

AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM TERAPIA INTENSIVA NEONATAL¹

Andréia Tomazoni², Patrícia Kuerten Rocha³, Denise Miyuki Kusahara⁴, Ana Izabel Jatobá de Souza⁵, Taise Rocha Macedo⁶

¹ Resultados parciais da dissertação - Cultura de segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), 2013.

² Mestre em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina. Brasil. E-mail: andreatomazoni@gmail.com

³ Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da UFSC. Florianópolis, Santa Catarina. Brasil. E-mail: pkrochaucip@gmail.com

⁴ Doutora em Ciências. Enfermeira do Departamento de Enfermagem Pediátrica da Escola Paulista de Enfermagem da UNIFESP. São Paulo, São Paulo, Brasil. E-mail: dkusahara@unifesp.br

⁵ Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da UFSC. Florianópolis, Santa Catarina. Brasil. E-mail: aijsef@gmail.com

⁶ Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC. Florianópolis, Santa Catarina. Brasil. E-mail: taiserm@hotmail.com

RESUMO: Estudo quantitativo, tipo *survey*, cujo objetivo foi analisar a cultura de segurança do paciente na perspectiva das equipes de enfermagem e médica de hospitais públicos de Florianópolis. Participaram 141 profissionais, com dados coletados entre fevereiro/abril de 2013, com o instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, avaliando 12 dimensões da cultura de segurança, após aprovação pelo Comitê de Ética. Realizou-se análise descritiva, classificando as dimensões em áreas de força ou críticas. Apesar de não ocorrer uma área de força específica, destacaram-se como áreas melhor avaliadas as expectativas e ações do supervisor/chefia para promoção da segurança do paciente e o aprendizado organizacional - melhoria contínua. Como área crítica, identificou-se: Resposta não punitiva ao erro e Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente. A cultura de segurança nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal apresenta áreas potenciais para se tornarem fortes. Conclui-se que são necessárias mudanças culturais, principalmente na abordagem dos erros.

DESCRIPTORIOS: Segurança do paciente. Cultura organizacional. Enfermagem neonatal. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

EVALUATION OF THE PATIENT SAFETY CULTURE IN NEONATAL INTENSIVE CARE

ABSTRACT: This quantitative, survey type study aimed to analyze the patient safety culture of the nursing and medical teams of public hospitals of Florianópolis. A total of 141 professionals participated, with data collected between February / April 2013, after approval by the Ethics Committee. The Hospital Survey on Patient Safety Culture was used and the 12 dimensions of the culture were evaluated. Descriptive analysis was performed, classifying the dimensions into areas of strength or critical areas. Despite not verifying a specific area of strength, the dimensions with the best evaluation were Supervisor/manager expectations and actions promoting safety and Organizational learning - continuous improvement. The dimensions with the highest percentage of negative responses, identified as critical were: Non-punitive response to errors and Management support for safety. The safety culture in the Neonatal Intensive Care Units presented aspects that could potentially become areas of strength. Cultural changes are necessary, especially in addressing errors.

DESCRIPTORS: Patient safety. Organizational culture. Neonatal nursing. Intensive Care Units Neonatal.

EVALUACIÓN DE LA CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL

RESUMEN: Estudio cuantitativo, tipo *survey*, con la finalidad de analizar la cultura de seguridad del paciente del personal de enfermería y médico de cuatro hospitales públicos. Fueron añadidos 141 profesionales. Los datos recolectados entre febrero/abril de 2013, con la aplicación del *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. Fue utilizada estadística descriptiva, clasificando las dimensiones por áreas de fortaleza o crítica. A pesar de no ocurrir un área de fuerza particular, se destacaron como las mejores áreas las Expectativas y acciones del supervisor/jefe para la promoción de la seguridad, y, Aprendizaje organizacional - mejora continua. Como área crítica se identificaron: Respuesta no punitiva al error y Apoyo a la gestión hospitalaria para la seguridad. La cultura de seguridad en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales tiene potencial para convertirse en área fuerte. Llegamos a la conclusión de que se necesitan cambios culturales, especialmente en el tratamiento de errores.

DESCRIPTORIOS: Seguridad del paciente. Cultura organizacional. Enfermería neonatal. Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal.

