

SEGURANÇA DO PACIENTE SOB A ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NO ÂMBITO HOSPITALAR

FERNANDES, Nathalia¹

FREIBERGER, Mônica Fernandes²;

1. Enfermeira, graduada em Enfermagem pela Faculdade de Educação e Meio Ambiente (2014). Residente do Hospital Universitário Julio Muller.
2. Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde, Especialista em Educação Profissional na Área da Saúde e Saúde Coletiva, Coordenadora e docente do Curso de Graduação de Enfermagem da Faculdade Santa Maria da Glória.

RESUMO

A segurança do paciente é assunto de suma importância nos serviços de saúde, e vem sendo cada vez mais discutido, juntamente com a gestão de risco e a busca pela qualidade dos serviços. Tendo em vista o crescente interesse na temática a nível mundial, este estudo objetivou analisar a percepção da equipe de enfermagem de um Hospital Público no município de Ariquemes/RO, acerca da segurança do paciente em sua prática profissional. A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa da Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA. Trata-se de um estudo transversal descritivo, com abordagem quantitativa. Participaram da pesquisa 24 profissionais, dentre auxiliar, técnicos e enfermeiros. Os dados foram coletados no período de março a abril de 2015. A análise de dados se deu através de estatística descritiva e analítica. Ao analisarmos a percepção da equipe de enfermagem, concluímos que os mesmos tem conhecimento sobre as práticas de segurança recomendadas, mas apontam como falha e fraca o grau de segurança do paciente em seu setor de trabalho. Foi apontado por mais de 50% dos respondentes que há insuficiência de profissionais, e falta de apoio administrativo, com isso podemos entender que a segurança do paciente pode estar em risco bem como a qualidade da assistência prestada. Observamos ainda, que há uma cultura punitiva referente ao erro, onde 83,3% dos participantes dizem ter medo que seus erros sejam usados contra eles. Por essa razão, sugerimos que se invista no maior bem de uma instituição, o capital humano, buscando melhorias estruturais e de educação continuada, pois somente assim iremos ter um serviço de qualidade com riscos mínimos relacionados ao cuidado, garantindo a segurança do paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Segurança do Paciente; Equipe de Enfermagem; Percepção; Avaliações de Serviços de Saúde; Qualidade da Assistência à Saúde.

ABSTRACT

Patient safety is a matter of paramount importance in the health services, and is being increasingly discussed, along with risk management and the pursuit of quality of services. Given the growing interest in the subject worldwide, this study aimed to analyze the perception of the nursing staff of a public hospital in the city of Porto Velho / RO, about patient safety in their professional practice. The study was approved by the Ethics Committee in Research of the Faculty of Education and Environment - FAEMA. This is a cross-sectional descriptive study with a quantitative approach. 24 professionals participated in the survey, among auxiliary nurses and technicians. Data were collected from March to April 2014. Data analysis was through descriptive and analytical statistics. By analyzing the perception of the nursing staff, we conclude that they have knowledge about the recommended security practices, but point failure and weak as the degree of patient safety in their work sector. It was pointed out by more than 50% of the respondents that there is insufficient staff and lack of administrative support, with this we can understand that patient safety could be at risk as well as the quality of care. We also observed that there is a punitive culture referring to the error, where 83.3% of participants say they are afraid that their errors are used against them. For this reason, we suggest you invest in the greater good of an institution, human capital, looking for structural improvements and continuing education, for only thus will have a quality service with minimal risks related to care, ensuring patient safety.

KEYWORDS: Patient Safety; Nursing staff; perception; Reviews of Health Services; Quality of Health Care

INTRODUÇÃO

Atualmente, a preocupação com a segurança do paciente e a qualidade da assistência à saúde nas instituições, tem recebido atenção especial em âmbito global. Esta atenção é evidenciada, pela preocupação cada vez maior na busca por qualidade dos serviços de saúde, um importante marco para o alcance da qualidade e minimização de erros derivados da assistência em saúde, foi a criação da "Aliança Mundial para a Segurança do Paciente", criada no ano de 2004, pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (BRASIL, 2011).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a segurança do paciente está em voga no cenário mundial, devido aos dados epidemiológicos apresentados através de pesquisas, que apontam, que em média, um em cada dez pacientes são vítimas de lesões incapacitantes ou morrem em virtude de

práticas em saúde inseguras, essa estimativa é ainda mais séria em países em desenvolvimento (BRASIL, 2011).

Esta mobilização em prol da segurança do paciente teve sua efervescência após a publicação do relatório do Institute of Medicine (IOM) dos EUA, que apresentou os resultados de vários estudos que revelaram a crítica situação de assistência à saúde daquele país. Dados apontaram que de 33,6 milhões de internações 44.000 a 98.000 pacientes, aproximadamente, morreram em consequência de eventos adversos, esta estatística é ainda mais alarmante em países em desenvolvimento, como o Brasil (SILVA, 2010).

Os eventos adversos podem ser definidos como lesões não intencionais causadas em decorrência da assistência a saúde, se contrapõe a evolução natural da doença de base. É um fenômeno que pode ser decorrente de erro de profissionais de saúde, estes eventos geram custos enormes ao sistema de saúde, ocasionando grandes desperdícios de recursos financeiros para tratá-los (FONSECA; PETERLINI; COSTA; 2014).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que milhares de pessoas todos os anos, sofrem danos relacionados a assistência a saúde que poderiam ser evitados em 50 a 60% dos casos. Anualmente inúmeros pacientes sofrem lesões incapacitantes ou morrem em decorrência de práticas inseguras em saúde, sendo estimado que eventos adversos afetam em média, 1 em cada 10 pacientes. Neste contexto de risco, a busca pela qualidade e segurança nos serviços de saúde constitui grande desafio, com isso, faz-se necessário pesquisas para tentar conhecer as possíveis causas de ocorrência de eventos adversos e propor medidas para reduzi-los (PEDREIRA, HARADA; 2009).

