabelecimento de um cuidado seguro, bem como ter espaço para comunicação e um trabalho em equipe efetivo com respeito mútuo, podem ser considerados comportamentos que são favoráveis à segurança do paciente e são valorizados pelos participantes, e que devem, portanto, ser reproduzidos e ressaltados.

Porém, verifica-se a necessidade de um fortalecimento de ações da gestão hospitalar para a modificação do paradigma atual de forma a realizar um mapeamento de risco para a segurança do paciente frente à situação de trabalho vivenciada pela equipe, uma vez que constatou-se insatisfação por parte destes com relação as condições de trabalho e não percebem comprometimento adequado da gestão hospitalar para os problemas existentes de segurança do paciente.

CONCLUSÃO

Este estudo evidenciou que a cultura de segurança do paciente não se encontra adequadamente implantada no cenário da pesquisa, no entanto, contou-se dimensões com poten-

cialidades para a transformação desse quadro. Verifica-se que medidas de fortalecimento para a segurança do paciente precisam ser implantadas permitindo o desenvolvimento de planos de ação direcionados à resolução dos problemas, bem como à prevenção de problemas potenciais.

O estudo permitiu concluir que:

- A instituição não estabelece uma cultura de apoio ao aprendizado mediante a ocorrência de erros, inexistindo uma relação de confiança cuja finalidade seja o apoio ao registro dos erros;
- Os participantes acreditam que os relatos dos erros não são mantidos sob sigilo, levando-os a uma preocupação

adicional quanto ao desgaste e exposição de uma imagem;

- Existe a necessidade de fortalecer ações de gestão hospitalar para modificar o cenário atual com vistas ao mapeamento de risco para aumentar a segurança do paciente no CTI-A;
- Prevalece uma insatisfação dos profissionais com relação às condições de trabalho por perceberem um não comprometimento da gestão hospitalar com os problemas relacionados a segurança do paciente.

Sabe-se que entre as ações estabelecidas para a prestação de uma assistência segura ao paciente, a notificação de eventos adversos é uma medida essencial, uma vez que possibilita

identificar a natureza e frequência dos eventos adversos. Dessa forma, sugere-se ações educativas mediadas por profissionais especializados em gestão de pessoas, envolvendo a equipe de profissionais do CTI-A, a supervisão/chefia e os gestores da instituição para desconstrução da cultura punitiva frente aos erros.

Portanto, verificou-se a necessidade de maior apoio da gestão hospitalar à equipe multiprofissional, de forma a demonstrar atitudes mais efetivas para a segurança do paciente, levando em consideração também as necessidades dos profissionais, para, assim, estabelecer uma cultura de segurança do paciente resolutiva no cenário desta pesquisa. ■

REFERÊNCIAS

1. Santiago TH, Turrini RNT. Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva. *Rev. esc. enferm.* 2015; 49: 123-130.
2. Ministério da Saúde (BR). Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. –Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
3. Beccaria LM, et al. Eventos adversos na assistência de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. *Rev. bras. ter. intensiva.* 2009; 21: 276-282.
4. Claro CM, et al. Eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva: percepção dos enfermeiros sobre a cultura não punitiva. *Rev. esc. enferm.* 2011; 45: 167-172.
5. Duarte SCM, et al. O erro humano no cotidiano da assistência de enfermagem em terapia intensiva. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2015; 23(6):1074-81.
6. Reason J. Human error: models and management. 2000; 320:768- 70.
7. Reis CT, Laguardia J, Martins M. Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: etapa inicial. *Cad. Saúde Pública.* 2012; 28: 2199-2210.
8. Assad ECP. Epidemiologia dos eventos adversos não infecciosos e infecciosos relacionados à assistência em unidade de terapia intensiva de adulto [Tese]. Belo Horizonte: UFMG; 2011.
9. Minuzzi AP, et al. Contribuições da equipe de saúde visando à promoção da segurança do paciente no cuidado intensivo. *Esc. Anna Nery.* 2016; 20: 121-129.
10. Sorra J, et al. AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's Guide. 2016.
11. Famolaro T, et al. Hospital Survey on Patient Safety Culture 2016: user comparative database report. 2016.
12. Macedo TR, et al. Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem de emergências pediátricas. *Rev. esc. enferm.* 2016; 50: 756-762.
13. Mello JF, Barbosa SFF. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem. *Texto contexto – enferm.* 2013; 22: 1124-1133.
14. Tomazoni A, et al. Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva neonatal. *Texto Contexto Enferm.* 2015; 24(1): 161-9.
15. Oliveira RM, et al. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. *Esc. Anna Nery.* 2014; 18: 122-129.
16. Fermo VC, et al. Cultura de segurança do paciente em unidade de Transplante de Medula Óssea. *Rev. Bras. Enferm.* 2015; 68: 1139-1146.
17. Evangelista VC, et al. Equipe multiprofissional de terapia intensiva: humanização e fragmentação do processo de trabalho. *Rev. Bras. Enferm.* 2016; 69: 1099-1107.