INTRODUÇÃO

Discussões sobre segurança do paciente durante a hospitalização foram impulsionadas após a publicação do relatório americano *To err is human: building a safer health care system* (Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro), no ano 2000, apontando que, mundialmente, milhões de pessoas sofrem lesões e mortes decorrentes das práticas de saúde.¹

Reportando à segurança do paciente no ambiente de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTINs) e aliando esta com as particularidades dos neonatos, os riscos à segurança, nesse contexto, podem ser maiores. Estudo em uma UTIN de hospital filantrópico brasileiro mostrou que dos 218 neonatos admitidos em um período de cinco meses, 183 (84%) sofreram eventos adversos. A maioria destes pacientes sofreu mais de um evento adverso, com uma taxa média de 2,6 eventos adversos para cada paciente, durante uma média de internação de 13,5 dias.²

Diante das estatísticas dos danos causados aos pacientes, a Organização Mundial da Saúde (OMS), preocupada com a questão da segurança do paciente, lançou em 2004 a *World Alliance for Patient Safety* (Aliança Mundial para a Segurança do Paciente), com o intuito de enfrentar problemas relacionados a essa temática.³

Nesse contexto, várias parcerias foram firmadas em busca de soluções para melhorar a segurança dos pacientes. Entre as estratégias divulgadas por agências como a *National Patient Safety Agency* (NPSA), a *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) e a *National Quality Forum* (NQF) está a incorporação da cultura de segurança nas instituições de saúde.⁴⁻⁵

No âmbito brasileiro, a criação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) pelo Ministério da Saúde (MS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) foi uma questão importante para melhorar a segurança e reduzir a incidência de eventos adversos. Cabe destacar que uma das estratégias desse programa é promover a cultura de segurança.⁶

A cultura de segurança é definida como os padrões comportamentais de indivíduos e grupos, que podem ser baseados em seus valores e em suas atitudes, e que determinam a maneira como vão exercer seu trabalho. Organizações que apresentam uma cultura de segurança positiva se caracterizam por boa comunicação, pelo comparilhamento da percepção sobre a importância da

segurança e pela confiança nas medidas preventivas adotadas.⁷

A Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) recomenda, no Guia de Unidades de Terapia Intensiva Seguras (GUTIS), o desenvolvimento de uma cultura de segurança do paciente. Neste, abordam que a cultura de segurança determina qual o perfil da personalidade da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), ou seja, a maneira como as ações são realizadas, as quais são determinadas pela forma de trabalhar em grupo. Dessa maneira, são consideradas características de uma UTI segura os seguintes aspectos: liderança forte, comunicação aberta, espírito de equipe, reação rápida e eficaz aos desafios, cultura de prevenção de riscos e relato de erros baseado em uma cultura não punitiva.⁸

Portanto, a fim de entender a causa dos erros, diminuir a ocorrência de eventos adversos em UTIN e promover um cuidado de qualidade e seguro, é fundamental compreender as dimensões culturais sob a visão dos profissionais de saúde. Assim, o objetivo dessa pesquisa foi analisar a cultura de segurança do paciente na perspectiva das equipes de enfermagem e médica de UTIN em hospitais públicos.

METODOLOGIA

Estudo descritivo-exploratório de natureza quantitativa, do tipo *survey* transversal, realizado em quatro UTINs tipo II, de quatro hospitais públicos da região da Grande Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

A população foi composta por 181 profissionais da equipe de enfermagem e médica das UTINs. A amostra foi intencional, não probabilística, e como critérios de inclusão consideraram-se: ser enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem ou médico e estar desenvolvendo funções nas UTINs admitidos há mais de dois meses e realizar a devolução do instrumento de coleta de dados. Os critérios de exclusão foram: profissionais que não fossem das equipes de enfermagem ou médica, profissionais das equipes que não estivessem no setor por motivo de férias, licença saúde, licença gestação, licença prêmio, e/ou atestado médico, e instrumentos preenchidos em menos da metade. Seguindo estes critérios, a amostra totalizou 141 profissionais.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de fevereiro a abril de 2013 por meio da

aplicação do instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC). Após autorização dos autores para tradução e aplicação nesta pesquisa, a tradução seguiu os passos propostos no protocolo *Translation Guidelines for the AHRQ Surveys on Patient Safety Culture*.⁹ O HSOPSC permite avaliar a cultura de segurança do paciente sob a perspectiva dos profissionais, por meio de 42 itens, agrupados em 12 dimensões, sendo que cada dimensão contém três ou quatro itens. Ainda, permite aos sujeitos atribuírem uma nota à segurança do paciente em sua instituição e também ao número de comunicação de eventos. Cada item fornece cinco opções de respostas, por meio de escala Likert.¹⁰

Para o início da coleta de dados, foi apresentado pelos pesquisadores desse trabalho o projeto de pesquisa para as equipes de cada unidade. Foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e cada sujeito recebeu um envelope contendo o instrumento HSOPSC traduzido para língua portuguesa, que foi preenchido e lacrado pelo profissional respondente, de forma anônima e, em seguida, depositado em uma urna. Foram cadastrados no banco de dados os instrumentos cujos itens foram respondidos em mais da metade.¹⁰ Assim, ressalta-se que nem todos os itens das 12 dimensões foram respondidos, havendo uma diferença no total de respostas de cada dimensão.