No Brasil, não existem dados estatísticos consistentes, acerca da ocorrência de eventos adversos relacionados a assistência a saúde, devido a cultura de se apontar culpados e o uso de medidas punitivas, com isso, instalou-se a prática de omissão dos casos por parte dos profissionais, devido o medo e julgamento dos colegas e principalmente pelas instituições, que se preocupam em achar culpados, e não em descobrir as causas. Caso fôssemos calcular o número de eventos adversos para o Brasil usando a relação de 40 eventos por 100 internações, como sugere o Institute for Healthcare Improvement (IHI), e com base nos dados de 2006, que mostram um total de 11.315.681 internações pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e 4 milhões de internações no setor privado,

teríamos uma previsão de 6.126.272 eventos. O que equivale a dizer que são estimados quase três eventos por dia em cada hospital do Brasil. Ainda, se 1% desses eventos ocasionassem o óbito do paciente, teríamos 61.000 óbitos ao ano relacionados a eventos decorrentes de falhas nos cuidados, também conhecidas como iatrogenias. Tais estimativas são extremamente alarmantes e, por isso, torna-se urgente a implementação de práticas seguras, e a crença de que os eventos ocorrem, devido a multifatores, somente assim, haverá a melhoria na qualidade dos cuidados relacionados a segurança do paciente (BRASIL, 2009).

A preocupação com a segurança do paciente está intrínseca na assistência à saúde, pois, lida-se com vidas, e um erro cometido pode ser fatal, ou em muitos casos, aumentar o tempo de hospitalização, gerando maiores riscos e custos. Essa percepção de erro na área da saúde é encarada como algo vergonhoso e inadmissível, mas sabemos que, errar é inerente do ser humano, todos somos passíveis de falhas. Através de estudos que mostram o quantitativo de eventos adversos e seu impacto, houve uma crescente preocupação na melhora da qualidade da assistência à saúde, para a minimização dos erros para um mínimo aceitável. Quanto mais especializado são os meios de diagnóstico e tratamento, maior é o risco agregado. Neste contexto a incorporação por parte dos profissionais de uma cultura de segurança do paciente torna-se um fator mitigante para a prevenção e diminuição dos riscos (SILVA, 2012).

A Cultura de Segurança é o produto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, os quais determinam o compromisso, o estilo e a proficiência da gestão de uma organização saudável e segura. Organizações com uma cultura de segurança positiva caracterizam-se por uma comunicação fundada na confiança mútua, através da percepção comum da importância da segurança e do reconhecimento da eficácia das medidas preventivas (BATALHA, 2012).

A enfermagem encontra-se em posição privilegiada para diminuir a possibilidade de erros atingirem o paciente, bem como detectar precocemente as complicações, e atuar rapidamente para minimizar seus eventos adversos e proporcionar segurança ao paciente, pois, é designada como a linha de frente na prestação da assistência à saúde. Por outro lado, caso não se tenha o número e a qualificação da equipe de enfermagem necessários ao alcance dessas

finalidades, não é possível proteger o paciente. Instituições que não empregam esforços para promover boas condições de trabalho pode colocar seus pacientes em situação de maior vulnerabilidade para ocorrência de erros na assistência de enfermagem (AIKEN et al., 2003 apud PEDREIRA, HARADA, 2009).

A segurança do paciente está em crescente ascensão no cenário mundial, no entanto em nosso país, ainda há poucas pesquisas científicas sobre o assunto. Em contrapartida, no ano de 2013, foi criada a Política Nacional de Segurança do paciente, através da Portaria Ministerial nº 529 de 1º de abril de 2013, o que demonstra preocupação em torno do tema, por parte dos gestores em saúde do país, em virtude deste fato, como forma de contribuição para a difusão do tema e contribuição para a melhora na qualidade dos serviços de saúde, ouve a preocupação de se pesquisar qual o nível de percepção dos profissionais de enfermagem acerca da segurança do paciente, já que o assunto está cada vez mais em voga no cenário nacional, e possui grande relevância na atuação dos profissionais da saúde. A pesquisa poderia ser realizada com toda a equipe multiprofissional, mas, a equipe de enfermagem foi escolhida, pois, são os profissionais da saúde que prestam cuidado diretamente ao paciente, em tempo integral (BRASIL, 2013c).

OBJETIVO

Analisar a percepção da equipe de enfermagem de um Hospital Público no município de Ariquemes/RO, acerca da segurança do paciente em sua prática profissional.

MATODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal descritivo, com abordagem quantitativa.

LOCAL DO ESTUDO: Esta investigação foi desenvolvida em uma instituição hospitalar de porte pequeno, no município de Ariquemes/Rondônia, o referido município localiza-se a uma latitude 09º54'48" sul e a uma longitude 63º02'27" oeste, estando a uma altitude de 142 metros. Sua população é de 90.354 habitantes (IBGE/2010). Possui uma área de 4.427 km². Está localizado na porção centro-norte do estado de Rondônia, a 203 quilômetros de Porto Velho, capital do estado. A referida organização é vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS), de natureza jurídica pública. Está vinculada a Prefeitura Municipal de Ariquemes/RO, que a mantém financeiramente e administrativamente. Atua nos níveis de baixa e média complexidade, do tipo Hospital Geral, é uma unidade

hospitalar de porte pequeno, conta com aproximadamente 60 leitos.

