



ORIGINALES

Avaliação da cultura de segurança do paciente sob a ótica de profissionais da terapia intensiva

Evaluación de la cultura de seguridad del paciente desde la perspectiva de los profesionales de cuidados intensivos

Evaluation of patient safety culture from the perspective of intensive care professionals

Alessandra Lotici¹

Franciele do Nascimento Santos Zonta²

Gisele Lotici³

Tatiana Gaffuri⁴

¹ Residente em Urgência e Emergência na Associação Lenoir Vargas Ferreira - Hospital Regional do Oeste - Chapecó - Santa Catarina – Brasil. alessandraloticii@gmail.com

² Professora Adjunta da Universidade Paranaense - Francisco Beltrão - Paraná – Brasil

³ Graduanda em Enfermagem da Universidade Paranaense - Francisco Beltrão - Paraná – Brasil

⁴ Professora Adjunta da Universidade da Fronteira Sul (UFFS) - Chapecó/ Santa Catarina – Brasil.

<https://doi.org/10.6018/eglobal.488311>

Submissão: 2/08/2021

Aprovação: 3/01/2022

RESUMO:

Objetivo: Avaliar a cultura de segurança do paciente sob a ótica de profissionais atuantes em Unidades de Terapia Intensiva.

Método: Estudo descritivo-exploratório, transversal, com caráter quantitativo. Amostra composta por 72 profissionais: 31 enfermeiros, 21 técnicos de enfermagem, 12 (fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeuta ocupacional), 5 médicos, 2 psicólogos, 1 auxiliar de enfermagem, atuantes em Unidades de Terapia Intensiva do Sudoeste e Noroeste do Paraná e do Oeste de Santa Catarina. Coleta de dados realizada entre agosto e outubro de 2020, via formulário eletrônico on-line, por meio da plataforma do Google, utilizando-se do questionário adaptado Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais. Os dados foram tabulados no programa Excel e, posteriormente, realizou-se a análise descritiva dos dados, por meio do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 25.0).

Resultados: Duas categorias atingiram mais de 75% de respostas positivas quanto à cultura de segurança nas unidades pesquisadas, sendo elas: quando há muito trabalho a ser feito, os profissionais trabalham em equipe para concluí-lo; e estar ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente.

Conclusão: Na perspectiva dos profissionais, a segurança do paciente ainda não é efetiva, pois, em alguns aspectos, precisa de melhorias, sendo, ainda, em outros critérios, considerada fragilizada.

Palavras-chave: Unidades de Terapia Intensiva; Segurança do Paciente; Cultura; Inspeção da Qualidade dos Cuidados de Saúde; Profissionais de Saúde.

RESUMEN:

Objetivo: Evaluar la cultura de seguridad del paciente desde la perspectiva de los profesionales que trabajan en Unidades de Cuidados Intensivos.

Método: Se trata de un estudio descriptivo, exploratorio, transversal de carácter cuantitativo. La muestra estuvo conformada por 72 profesionales, 31 enfermeros, 21 técnicos de enfermería, 12 (fisioterapeutas, logopedas, terapeutas ocupacionales), 5 médicos, 2 psicólogos, 1 auxiliar de enfermería trabajando en unidades de cuidados intensivos en el Suroeste y Noroeste de Paraná, y Oeste de Santa Catarina. La recogida de datos se realizó entre agosto y octubre de 2020, por medio de un formulario electrónico on-line, en la plataforma Google, utilizándose el cuestionario adaptado a Investigación en Seguridad del Paciente en Hospitales. Los datos se tabularon en el programa Excel y posteriormente se realizó un análisis descriptivo de los datos utilizándose el software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS 25.0).

Resultados: Sólo 2 categorías alcanzaron más del 75% de respuestas positivas con respecto a la cultura de seguridad de la unidad, a saber: cuando hay mucho trabajo por hacer, los profesionales trabajan en equipo para completarlo y están activamente haciendo cosas para mejorar la seguridad de la unidad paciente.

Conclusión: Desde la perspectiva de los profesionales, la seguridad del paciente aún no es efectiva, ya que en algunos aspectos necesita mejorar, así como en otros criterios se muestra debilitada.

Palabras clave: Unidades de Cuidados Intensivos; Seguridad del paciente; Cultura; Inspección de la calidad de la atención médica; Profesionales de la salud.

ABSTRACT:

Objective: To evaluate the patient safety culture from the perspective of professionals who work in Intensive Care Units.

Method: This is a descriptive, exploratory, cross-sectional study of a quantitative character. The sample consisted of 72 professionals, 31 nurses, 21 nursing technicians, 12 (physiotherapists, speech therapists, occupational therapists), 5 doctors, 2 psychologists, 1 nursing assistant who work in intensive care units in the southwest and northwest regions of Paraná and west of Santa Catarina. The data collection carried out between August and October 2020, via online electronic form, through the Google platform, using the questionnaire adapted to Research on Patient Safety in Hospitals. The data were tabulated in the Excel program and, subsequently, a descriptive analysis of the data was performed by using the *Statistical Package for the Social Sciences software* (SPSS 25.0).

Results: Only 2 categories achieved more than 75% positive responses in relation to the unit's safety culture, namely: when there is a lot of work to be done, professionals work as a team to complete it and they are actively doing things to improve the patient's safety.