Utilizou-se análise descritiva e seguiu-se orientações da AHRQ, agrupando as respostas obtidas em três categorias: a) respostas positivas: concordo totalmente, concordo, sempre e frequentemente; respostas negativas: discordo totalmente, discordo, nunca e raramente; e c) respostas neutras: b) não concordo nem discordo. O escore de cada dimensão foi calculado por meio do percentual das respostas positivas, negativas e neutras dos itens de cada dimensão. Assim, classificaram-se as dimensões em áreas de força, considerando que 75% dos sujeitos responderam concordo totalmente/concordo ou frequentemente/sempre para as perguntas formuladas positivamente e discordo totalmente/discordo ou nunca/raramente para as perguntas formuladas negativamente. As áreas críticas foram classificadas quando 50% ou mais dos sujeitos responderam negativamente optando por discordo totalmente/discordo ou nunca/raramente

para perguntas formuladas positivamente, ou usando concordo totalmente/concordo, sempre/frequentemente para perguntas formuladas negativamente.¹¹

As questões éticas seguiram a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. O projeto de pesquisa foi submetido à Plataforma Brasil e obteve aprovação do Comitê de Ética, CAAE n. 05274612.7.0000.0121.

RESULTADOS

Os dados revelaram que 58 (41%) profissionais eram técnicos de enfermagem, 48 (34%) eram médicos, 23 (16%) eram enfermeiros e 12 (9%) eram auxiliares de enfermagem. Destes, 76 (54%) profissionais tinham menos de dez anos de trabalho na UTIN. A maior parte deles, 93 (66%), possuía mais de 10 anos de trabalho na profissão e 97 (69%) menos de 40 horas semanais de trabalho. Todos os profissionais que preencheram o instrumento realizavam cuidados diretos ao paciente. Considerando os 42 itens do instrumento obteve-se um total de 2546 (43%) respostas positivas, 1917 (32%) respostas negativas e 1378 (23%) respostas neutras. Dos itens agrupados das 12 dimensões obtiveram-se as médias percentuais de respostas positivas, negativas e neutras de cada uma delas (Figura 1).

Seguindo as orientações dos autores do instrumento de coleta de dados, os resultados obtidos não mostraram nenhuma dimensão com escore de respostas positivas acima de 75% para ser classificada como área de força, no entanto, destacam-se as dimensões com maior percentual de respostas positivas e os itens destas dimensões que receberam melhor avaliação. Dessa maneira, destaca-se a dimensão "Expectativas e ações do supervisor/chefia para a promoção da segurança do paciente", a qual se caracteriza pelas atitudes do supervisor/chefia relacionadas à promoção da segurança. O total de respostas positivas, 347 (61%), foi o maior dentre todas as dimensões. Composta por quatro itens, o item melhor avaliado da dimensão foi "Sempre que a pressão aumenta, o meu supervisor/chefia nos quer trabalhando mais rápido, mesmo que isso signifique pular etapas", onde 106 (75%) profissionais discordaram desta afirmação, indicando um ponto positivo da cultura de segurança.