POPULAÇÃO E AMOSTRAGEM DO ESTUDO: A população/ amostragem deste estudo é composta por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem que atuam nos diversos setores da referida unidade hospitalar. Esta pesquisa poderia ser realizada com toda equipe multidisciplinar, mas somente a equipe de enfermagem foi escolhida, pois, encontra-se em posição de destaque na atenção à saúde por atuar de modo mais contínuo e próximo do paciente. A amostragem deste estudo, foi do tipo por adesão ou censitária, que segundo Brevidelli et al., (2008), toda a população é abordada e a amostra é formada pelos membros da população que concordam voluntariamente em participar. O quantitativo de profissionais da unidade hospitalar a ser pesquisada, é composto por aproximadamente 85 profissionais da enfermagem, composta por 14 enfermeiros, 41 técnicos de enfermagem, e 30 auxiliares de enfermagem, segundo dados colhidos na base de dados do DATASUS do ano de 2013. O critério de escolha do local do estudo baseou-se na maior demanda de atendimento, maior quantitativo de profissionais de enfermagem, e por pertencer ao SUS (BRASIL, 2013d).

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO: Para participar do estudo foram seguidos os seguintes critérios de inclusão: Ser profissional da enfermagem (enfermeiro, técnico ou auxiliar); Trabalhar há pelo menos um mês no hospital; Ter carga horária de trabalho, de no mínimo 20 horas semanais; Aceitar participar da pesquisa, e assinar o TCLE. Critérios de exclusão: Não fazer parte da equipe de profissionais da enfermagem; Estar trabalhando há menos de um mês no hospital; Ter carga horária de trabalho inferior a 20 horas semanais; Não aceitar participar da pesquisa, não assinar o TCLE; Estar de férias, licenças, afastamento, ou estar aposentado.

ASPECTOS ÉTICOS: Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA, localizada no município de Ariquemes/RO, aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, de acordo com o Ofício Circular nº 14/2013/CONEP/CNS/MS, obtendo parecer favorável para o desenvolvimento da pesquisa junto ao referido CEP, sob o n.º CAAE: 27817414.3.0000.5601, parecer nº 541.245 em 25 de fevereiro de 2014, conforme (Anexo I). O estudo será pautado no cumprimento das diretrizes estabelecidas pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres

humanos, a qual incorpora sob a ética do indivíduo e da coletividade, a autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, visando assegurar os direitos e deveres dos sujeitos da pesquisa, cabe destacar ainda, que foram garantidos o anonimato e o sigilo, respeito a privacidade, intimidade e liberdade de declinar de sua participação no momento que desejar (BRASIL, 2012). A participação dos sujeitos da pesquisa foi determinada mediante sua livre e espontânea deliberação através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (vide apêndice I) em termo próprio, que foi lido, e após o entendimento e esclarecimento de quaisquer dúvidas que por ventura houver, foram assinados pelos participantes em duas vias de igual teor, ficando uma via para cada voluntário que aceitar participar, e a outra via com a pesquisadora. **COLETA DE DADOS:** A coleta de dados foi realizada através de duas etapas: o teste piloto para verificar a profundidade das questões do instrumento e a aplicação do questionário com toda a população que aceitou participar do estudo. Sendo realizado, no período de Março a Abril de 2014. Foi executado um teste piloto no início da pesquisa, onde foram selecionados previamente cinco profissionais da equipe de enfermagem da referida unidade hospitalar, objeto da pesquisa, que concordaram em participar mediante a assinatura do TCLE, onde responderam o questionário, com o objetivo de avaliar a profundidade das questões, conforme observação e feedback dos participantes, não houve necessidade de alterações no questionário ou na forma de abordagem. O instrumento utilizado para coleta de dados (vide apêndice II) foi baseado no questionário intitulado Hospital Survey on Patient Safety Culture elaborado pela Agency for Health Research and Quality (AHRQ), este instrumento foi traduzido para o português e validado por Clinco (2007), a adaptação para esta pesquisa, foi feita com base no questionário utilizado por Batalha (2012). A adaptação foi feita de modo à beneficiar os objetivos desta pesquisa. O instrumento é composto de questões estruturadas, que enfoca erros, percepções de erros, e dimensões da cultura de segurança do paciente. Este instrumento possui perguntas sobre o grau de segurança do paciente, em consonância com os objetivos do estudo. O questionário "Survey on Patient Safety Culture" possui 12 dimensões, mas em consequência da adaptação com vistas a beneficiar os objetivos do estudo e a realidade local, no presente estudo foram utilizadas 9 dimensões. Sendo especificadas a seguir: 1) Aprendizado organizacional - melhoria contínua; 2) Apoio da gestão hospitalar

para a segurança do paciente; 3) Feedback e comunicação a respeito de erros; 4) Abertura para as comunicações; 5) Trabalho em equipe pelas unidades hospitalares; 6) Dimensão pessoal; 7) Transferências internas e passagens de plantão; 8) Respostas não punitivas aos erros; 9) Percepções generalizadas sobre segurança. Quanto a aplicação do questionário, ela teve início no dia 31 de Março de 2014 e encerrou-se no dia 30 de Abril de 2014. A aplicação dos questionários levou mais tempo que o previsto no projeto de pesquisa, devido a alegação de falta de tempo para preenchimento do questionário, por parte da equipe. Esses encontros ocorreram todas as tardes depois das 16:30h, conforme autorização da gerência de enfermagem, este horário foi proposto pela gerência com vistas a não causar possíveis transtornos na rotina de trabalho da equipe.