Conclusion: From the perspective of professionals, patient safety is not effective yet, as in some aspects it needs to be improved as well as in other criteria, it is shown to be weakened.

Keywords: Intensive Care Units; Patient safety; Culture; Quality Inspection of Health Care; Health professionals.

INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos, diversos acontecimentos despertaram grande preocupação com a Segurança do Paciente (SP) e a cultura de segurança, entretanto, o número de complicações, Eventos Adversos (EA) e mortes evitáveis permanecem alarmantes ⁽¹⁾.

Em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), cerca de 20% dos pacientes podem passar por um EA, aproximadamente, 40% a 45% poderiam ter sido evitados ⁽²⁻⁴⁾.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a SP é definida como a “redução do risco de danos desnecessários associados aos cuidados de saúde a um mínimo aceitável” ⁽²⁾. A Cultura de Segurança do Paciente (CSP) é composta pelos seguintes itens: responsabilidade dos líderes para segurança, comunicação aberta, aprendizagem organizacional, abordagem não punitiva para o relato de EA, trabalho em equipe e crença compartilhada da importância da segurança ^(5,6).

A cultura de segurança tem por finalidade prevenir e diminuir os riscos aos pacientes e encorajar a notificação dos incidentes. A cultura negativa, punitiva e frágil que gera medos e vergonha aos profissionais não deve ser incorporada nas instituições ^(7,8).

O desafio mundial para diminuição dos EA está na mudança da cultura de segurança da instituição e no envolvimento e empenho dos profissionais e da gestão hospitalar. Ambiente e assistência insegura causam riscos desnecessários ao paciente, podendo resultar em tempo prolongado de internamento, lesões, dores, quedas, deficiências, disfunções e óbito. Também causam aumento dos custos para a instituição e má impressão do serviço, frustrações e desgaste dos profissionais, entre outros eventos^(9,10).

A SP é considerada prioridade global, assim, estudos vêm sendo desenvolvidos na área, a fim de diminuir os EA, melhorar a cultura de segurança do paciente e a qualidade da assistência prestada. Portanto, é de suma importância produzir conhecimento aos profissionais e auxílio às instituições para reconhecimento das falhas e fragilidades do ambiente de trabalho ⁽¹⁰⁾. Diante do exposto, surgiu a questão problema: qual a cultura de segurança do paciente sob a ótica dos profissionais de saúde atuantes em UTI? Logo, objetivou-se avaliar a cultura de segurança do paciente sob a ótica de profissionais atuantes em Unidades de Terapia Intensiva.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de pesquisa descritiva-exploratória, transversal, com abordagem quantitativa, desenvolvida de modo *on-line*, por meio de formulário eletrônico composto por questionário adaptado transculturalmente e validado no Brasil, denominado questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), elaborado pela *Agency for Health Care Research and Quality* (AHRQ)⁽¹¹⁾.

O questionário foi disponibilizado pelo link <https://forms.gle/jyJt6UWiWyVvBtnQ6>, pela plataforma do Google, no período de agosto a outubro de 2020, para os diretores de enfermagem e responsáveis técnicos das UTI dos hospitais pesquisados para disseminação entre os profissionais atuantes nesse setor.

O formulário abarca 12 dimensões da CSP e possibilita a avaliação dos pontos positivos e negativos da cultura, com questões fechadas e abertas. Foram critérios de inclusão: profissionais da saúde de qualquer idade, sexo e turno de trabalho, atuantes em UTI Adulto e Pediátricas do Noroeste e Sudoeste do Paraná, bem como do Oeste de Santa Catarina. Dentre os profissionais: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e psicólogos. Como critério de exclusão, optou-se por não incluir profissionais de saúde que estavam de férias, licença ou que não aceitaram participar do estudo, além de outras classes profissionais, assim como os atuantes em outros setores.

A seleção da amostra foi por conveniência, mediante aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), por meio eletrônico. Os dados foram tabulados e a análise descritiva destes submetida ao software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS 25.0). As questões referentes às dimensões estudadas no instrumento foram exclusivamente conhecidas pelas pesquisadoras, visto que os

participantes da pesquisa não foram identificados, sendo preservados os princípios éticos e legais, de acordo com a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Paranaense – Unipar, conforme parecer 4.053.787.

RESULTADOS

Para melhor compreensão, os dados estão apresentados em tabelas e descritos a partir da caracterização dos participantes. A tabela 1 descreve o perfil dos participantes do estudo.

Tabela 1: Informações gerais sobre os profissionais de saúde. Brasil, 2020.