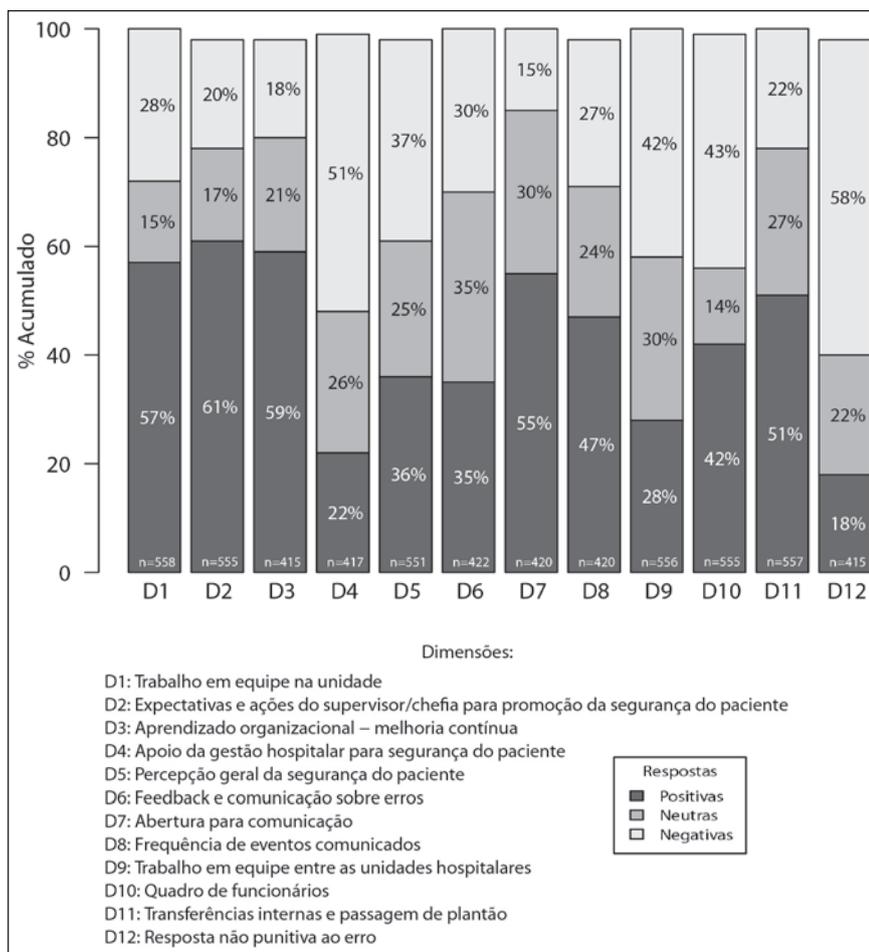


Figura 1 - Número das respostas de cada dimensão e percentual de respostas positivas, neutras e negativas das doze dimensões da cultura de segurança do paciente segundo o HSOPSC, em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de hospitais públicos da região da Grande Florianópolis, Santa Catarina. Brasil, 2013

A segunda dimensão em destaque foi “Aprendizado organizacional - melhoria contínua”, a qual diz respeito à cultura de aprendizagem, em que os erros são estudados, levando a mudanças positivas.¹⁰ Esta dimensão obteve 252 (59%) respostas positivas e, dentre os três itens que a compõe, o de maior destaque foi “Nós estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente”, sendo que 95 (67%) sujeitos concordaram com esta afirmação.

Na terceira dimensão destacada, “Trabalho em equipe na unidade”, que aborda o apoio, o respeito entre os profissionais e o trabalho em equipe, ocorreram 318 (57%) respostas positivas, sendo que 111 (80%) dos profissionais concordaram que “Quando há muito trabalho a ser realizado rapidamente, trabalhamos como uma equipe para o trabalho ser feito”.

Em relação à quarta dimensão, “Abertura para comunicação”, a qual se caracteriza pela liberdade dos profissionais em relatar situações que podem afetar o paciente, obteve-se 233 (55%) respostas positivas, com destaque ao item “Os funcionários têm liberdade para falar se virem algo que pode afetar negativamente o cuidado ao paciente”, onde 103 (73%) profissionais concordaram com esta questão.

Por outro lado, algumas dimensões apresentaram alto percentual de respostas negativas. Aquelas que obtiveram 50% ou mais foram classificadas como áreas críticas da cultura de segurança do paciente. Assim, a primeira área crítica foi “Resposta não punitiva ao erro”, sendo que se obteve 245 (58%) respostas negativas. Composta por três itens, os que representaram os maiores problemas enfrentados foram “Quando um evento é notificado, parece

que o que fica mais exposto é o funcionário e não o problema”, com concordância de 64 (90%) dos profissionais, e “A equipe considera que seus erros, enganos ou falhas podem voltar-se contra eles”, na qual 85 (60%) concordaram com esta afirmativa.

A segunda dimensão classificada como área crítica foi “Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente”, a qual considera que o hospital proporciona um clima de trabalho favorável para promoção da segurança do paciente. Esta dimensão obteve 216 (51%) respostas negativas. A maioria dos profissionais, 73 (52%), discordou do item “A chefia/diretoria do hospital oferece um clima de trabalho que promove a segurança do paciente”, assim como 73 (52%) deles concordaram que “A chefia/diretoria do hospital mostra interesse na segurança do paciente somente depois que um evento adverso acontece”.

A dimensão “Quadro de funcionários” presuppõe que há funcionários suficientes para lidar com a carga de trabalho. Esta dimensão apontou 244 (43%) respostas negativas, em que 100 (71%) profissionais discordaram que “Nós temos profissionais suficientes para lidar com a quantidade de trabalho”. Já a dimensão “Trabalho em equipe” entre as unidades hospitalares apresentou 234 (42%) respostas negativas. Desse total, 86 (61%) profissionais concordaram que “As unidades do

hospital não interagem bem umas com as outras”.

Além da avaliação das dimensões da cultura de segurança, o instrumento apresentou duas variáveis de resultado da cultura de segurança do paciente. Uma delas é a percepção do profissional sobre segurança do paciente, atribuindo uma nota para segurança na sua unidade, e outra trata-se do número de eventos que o profissional informou ao seu supervisor/chefia nos últimos 12 meses. Dessa maneira, os profissionais optaram, conforme suas percepções, por uma nota da segurança do paciente em sua unidade dentre cinco opções disponibilizadas. Os resultados revelaram que a segurança foi predominantemente considerada como “Regular”, com 64 (45%) dos profissionais optando por essa nota, e outros 54 (38%) consideraram a segurança como “Muito boa” (Figura 2.A).