ANÁLISE DOS DADOS: Para análise quantitativa, foram utilizados os programas Microsoft Excel, para tabulação e armazenamento dos dados coletados e o software "Statistical Package for the Social Science (SPSS) versão 10.0" para a estatística descritiva e a análise confirmatória dos fatores da escala, bem como nos testes de hipóteses. Para a comparação das frequências observadas entre variáveis, foi aplicado o teste de Hipótese Qui-quadrado ao nível de significância 0,05 (VIEIRA, 1998). Quanto a análise das dimensões da escala Survey on Patient Safety Culture elaborado pela AHRQ, foram comparadas as médias das dimensões da cultura de segurança entre os grupos pesquisados (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem), pela ANOVA, análise de variância, e pelo teste Tukey, ao nível de significância de 0,05 (VIEIRA, 1998). Ressalta-se que a escala possui itens positivos e negativos, sendo assim para a análise do escore geral os itens negativos foram invertidos.

RESULTADO E DISCUSSÕES:

A preocupação em não causar danos ao paciente durante a realização de cuidados à saúde, remete a antiguidade, quando Hipócrates declarava "Primum non nocere", traduzidas como "Primeiramente, não cause danos". Em 1863 na enfermagem, sua precursora, Florence Nightingale também citou as mesmas palavras em suas Notes on Hospitals, indicando que a preocupação com a segurança do paciente é parte integrante da profissão de enfermagem desde o

início da enfermagem moderna (WACHTER, 2010; apud BUENO, FASSARELLA, 2012).

A busca pela qualidade da atenção não é um tema novo como já citamos acima, trata-se de uma preocupação global, e o principal motivo para o aumento de interesse na temática, foi o documento publicado pelo Instituto de Medicina (IOM) dos Estados Unidos da América (EUA) , intitulado “Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro” (To err is Human: building a safer health system), em 1999, que acrescentou a preocupação por uma das dimensões da qualidade: a segurança do paciente. A publicação constatou que entre 44.000 e 98.000 pacientes morriam a cada ano nos hospitais dos EUA em virtude dos danos causados durante a prestação de cuidados à saúde. A notícia ganhou notoriedade e diante do cenário apresentado, governos e organizações internacionais se mobilizaram. Assim, iniciaram-se trabalhos para apoiar as estratégias nacionais e internacionais para a prevenção e a mitigação de falhas no cuidado à saúde (BRASIL, 2013a).

Esta atenção global ao redor da segurança do paciente e a promoção da qualidade da assistência é demonstrada através da "Aliança Mundial para a Segurança do Paciente", criada no ano de 2004, pela OMS, por meio de uma resolução na 57ª Assembleia Mundial da Saúde realizada em 2002. Esta aliança tem como objetivo despertar a consciência e o comprometimento político para melhorar a segurança na assistência, além de apoiar os países no desenvolvimento de políticas públicas e práticas para segurança do paciente em todo o mundo. Desde a criação da "Aliança Mundial para a segurança do paciente", os países participantes, possuem o compromisso de aderir e colocar em prática as ações previstas pela aliança (BRASIL, 2011).

Atualmente o movimento para a segurança do paciente, vem substituindo a culpa e a vergonha dos erros, por um olhar mais abrangente, o de repensar os processos assistenciais, com vistas a antecipar a ocorrência de erros antes que causem danos ao paciente em serviços de saúde. Assim, já que o erro é uma condição humana, podendo ocorrer por múltiplos fatores, deve-se tirar o maior proveito desta condição, sempre conhecendo, aprendendo e prevenindo erros nos serviços de saúde. Entretanto, os profissionais de saúde respondem aos Conselhos pelos atos de negligência, imperícia e imprudência, o que também

tem um papel importante na criação de uma cultura de responsabilidade (BRASIL, 2011).

A OMS define segurança do paciente como sendo a redução do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde a um mínimo aceitável. Esse mínimo aceitável refere-se àquilo que é viável diante do conhecimento atual, dos recursos disponíveis e do contexto em que a assistência foi realizada. Compreende-se como risco as condições, situações, procedimentos que, caso ocorram, podem resultar em efeito negativo para o paciente. Quanto mais especializados são os meios de diagnóstico e tratamento, maiores os riscos agregados (SILVA, 2012).

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A seguir será apresentado os resultados da pesquisa, a primeira parte será a caracterização da amostra compreendida por dados sociodemográficos. Posteriormente, discutiremos os resultados através das dimensões de cultura de segurança do paciente, através da percepção da equipe de enfermagem do hospital objeto da pesquisa.

A Tabela 1 demonstra os dados sociodemográficos dos participantes da pesquisa, tais itens derivam da primeira parte do questionário aplicado.

Tabela 1: Caracterização dos participantes da pesquisa segundo as variáveis demográficas.

Variáveis Sócio Demográficas	Característica	N*	%
Sexo	Masculino	2	9,1
	Feminino	20	90,9
Função	Enfermeiro	7	29,2
	Técnico de Enfermagem	13	54,2
	Auxiliar de enfermagem	4	16,7
Unidade de Trabalho	Clinica Médica	14	29,79
	Cirúrgica Geral	5	10,64
	Cirúrgica Obstétrica	8	17,02
	Centro de Material e Esterilização (CME)	2	4,26
	Clinica Ortopédica	5	10,64

	Pronto Socorro/ Acolhimento/ Classificação de Risco	10 3	21,28 6,38
	Centro Cirúrgico		
Tempo de Formação	1 a 5 anos	6	25
	6 a 10 anos	8	33,3
	11 a 15 anos	5	20,8
	16 a 20 anos	1	4,2
	21 a 25 anos	2	8,3
	26 a 30 anos	2	8,3
Tempo de atuação no hospital	1 a 5 anos	12	50,0
	6 a 10 anos	4	16,7
	11 a 15 anos	4	16,7
	16 a 20 anos	3	12,5
	21 a 25 anos	1	4,2
Contato com o paciente	Sim	22	95,7
	Não	1	4,3

Fonte: Elaboração própria com base na pesquisa de campo, 2014.