Variáveis		
	N	%
Há quanto tempo você trabalha neste hospital? (anos)		
< 1	16	22,2
1 - 5	32	44,4
6 - 10	15	20,8
11 - 15	5	6,9
16 - 20	2	2,8
≥ 21	2	2,8
Há quanto tempo você trabalha na sua atual área/unidade do hospital ?(anos)		
< 1	21	29,2
1 - 5	23	31,9
6 - 10	20	27,8
11 - 15	4	5,6
16 - 20	3	4,2
≥ 21	1	1,4
Normalmente, quantas horas por semana você trabalha neste hospital?		
Menos de 20 horas por semana	4	5,6
20 a 39 horas por semana	44	61,1
40 a 59 horas por semana	20	27,8
60 a 79 horas por semana	3	4,2
80 a 99 horas por semana	1	1,4
Qual é o seu cargo/função neste hospital?		
Médico do Corpo Clínico/Médico Assistente	3	4,2
Médico Residente/ Médico em Treinamento	2	2,8
Enfermeiro	31	43,1
Técnico de Enfermagem	21	29,2
Auxiliar de Enfermagem	1	1,4
Fisioterapeuta, Terapeuta Respiratório, Terapeuta Ocupacional ou Fonoaudiólogo	9	12,5
Psicólogo	2	2,8
Outro	3	4,2
No seu cargo/função, em geral, você tem interação ou contato direto com os pacientes?		
SIM, em geral, tenho interação ou	72	100,0

contato direto com os pacientes		
Há quanto tempo você trabalha na sua especialidade ou profissão atual? (anos)		
< 1	21	29,2
1 - 5	23	31,9
6 - 10	20	27,8
11 - 15	4	5,6
16 - 20	3	4,2
≥ 21	1	1,4
Qual o seu grau de instrução?		
Segundo grau (Ensino Médio) Incompleto	1	1,4
Segundo grau (Ensino Médio) Completo	14	19,4
Ensino Superior Incompleto	5	6,9
Ensino Superior Completo	13	18,1
Pós-graduação (Nível Especialização)	26	36,1
Pós-graduação (Nível Mestrado ou Doutorado)	12	16,7
Ignorado	1	1,4
Indique seu sexo		
Feminino	66	91,7
Masculino	4	5,6
Ignorado	2	2,8

Fonte: dados da pesquisa, autores (2020)

Com relação aos aspectos relacionados ao ambiente de trabalho, considerando a unidade de atuação, os profissionais concordaram que as pessoas apoiavam umas às outras (68,1%), entretanto, discordaram sobre a suficiência de pessoal para dar conta da carga de trabalho (50%). Apontaram que os erros poderiam ser usados contra eles (73,6%), porém destacaram que a notificação dos erros motivou mudanças positivas (51,4%).

No que diz respeito à sobrecarga da unidade, 56,9% revelaram colaboração entre os profissionais. Destaca-se que quando um evento adverso é notificado, 70,8% dos profissionais concordaram que o foco recaia sobre a pessoa e não sobre o problema. Referente aos profissionais trabalharem em “situação de crise”, tentando fazer muito e muito rápido, 51,4% concordaram com essa afirmativa.

Tabela 2: Percepções dos profissionais sobre os aspectos relacionados ao ambiente de trabalho, considerando a unidade de atuação. Brasil, 2020.

Variáveis	n	%
Nesta unidade, as pessoas apoiam umas às outras?		
Discordo	5	6,9
Não concordo, nem discordo	18	25,0
Concordo	49	68,1
Temos pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho?		
Discordo	36	50,0
Não concordo, nem discordo	9	12,5
Concordo	27	37,5
Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe		

para concluí-lo devidamente?		
Discordo	16	22,2
Não concordo, nem discordo	7	9,7
Concordo	56	77,8
Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito?		
Discordo	6	8,3
Não concordo, nem discordo	13	18,1
Concordo	53	73,6
Os profissionais desta unidade trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente?		
Discordo	18	25,0
Não concordo, nem discordo	16	22,2
Concordo	38	52,8
Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente?		
Discordo	6	8,3
Não concordo, nem discordo	11	15,3
Concordo	55	76,4
Utilizamos mais profissionais temporários terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente?		
Discordo	31	43,0
Não concordo, nem discordo	10	13,9
Concordo	30	41,7
Ignorado	1	1,4
Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles?		
Discordo	7	9,8
Não concordo, nem discordo	12	16,7
Concordo	53	73,6
Erros têm levado a mudanças positivas por aqui?		
Discordo	15	20,9
Não concordo, nem discordo	20	27,8
Concordo	37	51,4

Fonte: dados da pesquisa, autores (2020)

A Tabela 2 apresenta que 53,6% da população pesquisada concordavam que o supervisor/chefe elogiava e aceitava as sugestões de ações voltadas para o fortalecimento do cuidado seguro. Observou-se, ainda, que 41,6% afirmaram ser desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital. Na maioria das vezes, os profissionais responderam que ocorriam problemas na troca de informações entre as unidades do hospital (47,2%).

Tabela 3: Percepções dos profissionais sobre o supervisor/chefe da unidade de trabalho do hospital. Brasil, 2020.

Variáveis	n	%
O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente?		
Discordo	22	31,9
Não concordo, nem discordo	10	14,5
Concordo	37	53,6
O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para melhoria da segurança do paciente?		
Discordo	14	19,5
Não concordo, nem discordo	20	27,8
Concordo	38	52,7
Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”?		
Discordo	37	51,4
Não concordo, nem discordo	18	25,0
Concordo	17	23,6
O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente?		
Discordo	49	68,1
Não concordo, nem discordo	13	18,1
Concordo	10	13,9
A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente?		
Discordo	11	15,3
Não concordo, nem discordo	13	18,1
Concordo	48	66,7
As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si?		
Discordo	28	38,9
Não concordo, nem discordo	24	33,3
Concordo	20	27,8
O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra?		
Discordo	27	37,5
Não concordo, nem discordo	19	26,4
Concordo	26	36,1
Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto?		
Discordo	20	27,8
Não concordo, nem discordo	22	30,6
Concordo	30	41,7