Com relação a segunda variável de resultado, que aborda a comunicação de eventos, os resultados apontaram que, dentre as opções que vão de nenhum evento à mais de 21 eventos comunicados, 120(85%) profissionais comunicaram menos de cinco eventos nos últimos 12 meses. A maior parte deste total de 120 profissionais, declarou que comunicaram em média de um a dois eventos, representado portanto por 45(32%) profissionais. Outros 46(33%) não comunicou nenhum evento (Figura 2.B).

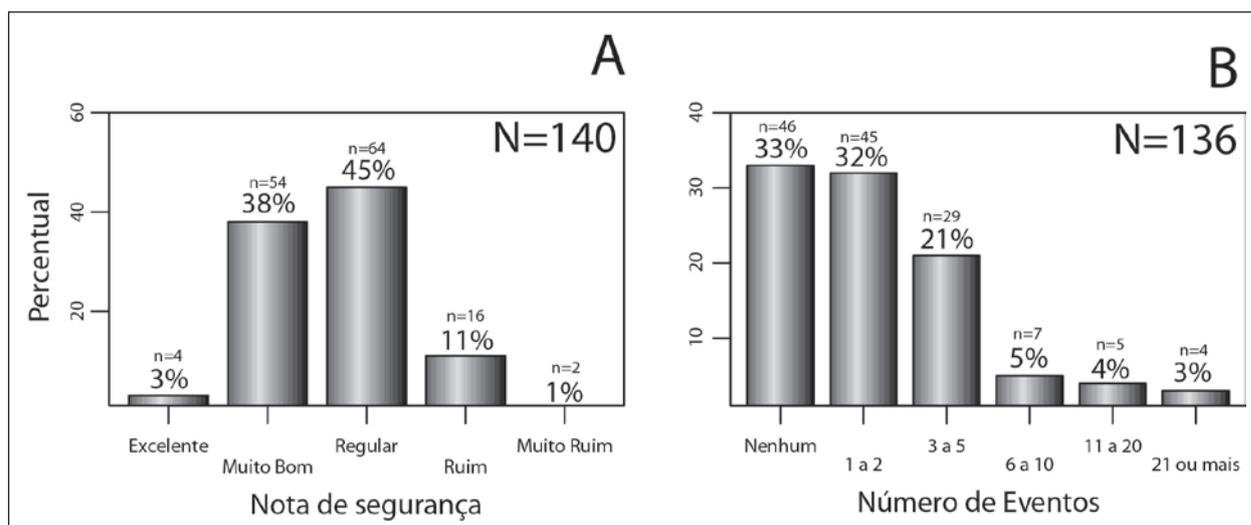


Figura 2 - (A) Média percentual de respostas sobre a nota de segurança do paciente e (B) Média percentual de respostas sobre o número de eventos relatados ao supervisor/chefia nos últimos doze meses em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de hospitais públicos da região da Grande Florianópolis, Santa Catarina. Brasil, 2013

DISCUSSÃO

Com relação às áreas de força, nenhuma dimensão foi classificada como tal. No entanto, con-

sidera-se que as dimensões “Expectativas e ações do supervisor/chefia para promoção da segurança do paciente” (61%) e “Aprendizado organizacional

- melhoria contínua" (59%) que são as principais, demonstram avanços na cultura de segurança e apresentam potencial para se tornarem áreas fortes nas UTINs. Estudo realizado em duas UTIs adulto de hospitais públicos brasileiros com 86 profissionais de enfermagem e com o mesmo instrumento de pesquisa, também apresentou como destaque de resultados as dimensões "Expectativas e ações do supervisor/chefia para promoção da segurança do paciente" e "Aprendizado organizacional - melhoria contínua", com, respectivamente, 49% e 46% de respostas positivas.¹² Entretanto, diferente dos resultados encontrados nesta pesquisa, onde a dimensão com maior avaliação positiva foi "Trabalho em equipe dentro da unidade" com 63% de respostas positivas.¹²

Ademais, destaca-se que os resultados obtidos neste estudo sobre as duas dimensões com potencial para serem área de força assemelham-se com pesquisa realizada em oito hospitais da Espanha, com 1.113 profissionais de saúde, em que 63% das respostas eram positivas para "Expectativas e ações do supervisor/chefia para promoção da segurança do paciente" e 53% para "Aprendizado organizacional - melhoria contínua".¹³ Corroborando, pesquisa realizada em 11 hospitais da Palestina, abordando 1.408 profissionais, também obteve respostas positivas de 62% e 56%, respectivamente, para estas dimensões.¹⁴ Tais dimensões também foram avaliadas em 1.128 hospitais públicos dos Estados Unidos por 567.703 profissionais da saúde, e atingiram escores de 75% para "Expectativas e ações do supervisor/chefia para promoção da segurança do paciente" e 72% para "Aprendizado organizacional - melhoria contínua".¹² Já em pesquisa realizada em 32 hospitais da China, com 1.160 profissionais, obtiveram 63% e 88%, respectivamente.¹⁵

Conforme estes resultados destaca-se que embora haja particularidades culturais entre estes países, os percentuais de respostas positivas indica que as ações do supervisor/chefia e o aprendizado organizacional são fatores positivos da cultura de segurança do paciente e se aproximam dos escores obtidos nos diferentes estudos. Nota-se que há uma preocupação dos profissionais destas quatro UTIN principalmente dos supervisores/chefias em melhorar a segurança por meio do incentivo aos funcionários em aderir às normas de segurança e, ainda, aprender e promover mudanças com os erros que são comunicados.