*Observação : para calculo das frequências, foram desconsideradas as respostas em branco (percentual válido).

Participaram do estudo, 24 membros da equipe de enfermagem com média de idade de 39,80 anos e desvio-padrão de 11,803, variando de 19 a 57 anos.

Dentre os respondentes buscou-se identificar o setor de trabalho, mas ressalta-se que houve múltiplas respostas, chegando a 47 observações. A distribuição foi apresentada na Tabela 1.

Em relação ao sexo dos entrevistados, podemos notar que há uma maior prevalência de profissionais do sexo feminino (90%), nos mostrando que esta estatística vai de encontro com o panorama brasileiro, em que 87,16% dos profissionais de enfermagem são predominantemente do sexo feminino, de acordo com pesquisa publicada pelo COFEN no ano de 2011 (COFEN, 2011).

No item da categoria profissional, observa-se que a maioria dos participantes da pesquisa foram os técnicos de enfermagem, contabilizando 13 (54,2%) participantes, o que confirma que a categoria de técnicos é o maior contingente de recursos humanos nos serviços de saúde, compreendendo 45,50% da população de profissionais da enfermagem no país (COFEN, 2011). Quanto a distribuição dos participantes por unidades no hospital, aonde houve maior número de afirmações, foram na clínica médica 29,79% e pronto socorro 21,28%. Já o tempo de formação não houve variação significativa entre as respostas, 58,3% responderam que possuem até 10 anos de formação. O

tempo de hospital concentrou-se em 50% dos participantes possuem até 5 anos de instituição. Quanto ao contato direto e indireto com o paciente, 95,7% dos participantes responderam que possuem contato direto com o paciente.

ANÁLISE DAS DIMENSÕES DE SEGURANÇA QUANTO A PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DA UNIDADE HOSPITALAR ESTUDADA

Nesta parte, serão apresentados e discutidos os dados relacionados as dimensões de cultura de segurança do paciente, que serão apresentadas e discutidas separadamente. Cabe ressaltar que tanto os números absolutos apresentados, quanto as porcentagens, foram calculados sobre as respostas válidas dos questionários respondidos, podendo haver variação devido a opção do participante não responder a determinados questionamentos.

PERCEPÇÕES GENERALIZADAS SOBRE SEGURANÇA

Na Tabela 02 são apresentadas as frequências observadas na dimensão de percepções generalizadas sobre segurança.

Tabela 01: Descrição das respostas, dimensão de Percepções generalizadas sobre segurança.

QUESTÕES	Discordo N (%)	Nenhum dos dois N (%)	Concordo N (%)	Qui- quadrado	p-valor
A segurança do paciente nunca é sacrificada para se conseguir fazer mais atividades?	16 (66,7%)	1 (4,2%)	7 (29,2%)	14,25	0,0008**
Os procedimentos e sistemas de informação são adequados para a prevenção da ocorrência de erro?	19 (79,1%)	1 (4,2%)	4 (16,7%)	23,25	<0,0001**
É por acaso que erros mais sérios não acontecem nesta unidade?	12 (50,0%)	3 (12,5%)	9 (37,5%)	5,25	0,0724 n.s.
Nesta unidade há problemas de segurança do paciente?	5 (20,9%)	0 (0,0%)	19 (79,1%)	24,25	<0,0001**

Fonte: Elaboração própria com base na pesquisa de campo, 2014.

n.s. – diferença não significativa ao nível 0,05, pelo teste qui-quadrado.

** - diferença significativa ao nível 0,01, pelo teste qui-quadrado.

De acordo com a maioria dos respondentes, a segurança do paciente é sacrificada para se conseguir fazer mais atividades na unidade hospitalar pesquisada, correspondendo a 66,7% das pessoas que responderam o questionário. Os procedimentos e sistemas de informação, de acordo com 19

respondentes (79,1%), não são adequados para prevenção da ocorrência de erros. Quando questionados se na unidade onde trabalha há problemas de segurança do paciente, a maioria (19 profissionais) apontou que há problemas, e 5 pessoas responderam que discordam, afirmando que não há.

O sistema de notificação de incidentes, utilizada por muitos países, é uma das estratégias para identificação de problemas na área de segurança do paciente. Porém, um relatório publicado nos Estados Unidos relatou dificuldades na utilização eficiente desses sistemas, provavelmente por falta de conhecimento sobre o significado de eventos adversos e/ou a uma subnotificação em virtude da cultura punitiva ao profissional envolvido, prejudicando nas informações sobre segurança do paciente (BRASIL, 2013a).

A cultura punitiva dos erros é por muitas vezes o obstáculo mais difícil de superar na consolidação para o alcance de uma cultura de segurança, para que possa se estabelecer à cultura da confiança, todos na organização devem ser incentivados a realizarem notificações dos eventos, mesmo sendo os quase eventos, para que possam ser corrigidas as práticas inseguras independentes do cargo que se ocupa hierarquicamente, para que a administração possa ter o conhecimento de fato do que está ocorrendo, e que a força de trabalho possa dizer a verdade, mesmo que não seja o que a gestão queira ouvir. Manter as pessoas em todos os níveis responsáveis pela segurança é a ferramenta para se encontrar a causa principal dos problemas (CARRERA, 2013).

GRAU DE SEGURANÇA DO PACIENTE

A figura 1 irá demonstrar as respostas ao questionamento sobre o grau de segurança na unidade de trabalho, de acordo com a percepção do respondente.