É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno?		
Discordo	21	29,2
Não concordo, nem discordo	10	13,9
Concordo	41	57,0
Muitas vezes, é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital?		
Discordo	21	29,2
Não concordo, nem discordo	21	29,2
Concordo	30	41,6
Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital?		
Discordo	18	25,0
Não concordo, nem discordo	19	26,4
Concordo	34	47,2
Ignorado	1	1,4
As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade principal?		
Discordo	9	12,5
Não concordo, nem discordo	19	26,4
Concordo	43	59,7
Ignorado	1	1,4
A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso?		
Discordo	31	43,1
Não concordo, nem discordo	10	13,9
Concordo	30	41,7
Ignorado	1	1,4
As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes?		
Discordo	16	22,2
Não concordo, nem discordo	13	18,1
Concordo	43	59,7
Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes?		
Discordo	40	55,5
Não concordo, nem discordo	16	22,2
Concordo	16	22,2

Fonte: dados da pesquisa, autores (2020)

A Tabela 4 representa os dados referentes ao manejo de eventos adversos, às mudanças implementadas e à comunicação entre profissionais atuantes em UTI. Quanto aos profissionais terem liberdade para falar sobre algo que poderia afetar negativamente o cuidado do paciente, sobressaiu-se a resposta raramente (62,5%).

Salienta-se que, em maioria, 54,2% dos profissionais eram sempre informados sobre os erros que aconteciam na unidade de trabalho. Entretanto, raramente os profissionais sentiam-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos superiores (43,1%). Em relação aos últimos 12 meses, predominou a resposta

“nenhuma notificação” preenchida e apresentada pelos profissionais participantes da pesquisa (55,6%).

Tabela 4: Dados referentes ao manejo de eventos adversos, às mudanças implementadas e à comunicação entre profissionais atuantes em unidades de terapia intensiva. Brasil, 2020.

Variáveis	n	%
Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos?		
Raramente	18	25,0
Às vezes	23	31,9
Sempre	30	41,6
Ignorado	1	1,4
Os profissionais têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente?		
Raramente	9	12,5
Às vezes	18	25,0
Sempre	45	62,5
Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade?		
Raramente	16	22,3
Às vezes	17	23,6
Sempre	39	54,2
Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores?		
Raramente	31	43,1
Às vezes	25	34,7
Sempre	16	22,2
Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros, evitando que eles aconteçam novamente?		
Raramente	16	22,3
Às vezes	18	25,0
Sempre	38	52,8
Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo?		
Raramente	28	38,9
Às vezes	27	37,5
Sempre	17	23,6
Nos últimos 12 meses, quantas notificações de eventos você preencheu e apresentou?		
Nenhuma	40	55,6
1 - 2	14	19,4
3 - 5	12	16,7
6 - 10	5	6,9
≥ 21	1	1,4
Quando ocorre um erro, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é notificado?		
Raramente	27	37,5
Às vezes	11	15,3
Sempre	34	47,2

Quando ocorre um erro, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é notificado?

Raramente	26	36,1
Às vezes	17	23,6
Sempre	29	40,2

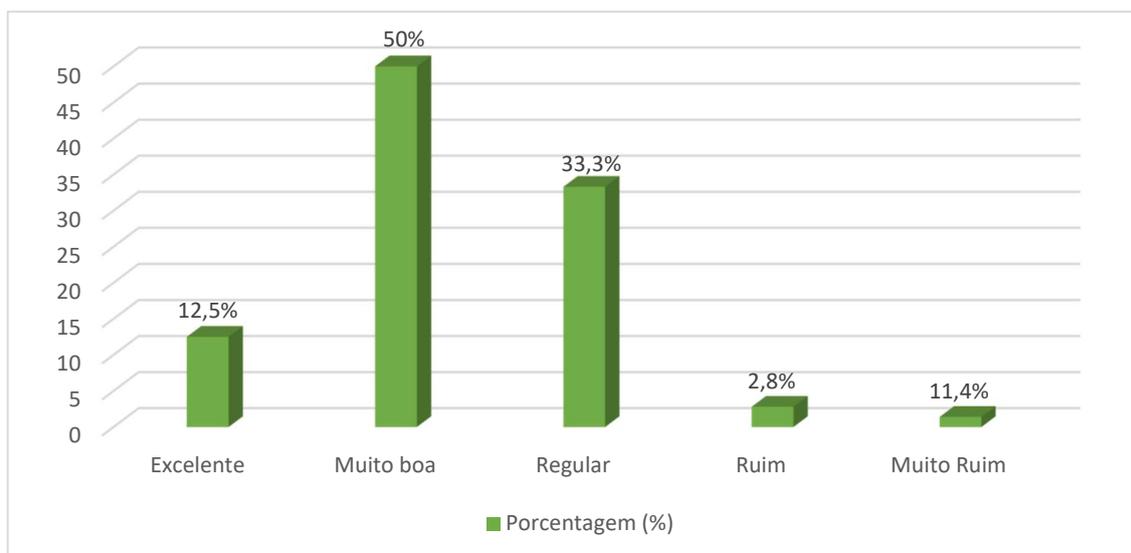
Quando ocorre um erro, que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é notificado?