A literatura aponta a liderança e o aprendizado como subculturas da cultura de segurança,

sendo que a liderança é um elemento chave para a criação e promoção do aprendizado organizacional - o qual busca a compreensão dos fatores causais dos erros - extraindo lições educativas para melhoria do sistema. Assim, o aprendizado organizacional e liderança como subculturas, mostram que o primeiro só é efetivo se os líderes demonstrarem interesse para aprender e melhorar os processos de cuidado a partir das experiências. Quando a liderança promove a cultura de aprendizagem, cria a consciência de segurança entre os funcionários e promove um ambiente de aprendizagem.¹⁶

Por outro lado, as áreas classificadas como críticas indicaram que persiste nas UTIN a cultura de segurança que desconsidera a área da saúde como sendo de alto risco e aborda os erros como causas individuais, destacando as dimensões "Resposta não punitiva ao erro" (58%) e "Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente" (51%). Na opinião dos profissionais, a dimensão "Resposta não punitiva ao erro" indica fragilidade principalmente com relação à comunicação de erros, pois os funcionários sentem maior direcionamento de atenção para quem cometeu, ao invés de procurar entender os fatores que ocasionaram o erro.

Nesta dimensão, obtiveram-se resultados semelhantes ao estudo realizado em duas UTIs adulto brasileiras,¹⁴ e ao estudo realizado na Palestina,¹² citados anteriormente, sendo que ambos obtiveram 17% de respostas positivas. No entanto, observa-se que este percentual nos Estados Unidos sobe para 44%¹¹ e na China para 60%,¹⁵ indicando que estes países estão à frente no desenvolvimento da sua cultura de segurança do paciente.

No Brasil fica evidente, pelos resultados obtidos, que persiste a cultura de culpabilização dos sujeitos que erram, onde os erros são vistos como consequências de fatores pessoais decorrentes da desatenção ou falta de competência. No entanto, o psicólogo James Reason aborda em sua teoria sobre o erro, que faz parte da natureza humana cometer erros, e que estes acontecem por meio de um conjunto de falhas sequenciais existentes no sistema de saúde, e não meramente por um fator isolado como o descuido do profissional.¹⁷

A cultura predominante com abordagem individual, ao invés de sistêmica frente aos erros, acaba interferindo na identificação das falhas, impedindo que sejam efetuadas mudanças em busca de melhorias. Estudo realizado com 70 enfermeiros que trabalhavam na área de terapia intensiva no Brasil, questionou sobre a ocorrência

de punição quando os erros eram relatados, sendo que 52 (74%) deles optaram pela resposta de que a punição ocorre “às vezes” e “sempre”. Entre os 100 tipos de represálias citadas, 49 (49%) ocorrem por meio da advertência verbal e 33 (33%) por meio da advertência escrita, 11 (11%) como suspensão, 5 (5%) como demissão e 2 (2%) como assédio moral.¹⁸

Ainda, a segunda área crítica em destaque foi “Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente”, sendo que, na opinião dos sujeitos do estudo, há pouco comprometimento e apoio da gestão com relação à segurança do paciente. Cabe destacar que nos Estados Unidos, relatório mostra que o apoio da gestão é considerado uma potencial área de força com 72% de respostas positivas,¹¹ enquanto que os resultados deste estudo demonstraram 22% de respostas positivas. Assim, para estabelecer uma cultura de segurança do paciente, deve haver comprometimento dos gestores das instituições, sendo que estes devem envolver-se no contexto de trabalho a fim de identificar as dificuldades, permitindo assim, fortalecer a comunicação entre os diferentes níveis hierárquicos.¹⁹

Ainda, nesta pesquisa, destacou-se o julgamento dos sujeitos referente à alta carga de trabalho devido ao quadro de funcionários insuficiente, indicando riscos à segurança do paciente. Estudo analisou a natureza dos erros com medicamentos em UTIN e Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) de um hospital em Israel, onde os resultados apontaram como fator do sistema a carga de trabalho, sendo esta a principal causa de eventos adversos.²⁰

Apesar das áreas críticas evidenciadas, a maioria dos sujeitos elencou que a segurança do paciente é “Regular” ou “Muito boa” nas UTINs. Estudo com objetivo de analisar a cultura de segurança realizado com 3.779 profissionais de hospitais da Holanda, 196.462 dos Estados Unidos e 10.146 de Taiwan, mostra que a maioria dos sujeitos dos hospitais norte-americanos consideraram a segurança “Excelente” (25%) ou “Muito boa” (48%). Já os profissionais da Holanda e de Taiwan, em sua maioria, consideraram “Aceitável”, sendo que 63% e 51% dos sujeitos destes países, respectivamente, optaram por essa nota.²¹

Com relação à comunicação de eventos, os resultados demonstraram que a maioria dos sujeitos relatou em média um a dois eventos por ano, sendo que esta baixa adesão à comunicação pode estar relacionada a diversos fatores, entre eles a cultura punitiva. Em decorrência do medo de sofrer consequências profissionais, surge a subno-

tificação de erros e eventos adversos, mascarando a realidade das estatísticas. Conforme observado em estudo realizado com enfermeiros da área de terapia intensiva brasileira, foram apontados 115 motivos para a ocorrência de subnotificação, sendo 29 (25%) por decorrência da sobrecarga de trabalho, 26 (23%) por esquecimento, 23 (20%) por não valorização dos eventos adversos, 18 (16%) por sentimentos de medo e 13 (11%) por vergonha.¹⁸

Dessa maneira, a subnotificação dos erros impede sua análise para assim, determinar as causas de origem, podendo apontar as falhas no sistema que estão levando à ocorrência dessas situações. Quando os erros são comunicados é possível planejar ações para evitar que ocorram novamente, por meio da detecção dos fatores organizacionais e culturais, problemas na prestação de cuidados e barreiras de defesa do sistema.²²

Uma revisão de literatura mostrou que instituições que utilizam comunicação voluntária de erros tendem a apresentar uma taxa maior de relatos do que aquelas que utilizam notificação obrigatória. Assim, ao implementar o relatório de erros voluntários, baseado em uma cultura não punitiva, é possível obter informações sobre o tipo, a etiologia, a evolução e a prevenção de erros em UTIN.²³

Preocupadas com todas essas questões envolvendo a segurança do paciente, estratégias têm sido adotadas tanto a nível internacional (incluindo estratégias promovidas unilateralmente por diferentes países) quanto nacional, tais como a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente promovida pela OMS e a criação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) pelo MS e ANVISA no Brasil, além de estratégias que incorporam a cultura de segurança nas instituições de saúde promovidas pela NPSA, AHRQ e NQF.⁴⁻⁵⁻⁶

Os aspectos que caracterizam uma UTI segura tais como: liderança forte, comunicação aberta, espírito de equipe, reação rápida e eficaz aos desafios, cultura de prevenção de riscos e relato de erros baseado em uma cultura não punitiva,⁸ podem ser vistos como incongruentes pelos diferentes profissionais e, dessa forma, ter influência em suas percepções à respeito da segurança do paciente. A literatura pressupõe que existem diferentes percepções em relação a segurança do paciente entre os profissionais de saúde, até mesmo dentro da mesma categoria profissional²⁴⁻²⁵ e as percepções podem estar ligadas e ter importantes influências das condições de trabalho dos profissionais²⁶ e, portanto, precisam ser consideradas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados demonstram que nas UTINs a segurança do paciente é uma questão delicada, indicando que fatores culturais precisam ser repensados. Embora diante dos avanços e pesquisas nessa área indicarem os principais fatores que interferem na segurança, ainda persiste a cultura nesses ambientes na qual os erros são julgados como incompetência profissional. Questões organizacionais, como o dimensionamento inadequado de profissionais em relação à quantidade de trabalho, também foi um fator evidenciado, sendo um ponto de grande impacto na segurança, conforme aponta a literatura. Também, segundo os profissionais da enfermagem e medicina, a gestão hospitalar não prioriza a segurança do paciente e não proporciona um clima de trabalho que motive a sua promoção.

No entanto, os fatores positivos da cultura de segurança do paciente foram evidenciados pela intenção dos supervisores e chefias destas unidades em priorizar a segurança e ainda, pelas características que apontam os esforços para aprender e buscar soluções quando os erros são comunicados. Nesse sentido, salientamos que para desenvolver uma cultura de segurança do paciente nas UTINs, estes fatores positivos devem ser aprimorados, enquanto os fatores críticos devem ser revistos, substituindo principalmente a abordagem individual dos erros pela abordagem sistêmica, atentando para detectar as falhas no sistema e corrigi-las. Para tanto, é fundamental a sensibilização dos gestores hospitalares para que estes entendam que a segurança do paciente é comprometida por falhas no sistema e que a segurança deve ser prioridade, para que assim seja possível disseminar um clima de segurança.

Ainda, é fundamental o desenvolvimento de pesquisas científicas que abordem detalhadamente cada uma das dimensões citadas neste estudo para que seja possível desenvolver ações que possibilitem aos profissionais e gestores repensar valores para garantir a segurança do paciente durante a hospitalização.

REFERÊNCIAS

1. Konh LT, Corrigan JM, Donaldson MS. Errors in health care: a leading cause of death and injury. In: Konh LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To err is human: building a safer health care system*. Washington (DC): Institute of Medicine; 2000; 26-48.
2. Ventura, CMU, Alves JGB, Meneses J. Eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Rev Bras Enferm*. 2012 Jan-Fev; 65(1):49-55.
3. Donaldson L, Philip P. Patient safety - a global priority. *Bull World Health Organ*. 2004 Dec;82(12):892.
4. National Patient Safety Agency (NPSA). Seven steps to patient safety in general practice [online]. 2009 [acesso 2013 Jun 30]. Disponível em: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/collections/seven-steps-to-patient-safety/>
5. Agency for Healthcare Research And Quality. AHRQ Annual Report on Research and Management [online], 2004 [acesso 2012 Abr 12]. Disponível em: <http://www.ahrq.gov/about/annrpt04/>
6. Ministério da Saúde (BR). Portaria N. 529, de 1º de abril de 2013: institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília (DF): Diário Oficial da União; 2013 [acesso 2013 Jun 30]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
7. Vincent, C. *Segurança do paciente: orientações para evitar eventos adversos*. São Caetano do Sul (SP): Yendis Editora, 2009.
8. Réa-neto A, Castro JEC, Knibel MF, Oliveira MC. *Guia da UTI segura*. São Paulo: Associação de Medicina Intensiva Brasileira; 2010.
9. Agency for Healthcare Research And Quality. Translation Guidelines for the AHRQ Surveys on Patient Safety Culture [online]. 2010 [acesso 2012 Abr 12]. Disponível em: <http://www.ahrq.gov/legacy/qual/patientsafetyculture/transguide.htm>
10. Sorra JS, Nieva VF. Hospital survey on patient safety culture. AHRQ Publication n. 04-0041. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Sep. 2004.
11. Sorra JS, Famolaro T, Dyer N, Nelson D, Smith SA. Hospital survey on patient safety culture 2012 user comparative database report. (Prepared by Westat, Rockville, MD, under Contract No. HHS 290200710024C). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; February 2012.
12. Mello JF. *Cultura de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: perspectiva da enfermagem [dissertação]* Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2011.
13. Gama ZAS, Oliveira ACS, Hernandez PJS. Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos Españoles. *Cad Saúde Pública*. 2013 Fev; 29(2):283-93.
14. Hamdan M, Saleem AA. Assessment of patient safety culture in Palestinian public hospitals. *Int J Qual Health Care*. 2013 Apr; 25(2):167-75.
15. Nie Y, Mao X, Cui H, He S, Li J, Zhang M. Hospital survey on patient safety culture in China. *BMC Health Serv Res*. 2013 Jun 24;13:228.

16. Sammer CE, Lykens K, Singh KP, Mains DA, Lackan NA. What is patient safety culture? a review of the literature. *J Nurs Scholarsh*. 2010; 42(2):156-65.
17. Reason J. Human error: models and management. *BMJ*. 2000 Mar 18; 320(7237):768-70.
18. Claro CM, Krocockz DVC, Toffolletto MC, Padilha KG. Eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva: percepção dos enfermeiros sobre a cultura não punitiva. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(1):167-72.
19. Paese F, Sasso GTMD. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. *Texto Contexto Enferm* [online]. 2013 Abr-Jun [acesso 2013 Set 12]; 22(2):302-10. [Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a05>]
20. Tourgeman-Bashkin DSO, Zmora E. Causes of near misses in critical care of neonates and children. *Acta Paediatr*. 2008 Mar; 97(3):299-303.
21. Wagner C, Smits M, Sorra J, Huang CC. Assessing patient safety culture in hospitals across countries. *Int J Qual Health Care*. 2013 Jul; 25(3):213-21.
22. Lage MJ. Segurança do doente: da teoria à prática clínica. *Rev Port Saúde Pública*. 2010; 1 Temat(10):11-6.
23. Snijders C, Van Lingen RA, Molendijk A, Fetter WPF. Incidents and errors in neonatal intensive care: a review of the literature. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2007 Sep; 92(5):F391-8.
24. Sexton, BJ, Thomas, EJ, Helmreich, RL. Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. *BMJ*. 2000 Mar 18; 320(7237):745-9.
25. Wagner, LM, Capezuti, E, Rice, JC. Nurses' perceptions of safety culture in long-term care settings. *J Nurs Scholarsh*. 2009; 41(2):184-92.
26. Sujan, MA. A novel tool for organizational learning and its impact on safety culture in a hospital dispensary. *Reliab Eng Syst Safe*. 2012; 101: 21-34.