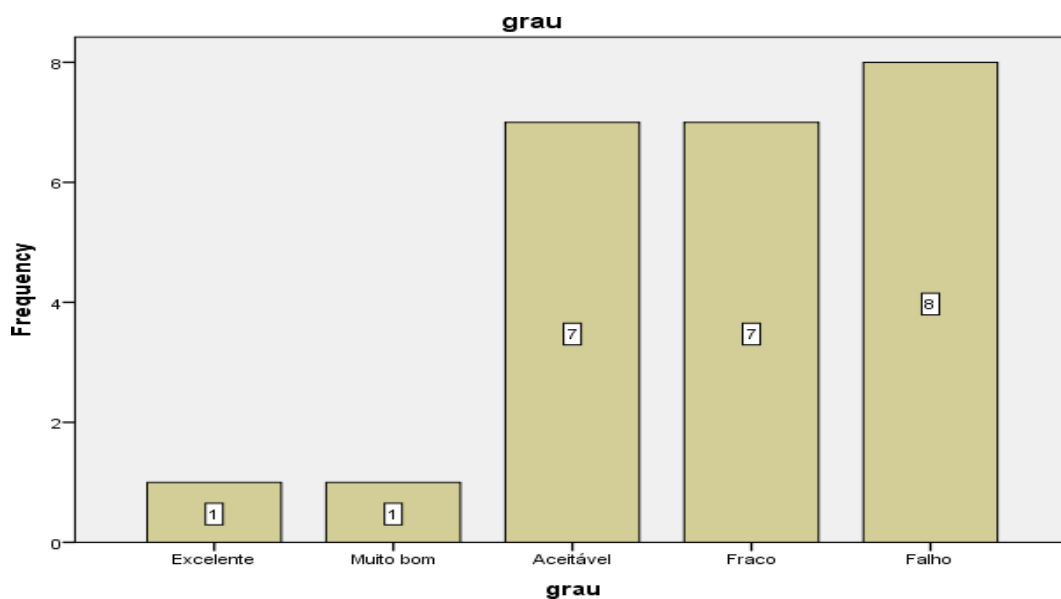


Figura 1 - Gráfico sobre o grau de segurança na unidade onde o respondente trabalha.

Fonte: Elaboração própria com base na pesquisa de campo, 2014.

Neste item em que é questionado sobre o grau de segurança oferecido pelo hospital, a maioria dos participantes (15) respondeu que o grau de segurança é fraco e falho, uma parcela significativa respondeu aceitável (7), e apenas 2 pessoas responderam excelente e muito bom. O que denota grande preocupação, e requer investigação acerca dos fatores desencadeantes desse grau fraco e falho, para que mudanças sejam implementadas visando a qualidade dos serviços prestados, evitando assim, que eventos adversos possam vir a ocorrer em decorrência do grau de segurança evidenciado.

ANÁLISE DOS ESCORES POR DIMENSÕES

A seguir serão apresentados os escores obtidos nas dimensões da cultura dos servidores. Na figura 2 são apresentadas as distribuições destas dimensões.

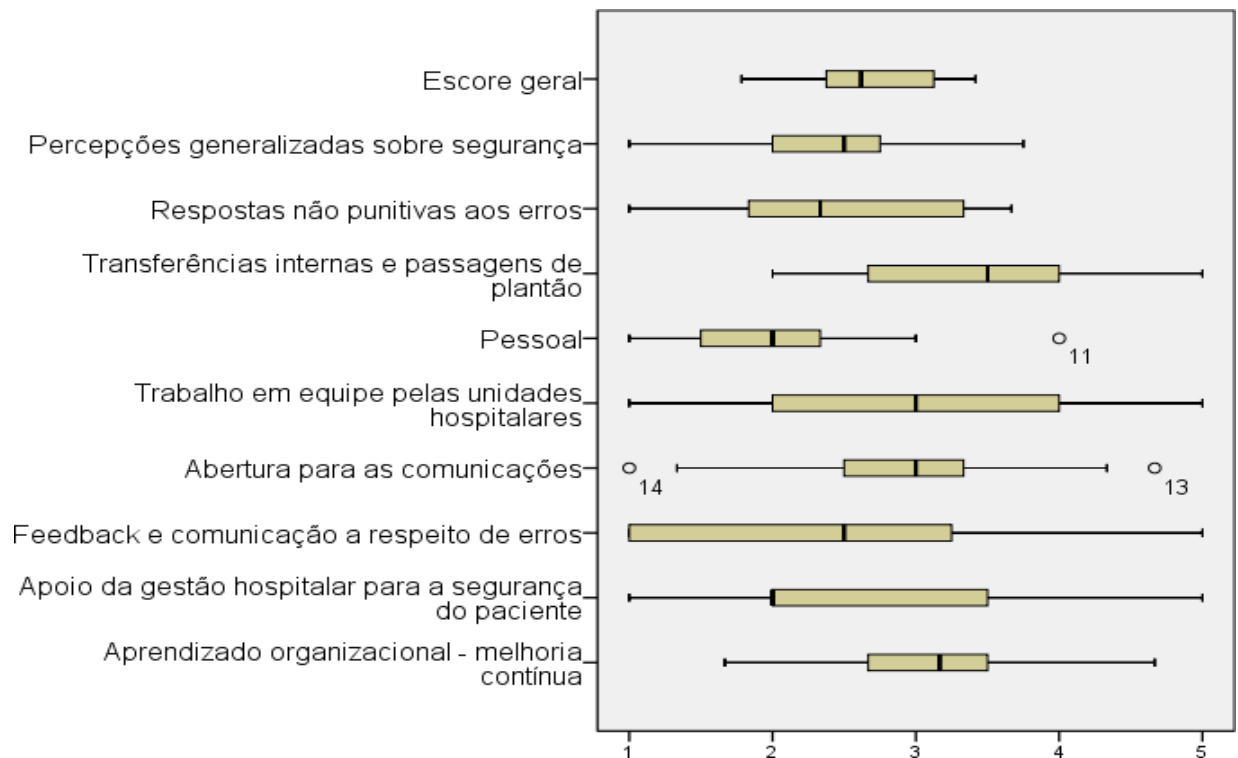


Figura 2 - Box Plot (mínimo, 1º quartil, mediana, 3º quartil e máximo) representando a distribuição de escores geral e por dimensões do questionário. Obs. Box plot: resumo de cinco pontos (mínimo, 1º quartil, mediana, 3º quartil e máximo)

Fonte: Elaboração própria com base na pesquisa de campo, 2014.

As dimensões com maiores escores observados foram: transferências internas e passagens de plantão ($\bar{x} = 3,42$, $s = 0,86$) e Aprendizado organizacional ($\bar{x} = 3,07$, $s = 0,74$).

Conforme Siqueira; Kurcgant (2005), a passagem de plantão é uma importante ferramenta de comunicação entre a equipe de enfermagem, que visa assegurar a continuidade da assistência prestada, constitui atividade fundamental para a organização do trabalho e segurança do paciente. Na passagem de plantão acontece a transmissão de informações de forma verbal falada ou escrita entre os profissionais que, terminam e os que iniciam o período de trabalho. Os assuntos abordados são, tratamentos, assistência prestada, intercorrências, pendências e situações referentes a fatos específicos da unidade de internação que merecem atenção.

Por outro lado, as dimensões pessoal ($\bar{x} = 2,00$, $s = 0,71$) e respostas não punitivas ($\bar{x} = 2,44$, $s = 0,81$) são aquelas que apresentaram menores escores.

Mesmo nas melhores organizações, os erros são esperados, pois o ser humano é falível. Os erros devem ser considerados mais como consequências do que como causas, considerando os fatores sistêmicos. As medidas de segurança baseiam-se no fato de que não podemos mudar a natureza humana, mas sim as condições sob as quais os seres humanos trabalham. A idéia central é a dos sistemas de defesa, ou seja, toda tecnologia perigosa possui barreiras e salvaguardas. Quando um evento adverso ocorre o importante não é quem cometeu o erro, mas sim como e porque as defesas falharam (REASON, 2000).

Em virtude disso, reforçar uma cultura de segurança envolve impor responsabilidade a todos os membros da cadeia organizacional, que compreende desde o funcionário na linha de frente ao mais alto escalão, essa cultura de segurança significa não culpar e expor publicamente os erros ou quase erros, e sim usar estes eventos como uma oportunidade de aprendizagem e de melhoria. Significa vencer as barreiras e criar um ambiente de trabalho cooperativo, no qual os membros da equipe assistencial, pacientes e seus familiares, tratam um ao outro sem distinção, independente da função de trabalho ou título. Planejamento e ações em todos os níveis da organização, incluindo um forte comprometimento da liderança são as principais ferramentas para a manutenção de um clima de segurança (BRASIL, 2013a).

Ainda apontamos, que experiências provenientes de outras áreas do conhecimento têm demonstrado que esse tipo de abordagem punitiva, produz efeito contrário ao esperado. Punição e culpa resultam em esforços cada vez maiores para esconder falhas, o que dificulta a identificação, análise e correção dos fatores implicados. Contrariamente à promoção da segurança do paciente, punição e culpabilidade tornam muito mais difícil reduzir erros (HARADA et al, 2006).

De interesse do presente estudo, buscou-se identificar o escore geral do instrumento *Survey on Patient Safety Culture*, para avaliar a percepção da cultura de segurança, sendo assim para os respondentes foi observado o escore médio de 3,064 (s = 0,742).

A seguir na Tabela 12 são apresentadas as médias observadas do escore geral por categoria de profissional.

Tabela 03: Comparação dos escores médios observados por categoria de profissional

Categoria	N	Média	Desvio padrão	F	p
Enfermeiro	7	3,0000	0,6939		
Técnico de enfermagem	13	3,2308	0,7744	0,921	0,414 n.s
Auxiliar de enfermagem	4	2,6667	0,7201		

n.s. - Diferença Não Significativa 0,05

Observa-se na Tabela 12, que não existe diferença significativa ($F = 0,921$; $p = 0,414$) entre as médias dos escores da dimensão geral por categoria de profissional, através da Análise de Variância.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo apresentou a percepção da equipe de enfermagem de um hospital público no município de Ariquemes/RO acerca da segurança do paciente. Onde se procurou contextualizar os aspectos de segurança do paciente, descrever os principais fatores que interferem na segurança, identificar o grau de segurança através da percepção da equipe de enfermagem, apontar ações que possibilitem a melhoria na qualidade dos serviços relacionadas a instituição em que ocorreu a pesquisa.

O desenvolvimento da presente pesquisa na análise de seus resultados, permitiu classificar sob a ótica dos profissionais de enfermagem o grau de segurança do hospital objeto da pesquisa, onde este foi classificado como fraco e falho, em que se percebe que a administração do hospital não prioriza um clima favorável para o desenvolvimento de ações que permitam um gerenciamento de risco com vistas a qualidade dos serviços prestados e a segurança do paciente.

Observamos também, o medo por parte dos profissionais de que seus erros sejam usados contra eles, este dado vem de encontro com a forte cultura punitiva dos erros na atualidade. Essa cultura punitiva contribui para que os erros sejam encarados como vergonha, e com isso tornando a teoria do aprendizado através dos erros cada vez mais difícil de ser posta em prática, e os eventos sejam escondidos ao invés de notificados.

Considerando os resultados obtidos nesta pesquisa, foi possível inferir que duas das nove dimensões da cultura de segurança analisadas, foram

percebidas como críticas na instituição, a dimensão pessoal, e a dimensão de respostas não punitivas são aquelas que apresentaram menores escores.