Raramente	23	31,9
Às vezes	12	16,7
Sempre	37	51,3

Fonte: dados da pesquisa, autores (2020)

No que se refere à avaliação de segurança do paciente feita pelos profissionais de saúde na unidade de trabalho, sobressaiu-se “muito boa” (50%), seguido de regular (33,3%), excelente (12,5%), muito ruim (11,4%) e ruim (2,8%), conforme Gráfico 1.

Gráfico 1: Nota de segurança do paciente, segundo as percepções dos profissionais das unidades pesquisadas. Brasil, 2020.



DISCUSSÃO

Dentre os 72 profissionais que participaram deste estudo, encontrou-se um perfil que aponta aspectos positivos e negativos relativos à cultura de segurança do paciente.

Neste estudo, duas dimensões obtiveram respostas positivas acima de 75%, classificadas como áreas de força para SP, conforme recomendado pela AHRQ. São consideradas neutras as respostas com percentual maior de 50%, inferior a 75%, e áreas com potencial melhoria as com respostas abaixo de 50% ^(1,12). Encontraram-se, neste estudo, resultados classificados como neutros e áreas com potencial de melhorias, prevalecendo as respostas “neutras”.

Das 12 dimensões contempladas no instrumento, duas alcançaram (75%) respostas favoráveis à cultura de segurança, evidenciando fragilidades no sistema organizacional que repercutem diretamente na qualidade do cuidado oferecido ao paciente. Como requisito *sinequa non*, a SP deve ser considerada prioridade em quaisquer ambientes de saúde, em especial na terapia intensiva, por ser considerado espaço que abriga pacientes graves que requerem intervenções de elevada complexidade e resolutividade, em curto espaço de tempo, à beira do leito ⁽¹³⁾.

Sabe-se que relações de respeito e apoio entre profissionais e colegas de equipe diminuem os conflitos e melhoram a comunicação, contribuindo para qualidade do cuidado prestado. Condições que favorecem a promoção da cultura de SP, visto que diminuem as crenças e os julgamentos e melhoram a boa relação entre a equipe de saúde ^(14,15). Compreende-se que a carência de profissionais compromete a segurança do paciente, visto que o cuidado feito dessa forma, buscando quantidade e não qualidade, deixa o profissional de saúde sobrecarregado, estressado e desatento, propiciando o desenvolvimento de EA ^(8,9).

O trabalho em conjunto reflete na responsabilidade compartilhada do cuidado, experiência e conhecimento diferenciados, união entre a equipe, diminuição de conflitos e aumento da produtividade. Com ambiente de trabalho agradável e boa comunicação entre a equipe, benefícios serão proporcionados à SP ⁽¹⁶⁾.

Estudo realizado na Região Sul do Brasil, com profissionais da UTI, sugere ampliação do quantitativo dos profissionais, com redução da carga de trabalho e da escala semanal. Desse modo, reflete-se que nessas unidades, os profissionais possuem carga horária exacerbada e trabalham exaustivamente, devido aos procedimentos complexos, pacientes graves e com risco de morte ⁽⁵⁾.

As boas práticas de SP dependem de uma série de fatores, dentre estas, citam-se carga de trabalho e escala de horários compatível com as recomendações legais e capacidade da equipe. Precisa-se atentar que muitos trabalhadores, em decorrência de baixa remuneração, acabam realizando duplas jornadas de trabalho, aumentando sobremaneira as chances de erro. Evidências corroboram que, longos períodos na assistência, podem acarretar aumento de erros e EA, devido à sobrecarga de trabalho, mais que um vínculo empregatício, ao cansaço e desgaste ^(17, 18).

A saúde do trabalhador e a SP são impactadas pela terceirização, pois um profissional que não esteja bem psicológica e fisicamente, não prestará cuidado totalmente seguro aos pacientes atendidos. A terceirização influencia na implantação de um modelo neoliberal e na precariedade das relações de trabalho ^(19,20).

Existem recomendações dos profissionais da equipe de saúde para melhorar a SP, dentre estas, destacam-se realizar capacitações periódicas, elaborar e implementar protocolos, treinar funcionários novos, elaborar manuais sobre SP, corrigir práticas inadequadas do serviço, ampliar quantitativo de profissionais, reduzir carga horária semanal, evitar plantões inferiores a 6h e superiores a 12h, minimizar a rotatividade de profissionais, melhorar a remuneração dos profissionais, promover a igualdade dos direitos e deveres entre a equipe e implementar normativas que regulem o comportamento dos profissionais no ambiente de trabalho⁽⁵⁾.

Os profissionais das unidades pesquisadas concordaram que os erros podem ser usados contra eles (73,6%). Os profissionais de saúde discordaram sobre a dimensão “é apenas por acaso que erros mais graves não acontecem” (45,9%), corroborando outra pesquisa que apontou discordância de 38,6%. Isso pode ser justificado pela falta de atenção, sobrecarga de trabalho e estresse de uma UTI. Salienta-se a importância da realização de EC/permanente e utilização de protocolos ⁽²¹⁾.

Quando ocorria a notificação de um EA, os profissionais concordaram que o foco recaia sobre a pessoa e não sobre o problema ou sistema (70,8%). Confirmando, assim, dados de outra pesquisa, a qual mostrou que 82,46% dos profissionais acreditavam que quando ocorre um erro, o foco recai sobre a pessoa que errou ⁽¹⁾. Com uma cultura de segurança negativa e punitiva na instituição, aumentam-se as chances de ocorrência e subnotificação de EA, interferindo negativamente na cultura de trabalho em equipe ^(22,23).

Outro aspecto a ser considerado é o fato de que 73,6% dos profissionais se preocupavam que os erros fossem registrados nas fichas funcionais. Nas instituições de saúde, ainda prevalece a cultura de segurança punitiva, no qual os profissionais são responsabilizados pelos erros cometidos, impactando, desta forma, na subnotificação EA e evidenciando o medo de os profissionais relatarem as próprias falhas ^(23,24).

Do mesmo modo, 50% dos profissionais concordaram em ter problemas na SP do local de trabalho. Entretanto, acreditavam que os procedimentos e sistemas eram adequados para prevenir a ocorrência de erros (62,5%).

Os profissionais concordaram, em maioria, que o supervisor/chefe considerava as sugestões para melhoria da SP, bem como encontrado em estudo qualitativo realizado em Goiânia, no qual o gerente ouvia, discutia as sugestões oferecidas pela equipe. É de suma importância que ocorra diálogo entre o supervisor e a equipe que está diretamente em contato com os pacientes, de modo a perceber falhas e fragilidades. Assim, consegue-se intervir no problema, a fim de alcançar a qualidade no atendimento aos pacientes ⁽²⁵⁻²⁷⁾.

Da mesma forma, encontrou-se em pesquisa realizada em quatro UTIN tipo II de quatro hospitais públicos de Florianópolis, no qual 75% dos profissionais também discordaram, no quesito “pular etapas” quando a pressão aumenta ⁽¹²⁾. Isso é considerado um ponto positivo para a SP, pois quando o trabalho é feito rápido, “pulando etapas”, é mais propícia a ocorrência de erros pela cobrança existente do supervisor ⁽¹⁵⁾.

Referente à direção do hospital propiciar clima de trabalho que promove a SP, 66,7% dos profissionais concordaram. A liderança eficaz tem papel fundamental na promoção do aprendizado e de uma cultura positiva na unidade, saber ouvir e coordenar com amorosidade faz com o desempenho das equipes seja proativo em favor da SP. Da mesma forma, a gestão hospitalar tem papel fundamental, pois dela depende toda estrutura física, de materiais e humana, requisitos prioritários para implementação de uma cultura de segurança positiva ^(26,28).

O processo de cuidado não era comprometido, segundo as respostas dos profissionais (37,5%), quando um paciente era transferido de uma unidade para outra,

porém, 36,1% dos profissionais concordaram que o cuidado era prejudicado. Em estudo realizado em hospital universitário público do Rio de Janeiro, essa dimensão obteve avaliação positiva dos profissionais (36,61%). Destaca-se esse ponto pela falta de comunicação aberta entre as equipes de diferentes setores e salienta-se a EC como importante estratégia para melhora na troca de informações ⁽²⁶⁾.

Quanto às ações da direção do hospital, os profissionais concordaram que a direção demonstrava que a SP era prioridade principal (59,7%). Entretanto, em outro estudo, encontrou-se que 89,84% dos participantes discordaram que a SP seria uma prioridade da direção. A SP deve ser trabalhada por todos da instituição, porém depende fundamentalmente da forma com que a direção e os gestores conduzem a política institucional, desde a contratação de pessoal, política de aperfeiçoamento profissional, escolha de produtos e materiais, enfim, infinidade de condições interferem diretamente na segurança do paciente ⁽¹⁾.

Os profissionais relataram ser comum a perda de informações durante a passagem de plantão (57%), ser desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades (41,6%) e ocorrer com frequência problemas na troca de informações entre as unidades (47,2%). Dados semelhantes foram encontrados em pesquisa realizada em hospital universitário no Rio de Janeiro, a qual evidenciou baixo percentual de respostas positivas nas três dimensões, 40,71%, 46% e 37,23%, respectivamente ⁽²⁶⁾. A troca de plantão é um dos momentos propícios para os EA ocorrerem, visto que, nesse período, informações sobre o cuidado aos pacientes são perdidas. Percebe-se como a comunicação ainda é falha nos serviços, bem como mudanças na rotina do serviço são mal vistas e interpretadas como problemáticas. Do mesmo modo, é fundamental que a troca de plantão ocorra em local sem ruídos, para evitar informações mal compreendidas ⁽²⁸⁾.

Parte considerável dos profissionais concordava que “a direção do hospital só parece interessada na SP quando ocorre algum EA”. Frente a este dado, verificou-se na literatura que 52% dos profissionais afirmaram que a direção somente se interessava quando ocorria um EA. Isso pode ser explicado pelo fato de a SP ainda ser deixada de lado em algumas instituições, e somente dada melhor atenção quando algum erro ocorre e coloca a vida de pacientes em risco ⁽¹²⁾.

Quanto às unidades de o hospital trabalharem bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes, os profissionais concordaram (59,7%). Em relação às mudanças de plantão ou turno serem problemáticas para os pacientes, 55,5% dos profissionais discordaram. Porém, em outro estudo feito no Paraná, evidenciou-se que 60,3% dos profissionais consideravam as mudanças de plantão problemáticas para os pacientes ⁽¹⁴⁾, como também percentual de respostas negativas quanto ao trabalho em conjunto entre as unidades em um estudo de Florianópolis (42%) ⁽¹²⁾.