Denotando que há uma forte cultura de punição aos erros, uma baixa cultura de segurança, e um alto índice de sobrecarga de trabalho, e falta de apoio por parte gestão hospitalar.

Pode-se afirmar que é fundamental que a gestão deva se preocupar com o dimensionamento adequado da força de trabalho, de acordo com os processos nos quais a instituição tem como prioridade. Para que de fato possam ser realizadas as atividades, sem que haja sobrecarga destes profissionais. Sugerimos ainda, que se invista no capital humano, investindo em melhorias estruturais e de educação continuada, pois somente assim iremos ter um serviço de qualidade com riscos mínimos relacionados ao cuidado.

Segundo Brasil (2013b), principal órgão difusor do tema no Brasil, um serviço de saúde não pode ser de qualidade se os riscos de dano ao paciente não estiverem reduzidos e controlados. Entretanto, a segurança do paciente é uma dimensão da qualidade peculiar, pois foca a ausência de dano, em vez da produção de algum benefício direto para o paciente. Em contrapartida, as atividades nesse sentido podem focar o monitoramento de problemas de segurança, a reação e solução dos problemas identificados por meio do monitoramento, o planejamento da segurança através da implantação sistemática de boas práticas de segurança, sendo tudo isso favorecido por um clima ou cultura favorável em relação a estes esforços entre os profissionais da organização.

REFERÊNCIAS

BATALHA, E. M. S. S. **A Cultura de Segurança do Paciente na Percepção de Profissionais de Enfermagem de um Hospital Universitário**. [Dissertação]. Programa de pós-graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo: 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Biossegurança**. Brasília, DF: 2009.

_____. **Segundo desafio global para a segurança do paciente. Cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS)**. Organização Mundial da Saúde. Ministério da Saúde. Agência Nacional de

Vigilância Sanitária. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; 2010.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Boletim Informativo sobre a Segurança do Paciente e Qualidade Assistencial em Serviços de Saúde**. v.1, n.º1. Jan-Jul de 2011. Brasília, DF: GGTES/ Anvisa, 2011.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/12 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Bioética. 2012

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. 1ª edição. Brasília, DF: 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Investigação de Eventos Adversos em Serviços de Saúde**. 1ª edição. Brasília, DF: 2013b.

_____. Gabinete do Ministro. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 529, de 1 abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União nº 62 de 2 de abril de 2013c.

_____. Ministério da Saúde. **Banco de Dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS**. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp?VCo_Unidade=1100022494299. Acesso em: 22 Jun 2013d.

BREVIDELLI, M. M; DOMENICO, E. B. L. Cols et al;. **TCC - Trabalho de Conclusão de Curso: guia prático para docentes e alunos da área da saúde**. 2ª edição. São Paulo: Iátria, 2008.

BUENO, A. A. B; FASSARELLA, C. S. Segurança do Paciente: uma reflexão sobre sua trajetória histórica. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**. Vol. 6. N.º1. 2012. Disponível em: <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rcc/article/viewFile/1573/843>. Acesso em: 19 Jun 2013.

CARRERA, S. A. **Cultura de Segurança do Paciente: A percepção do enfermeiro em um hospital oncológico**. [Dissertação]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) – Rio de Janeiro: UNIRIO, 2013.

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. **Análise de dados dos profissionais de enfermagem existentes nos Conselhos Regionais**. Março de 2011 - Versão 1.0 Conselho Federal de Enfermagem. Departamento de Tecnologia da Informação - DTI/ COFEN; 2011.

FONSECA, A. S. PETERLINI, F. L. COSTA, D. A. (coords). **Segurança do Paciente**. São Paulo (SP): Editora Martinari, 2014.

HARADA, M. J. C. S. et al.; **O Erro Humano e a Segurança do Paciente**. São Paulo, SP: Editora Atheneu, 2006.

IBGE, **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Cidades@Ariquemes/RO. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=110002>> Acesso em: 05 jul de 2013.

MINAYO, M. C. S.(org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. (Coleção temas sociais). 25. ed. rev. atual. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

PEDREIRA, M. L. G; HARADA, M. J. C. S. **Enfermagem dia a dia: Segurança do Paciente**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2009.

REASON, J. **Human error: models and management**. *BMJ*, 320, p. 768-770, 2000. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/320/7237/768> Acesso em: 15 mai 2014

SILVA, A. E. B. C. Segurança do Paciente: desafios para a prática e a investigação em Enfermagem. **Rev. Eletr. Enf. [internet]**. 2010;12(3):422. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3a01.htm>. Acesso em: 22 jun 2013.

SILVA, B. M. et al. Jornada de Trabalho: fator que interfere na qualidade da assistência de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**. Jul-Set; 15(3): 442-8. Florianópolis, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000300008. Acesso em: 05 mai 2014.

SILVA, B. M. et al. Jornada de Trabalho: fator que interfere na qualidade da assistência de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, 2006 Jul-Set; 15(3): 442-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000300008. Acesso em: 05 mai 2014.

SILVA, L. D. Segurança do Paciente no Contexto Hospitalar. **Rev. Enferm**. vol.20. n.º3 jul/set 2012. UERJ, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/4076/2871>. Acesso em: 23 jun 2013.

SIQUEIRA, I. L. C. P.; KURCGANT, P. Passagem de plantão: falando de paradigmas e estratégias. **Acta paul. enferm. [online]**. 2005, vol.18, n.4, pp. 446-450. ISSN 1982-0194. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002005000400015. Acesso em: 11 mai 2014.

VIEIRA, S. **Introdução à Bioestatística**. 6.^a edição. Rio de Janeiro: Editora Campos, 1998.

VINCENT, C. **Segurança do Paciente: Orientações para evitar eventos adversos**. Videira, São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2009.