A comunicação é um elemento fundamental na troca de plantão, informações corretas devem ser repassadas sobre a continuidade do cuidado, diminuindo, assim, as chances de um cuidado inseguro ⁽¹⁸⁾. Mostra-se, ainda, a percepção de cultura desfavorável à SP nas unidades de cuidados intermediários, pelo baixo percentual de respostas positivas.

Isso demonstra comunicação falha entre a equipe. Em pesquisa que avaliou a SP em hospitais públicos e privados no Peru, a avaliação positiva foi de somente 35% dos

profissionais quanto ao grau de comunicação aberta, bem como se os profissionais pensavam que poderiam questionar os superiores, ao ver algo que poderia afetar o paciente negativamente ⁽²⁴⁾.

Frente a esse dado, demonstra-se que mudanças devem ser realizadas nos serviços de saúde, a fim de que os profissionais possam falar livremente sobre possíveis falhas no cuidado, em especial aquelas que podem afetar negativamente a SP. Devem ser livres para notificar os erros, quando cometidos, sem medo de punições. Assim, é possível intervir onde o cuidado está inseguro ⁽⁸⁾.

Destaca-se que nos últimos 12 meses, a maioria não realizou notificação de EA (55,6%). Estudo realizado em Belo Horizonte demonstrou valor ainda maior quanto a essa afirmação, sendo que 75,4% dos profissionais não realizaram notificação nos últimos 12 meses, sendo o enfermeiro o profissional quem mais realizava as notificações⁽²²⁾. Acredita-se que a sobrecarga de trabalho nas UTI e o dimensionamento inadequado das equipes de saúde possam influenciar na falta de tempo para realizar as notificações corretamente. Também, o desinteresse e o medo das punições advindas da notificação de erros não demonstraram realmente o real problema encontrado ⁽¹⁵⁾.

Sabe-se que os erros, quando cometidos, são subnotificados, o que sugere que a maioria dos erros que não afetam o paciente ou são percebidos antes de acontecerem, sejam provavelmente não notificados ⁽¹⁶⁾, o que não foi demonstrado neste estudo.

Considera-se ainda que a ampliação de conhecimentos e a formação dos profissionais contribuem para a melhora da SP. Algumas estratégias também são utilizadas nos serviços de saúde, como a Educação Permanente em Saúde (EPS) e o treinamento dos profissionais, contribuindo para a implantação de uma cultura de segurança positiva e o reconhecimento e identificação dos erros ⁽²⁹⁾.

A classificação da SP, segundo as percepções dos profissionais de saúde, foi “muito boa” (50%). Em estudo realizado em 2019 na UTIN prevaleceu a nota “regular” (48%). Encontrou-se na literatura que os enfermeiros, por constituírem a chefia de enfermagem, são os profissionais que mais consideram a segurança do paciente como “fraca”. Desta forma, acredita-se que outras categorias desconhecem o processo e possuem percepções diferentes acerca da segurança ⁽²²⁾. Salienta-se que cada instituição tem uma cultura diferenciada, sob a perspectiva dos profissionais, sendo discussão, *feedback* se ECS/permanente ideais para identificação das fragilidades do serviço ⁽¹⁾.

CONCLUSÕES

O estudo identificou que duas categorias atingiram respostas favoráveis quanto à cultura de segurança em UTI. Evidenciaram-se aspectos da cultura de segurança com necessidade de intervenções, considerando os níveis avaliativos desejados. Os resultados apontaram condições para orientação em relação à identificação de problemas na SP das instituições pesquisadas e possíveis estratégias a serem realizadas.

Gestores dos serviços de saúde, assim como os profissionais que estão em contato direto com os pacientes, devem estar envolvidos diretamente na busca por condições que favoreçam a SP como prioridade para o desenvolvimento de uma assistência mais segura.

Como limitação do estudo, considerou-se o tamanho da amostra, fato que pode estar relacionado ao período pandêmico, em que os profissionais se encontram com elevada carga de trabalho nas UTI e pouca disponibilidade para responderem aos questionários. Por fim, sugere-se o desenvolvimento de novas pesquisas na área, com diferentes instrumentos, para que gestores e profissionais dos serviços de saúde possam desenvolver ações que viabilizem uma assistência de qualidade.

REFERÊNCIAS

1. Minuzzi AP, Salum NC, Locks MOH. Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva na perspectiva da equipe de saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2016; 25 (2):
2. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília: Anvisa; 2017.
3. Nascimento KMB, Carvalho REFL, Girão AA, Freitas GH. Predisposição à eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva. *Research, Society and Development*. 2020; 9 (8):
4. Gonzalez NS, Garcia DAM, Cerón MEI, Jacinto EAL. Cultura de seguridad del paciente e nun hospital de alta especialidade. *Revista de Enfermería Neurológica*. 2019; 18 (3): 115-23.
5. Minuzzi AP, Chiodelli SN, Orlandi HLM, Nazareth AL, MATOS. Contribuições da equipe de saúde visando à promoção da segurança do paciente no cuidado intensivo. *Esc Anna Nery*. 2016; 20 (1): 121-9.
6. Lemos GC, Azevedo C, Bernardes MFVG, Ribeiro HCTC, Menezes AC, Mata LRF. A cultura de segurança do paciente no âmbito da enfermagem: reflexão teórica. *Rev Enferm Cent-Oeste Min*. 2018; 8.
7. Lordelo MV, Gama GGG. Segurança do paciente: notificação de incidentes na Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Enferm Contemp*. 2019; 8 (1): 33-40.
8. Mello JF, Barbosa SFF. Cultura de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: perspectiva da equipe de enfermagem. *Rev Eletr Enf*. 2017; 9.
9. Reis GAX, Oliveira JLC, Ferreira AMD, Vituri DW, Marcon SS, Matsuda LM. Dificuldades para implantar estratégias de segurança do paciente: perspectivas de enfermeiros gestores. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019; 40.
10. Soares EA, Carvalho TLC, Santos JLP, Silva SM, Matos JC. Cultura de segurança do paciente e a prática de notificação de eventos adversos. *Rev Eletr. Acer da Saúde*. 2019; 36.
11. Andrade LEL, Melo LOM, Silva IG, Souza RM, Lima ALB, Freitas M Ret al. Adaptação e validação do Hospital Survey on Patient Safety Culture em versão brasileira eletrônica. *Epidemiol Serv Saúde*. 2017; 26 (3): 455-68.
12. Tomazoni A, Rocha PK, Kusahara DM, Souza AIJ, Macedo TR. Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva neonatal. *Texto Contexto Enferm*. 2015; 24 (1): 161-9.

13. Bizarra MA, Balbino CM, Silvino ZR. Segurança do paciente - o papel do enfermeiro no gerenciamento de risco na UTI. *Revista Pró-UniverSUS*. 2018; 9 (1): 101-4.
14. Bohrer CD, Marques LGS, Vasconcelos RO, Oliveira JLC, Nicola AL, Kawamoto AM. Comunicação e cultura de segurança do paciente no ambiente hospitalar: visão da equipe multiprofissional. *Rev Enferm UFSM*. 2016; 6 (1): 50-60.
15. Costa DB, Ramos D, Gabriel CS, Bernardes A. Cultura de segurança do paciente: avaliação pelos profissionais de enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2018; 27 (3):
- 16- Souza CS, Barlem JGT, Rocha LP, Barlem EDL, Silva TL, Neutzling BRS. Cultura de segurança em unidades de terapia intensiva: perspectiva dos profissionais de saúde. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019; 40.
17. Souza VS, Silva DS, Lima LV, Teston EF, Benedetti GMS, Costa MAR et al. Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem atuantes em setores críticos. *Rev Cuid*. 2018; 9 (2): 2177-86.
18. Gomes ATL, Salvador PTCO, Rodrigues CCFM, Silva MF, Ferreira LL, Santos VEP. A segurança do paciente nos caminhos percorridos pela enfermagem brasileira. *Rev Bras Enferm*. 2017; 70 (1): 146-54.
19. Petersen RS, Marziale MHP. Análise da capacidade no trabalho e estresse entre profissionais de enfermagem com distúrbios osteomusculares. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2017; 38 (3).
20. Mandarini MB, Alvez AM, Sticca MG. Terceirização e impactos para a saúde e trabalho: Uma revisão sistemática da literatura. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*. 2016; 16 (2): 143-52.
21. Borges F, Bohrer CD, Kawamoto AM, Oliveira JLC, Nicola AL. Grau da cultura de segurança do paciente na percepção da equipe multiprofissional hospitalar. *Revista Varia Scientia*. 2016; 2 (1): 55-66.
22. Notaro KAM, Corrêa AR, Tomazoni A, Rocha PK, Manzo BF. Cultura de segurança da equipe multiprofissional em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de hospitais públicos. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2019; 27.
23. Costa TD, Salvador PTCO, Rodrigues CCFM, Alves KYA, Tourinho FSV, Santos VEP. Percepção de profissionais de enfermagem acerca de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva. *Rev Gaúcha Enferm*. 2016; 37 (3):
24. Arrieta A, SUÁREZ G, Hakim G. Assessment of patient safety culture in private and public hospitals in Peru. *Int J Qual Health Care*. 2018; 30 (3): 186-191.
25. Toso GL, Golle L, Magnago TSBS, Herr GEG, Loro MM, Aozane F et al. Cultura de segurança do paciente em instituições hospitalares na perspectiva da enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm*. 2016; 37 (4).
26. Penha PM, Silva JOC. Avaliação da cultura de segurança do paciente na organização hospitalar de um hospital universitário. *Enferm Glob*. 2017; 16 (1): 309-52.
27. Beccaria LM, Meneguesso B, Barbosa TP, Aparecida RPM. Interferências na passagem de plantão de enfermagem em unidade de terapia intensiva. *Cuid Art Enferm*. 2017; 11 (1): 86-92.
28. Tobias GC, Bezerra AL, Moreira IA, Paranaguá TTB, Silva AEBC. Conhecimento dos enfermeiros sobre a cultura de segurança do paciente em hospital universitário. *Rev enferm UFPE online*. 2016; 10 (3): 1071-9.
29. Wegner W, Silva SC, Kantorski KJC, Predebon CM, Sanches MO, Pedro ENR. Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional. *Esc Anna Nery*. 2016; 20 (3).

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia