
CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM TERAPIA INTENSIVA: RECOMENDAÇÕES DA ENFERMAGEM¹

Janeide Freitas de Mello², Sayonara de Fátima Faria Barbosa³

¹ Artigo apresenta resultados parciais da dissertação - Cultura de segurança do paciente em Unidade de Terapia Intensiva: perspectiva da enfermagem, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), 2011.

² Mestranda do PEN/UFSC. Enfermeira do Hospital Universitário da UFSC. São José, Santa Catarina, Brasil. E-mail: janeidef@gmail.com

³ Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do PEN/UFSC. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: sayonara@ccs.ufsc.br

RESUMO: Estudo quantitativo, tipo *survey*, transversal e comparativo, que teve por objetivo sistematizar as recomendações dos profissionais de enfermagem acerca da segurança do paciente em duas Unidades de Terapia Intensiva adulto na Grande Florianópolis-SC, Brasil, em 2011. Resultou da resposta a uma pergunta qualitativa aplicada com o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* a 97 profissionais de enfermagem, com uma taxa de resposta de 93,8%, correspondendo a 91 profissionais, sendo obtidas 267 recomendações, categorizadas conforme as dimensões do instrumento utilizado. Houve maior número de recomendações para as dimensões aprendizado organizacional e melhoria contínua, com sugestões envolvendo capacitação e treinamento; pessoal em relação ao quantitativo; e percepção geral de segurança do paciente, indicando melhoria dos procedimentos e processos e apoio da gestão hospitalar, com ênfase na melhoria dos recursos materiais e equipamentos. Destacadas por outros estudos, estas recomendações são essenciais para a promoção da segurança do paciente nas Unidades de Terapia Intensiva estudadas.

DESCRIPTORES: Segurança do paciente. Cultura. Unidades de terapia intensiva. Enfermagem.

PATIENT SAFETY CULTURE IN INTENSIVE CARE: NURSING CONTRIBUTIONS

ABSTRACT: The aim of this quantitative, comparative, cross-sectional, survey study was to systematize nursing recommendations regarding patient safety in two adult intensive care units in Florianópolis-SC, Brazil, in 2011. It resulted from the answer to a qualitative question from the Hospital Survey on Patient Safety Culture, applied to 97 nurses, with a response rate of 93.8%, corresponding to 91 professionals. The survey obtained 267 recommendations, categorized according to the dimensions of the instrument utilized. There was a greater number of recommendations for the dimensions: organizational learning and continuous improvement, with suggestions involving qualification and training; staff in relation to quantitative matter; and overall perception of safety, indicating an improvement in procedures and processes and the support from the hospital management, with emphasis on the improvement of material resources and equipment. Also highlighted by other studies, these recommendations are essential to improve patient safety in the intensive care units studied.

DESCRIPTORS: Patient safety. Culture. Intensive care units. Nursing.

CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN TERAPIA INTENSIVA: RECOMENDACIONES DE ENFERMERÍA

RESUMEN: Estudio cuantitativo, de tipo investigativo, transversal y comparativo que tuvo por objeto sistematizar las recomendaciones de enfermería sobre la seguridad del paciente en dos Unidades de Terapia Intensiva adulta de la Grande Florianópolis-SC, Brasil, en 2011. Resultó de la respuesta a una pregunta cualitativa aplicada con el *Hospital Survey on Patient Safety Culture* para 97 profesionales, con una tasa de respuesta del 93,8% correspondiente a 91 profesionales, y obtuvo 267 recomendaciones, clasificadas de acuerdo con las dimensiones del instrumento utilizado. Hubo un mayor número de recomendaciones para las dimensiones: aprendizaje organizacional y la mejora continua, con sugerencias envolviendo a la capacitación y al entrenamiento; personal en relación con la cuestión cuantitativa; y la percepción general de la seguridad, indicándose la mejoría de los procedimientos, los procesos y el apoyo de la gestión hospitalaria, dando énfasis a la mejoría de los recursos materiales y equipamientos. Destacadas por otros estudios, estas recomendaciones son esenciales para la promoción de la seguridad del paciente en las Unidades de Terapia Intensiva estudiadas.

DESCRIPTORES: Seguridad del paciente. Cultura. Unidades de terapia intensiva. Enfermería.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas tem havido crescente preocupação em proporcionar uma assistência em saúde segura aos pacientes. Embora atualmente os avanços científicos na área da saúde promovam o tratamento de diversas doenças, evidências apontam que o paciente está sujeito a riscos enquanto usuário dos serviços de saúde.¹

Dentre os vários estudos que despertaram a atenção para esses riscos, destaca-se a divulgação do relatório intitulado *To err is human: building a safer health care system* publicado pelo *Institute of Medicine* (IOM),² considerado marco para a segurança do paciente.

Os riscos de eventos adversos na assistência em saúde existem em diferentes ambientes onde essa assistência é oferecida. Dentre esses diferentes ambientes, destaca-se a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) que, por suas características, é considerada um cenário assistencial de alto risco. Esta unidade tem por peculiaridade um cuidado que é intensivo, ou seja, deve ser prestado de forma rápida, envolve muitos procedimentos, produz um grande volume de informações, é realizado por um número grande e variado de profissionais que, em face de gravidade dos pacientes, trabalha sob um forte stress, por lidarem diretamente com situações de vida e morte em que as decisões devem ser tomadas rapidamente.³⁻⁴

A prática profissional nestes locais traz implícita a necessidade de formação profissional e aperfeiçoamento, pautados principalmente no desenvolvimento de habilidades técnicas. No entanto, embora no senso comum seja considerado que a ocorrência de erro esteja atrelada única e exclusivamente à competência profissional, estudos mostram que aspectos da cultura organizacional têm um profundo efeito para a segurança do paciente.⁵⁻⁶ Nas organizações de saúde, uma cultura de segurança resulta de valores individuais e de grupo, atitudes, percepções, competências, e padrões de comportamento que determinam o compromisso, o estilo e a competência da gestão da segurança e saúde da organização.⁷ De uma forma breve e intuitiva, a cultura organizacional também pode ser compreendida como “[...] a forma como as coisas são feitas por aqui”.^{8:112}

Atualmente, existe a tendência de promover o envolvimento de todos os níveis da organização, desde o gerencial até os profissionais que atuam na linha de frente, estimulando o reconhecimento das circunstâncias de risco na organização.⁹ A enfermagem desempenha um papel fundamental nesse reconhecimento, tanto pelo seu contingente como

pela sua proximidade constante e ininterrupta na assistência ao paciente, estando apta a identificar estes riscos, bem como a oferecer valiosas sugestões de melhoria. Nesse sentido, tem sido realizados estudos com os profissionais, para que sejam avaliados quais aspectos existentes na cultura do seu ambiente de trabalho podem ser favoráveis ou não para a segurança do paciente.^{6,10}

Existem vários instrumentos de avaliação da cultura de segurança do paciente¹¹ que são frequentemente compostos de questões temáticas, úteis para medir as condições organizacionais que podem levar a eventos adversos e danos ao paciente em instituições de saúde. Fornecem uma métrica pela qual se tornam visíveis e disponíveis os entendimentos implícitos compartilhados sobre a maneira como o trabalho é realizado.⁶

Neste estudo foi aplicado o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) aos profissionais de enfermagem de duas UTIs, complementado com a seguinte questão aberta: “cite três recomendações que você sugere para melhorar a segurança do paciente em sua unidade”. Desta forma, com o presente estudo, objetiva-se sistematizar as recomendações dos profissionais de enfermagem, a partir das respostas a esta questão.

MÉTODO

Trata-se de um estudo tipo *survey*, transversal e comparativo, com abordagem quantitativa. A amostra do estudo foi composta por 97 profissionais, dentre os quais 91 responderam à questão qualitativa do instrumento, obtendo-se uma taxa de resposta de 93,8%.

A pesquisa foi realizada em duas UTIs adulto de hospitais públicos da Grande Florianópolis, em Santa Catarina, Brasil, no período de abril a junho de 2011, após aprovação dos Comitês de Ética e Pesquisa de ambas as instituições, mediante protocolos n. 59/10 de 25/10/2010 e n.1113 de 29/11/2010. Adotou-se a amostragem de conveniência, e como critério de inclusão foi considerado o tempo de atuação dos profissionais de no mínimo seis meses nas UTIs onde o estudo foi realizado.

A coleta de dados consistiu na aplicação da versão traduzida para a língua portuguesa do instrumento HSOPSC,¹² que foi criado pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) dos Estados Unidos.⁶ Trata-se de um instrumento que desde 2004 está disponível para domínio público e vem sendo amplamente utilizado para avaliação da cultura de segurança do paciente, indicado pe-

las suas propriedades psicométricas favoráveis,¹³ ou seja, apresenta atributos como confiabilidade e validade, que lhe permitem medir fielmente e com precisão o fenômeno a ser estudado.¹⁴

O HSOPSC contém 42 questões relacionadas à cultura de segurança do paciente que são agrupadas em 12 dimensões: trabalho em equipe dentro das unidades; expectativas e ações de promoção da segurança do paciente do supervisor/gerente; aprendizado organizacional, melhoria contínua; *feedback* e comunicação a respeito de erros; abertura para comunicações; pessoal; respostas não punitivas aos erros; apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente; trabalho em equipe entre as unidades do hospital; transferências internas e passagens de plantão; e percepção geral de segurança do paciente e frequência de eventos relatados. As sete primeiras dimensões abordam aspectos no âmbito da unidade, as três seguintes no âmbito hospitalar, e as duas últimas são variáveis de resultado.⁶

As 12 dimensões do HSOPSC incluem itens que são avaliados a partir de uma escala de Likert de cinco pontos, com categorias de respostas em grau de concordância (nove dimensões), ou a partir de uma escala de frequência (três dimensões). A avaliação de cada dimensão é estimada com base no percentual de respostas positivas, obtido pelo cálculo da combinação das duas categorias mais altas de resposta em cada dimensão. Valores percentuais mais altos indicam atitudes positivas em relação à cultura de segurança do paciente.⁶

O HSOPSC foi entregue aos profissionais que aceitaram participar da pesquisa mediante convite, com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e explicação sobre os objetivos do estudo e forma de preenchimento do questionário. Também foi entregue aos profissionais um

envelope com uma folha separada, que continha uma pergunta qualitativa, que não faz parte do questionário original, com a seguinte solicitação: cite três recomendações que você sugere para melhorar a segurança do paciente em sua unidade. Os instrumentos foram depositados separadamente, sem identificador, exceto os dados demográficos do HSOPSC, em uma urna disponível na unidade, de modo a assegurar o sigilo do respondente.

Procedeu-se a análise dessas recomendações, após sua categorização, conforme as 12 dimensões do HSOPSC. Para as categorias apuradas, apresentadas em tabela, foram realizadas análises descritivas dos dados, a partir de apuração de frequências, tanto em termos absolutos quanto em percentuais de cada uma das instituições. Também foram realizadas análises comparativas desses resultados, com os resultados da aplicação do HSOPSC, que são expressos em percentuais de positividade da cultura de segurança, na mesma tabela.

As recomendações foram agrupadas por similaridade para evitar repetição desnecessária, e apresentadas em três quadros, conforme as dimensões propostas pelo instrumento, a saber: no âmbito da unidade, no âmbito do hospital e variáveis de resultado.

RESULTADOS

Na tabela 1 são apresentadas as características sociodemográficas dos respondentes. Compõem os sujeitos da amostra 69 técnicos (71,1%), 21 enfermeiros (21,7%) e sete auxiliares de enfermagem (7,2%). Em relação ao tempo de trabalho, a maioria (60,8%) possui entre seis a 15 anos de profissão e um a cinco anos de trabalho em UTI (59,8%), trabalhando de 30 a 40h semanais (79,3%).

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos profissionais de enfermagem de duas UTIs na Grande Florianópolis-SC, Brasil, 2011

(Continua)

Características	Enfermeiros n(%)	Técnicos n(%)	Auxiliares n(%)	Total n(%)
Tempo de trabalho no hospital				
De 0 a 5 anos	8 (38,1)	32(46,4)	1(14,3)	41(42,3)
De 6 a 10 anos	7(33,3)	18(26,1)	1(14,3)	26(26,8)
De 11 a 15 anos	2(9,5)	6(8,7)		8(8,2)
De 16 a 20 anos		7(10,2)	1(14,3)	8(8,2)
De 21 anos ou mais	3(14,3)	5(7,2)	4(57,1)	12(12,4)
Não responderam	1(4,8)	1(1,4)		2(2,1)
Tempo de trabalho na UTI				
De 1 a 5 anos	11(52,4)	45(65,3)	2(28,6)	58(59,8)
De 6 a 10 anos	6(28,5)	13(18,8)		19(19,6)

(Continuação)				
De 11 a 15 anos		4(5,8)		4(4,1)
De 16 a 20 anos	1(4,8)	4(5,8)	2(28,6)	7(7,2)
De 21 anos ou mais	2(9,5)	3(4,3)	3(42,8)	8(8,2)
Não responderam	1(4,8)			1(1,1)
Carga horária semanal				
< 30 h/semana	1(4,8)	6(8,7)		7(7,2)
De 30-40 h/semana	18(85,6)	55(79,7)	4(57,1)	77(79,3)
De 40-60 h/semana	1(4,8)	8(11,6)	2(28,6)	11(11,3)
>60 h/semana			1(14,3)	1(1,1)
Não responderam	1(4,8)			1(1,1)
Tempo de trabalho na profissão				
De 1 a 5 anos	3(14,3)	9(13)		12(12,4)
De 6 a 10 anos	8(38,1)	22(31,9)		30(30,9)
De 11 a 15 anos	5(23,8)	23(33,3)	1(14,3)	29(29,9)
De 16 a 20 anos		7(10,2)	1(14,3)	8(8,2)
De 21 anos ou mais	4(19)	8(11,6)	5(71,4)	17(17,5)
Não responderam	1(4,8)			1(1,1)

Foram obtidas 267 recomendações dos profissionais de enfermagem para melhorar a segurança do paciente nas duas UTIs, conforme apresentado na tabela 2. A maioria (66,1%) está voltada para as dimensões aprendizado organizacional, melhoria contínua (19%), pessoal (16,5%), percepção geral de segurança do paciente (16%) e apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente (14,6%). Para as outras dimensões houve menor número de recomendações.

Ao compararmos as recomendações apresentadas pelos respondentes das UTIs 1 e 2 (Tabela 2), identificamos algumas diferenças. Na dimensão *feedback* e comunicação a respeito de erros foram obtidas mais sugestões de melhoria da segurança por parte dos profissionais da UTI 2 (10 a mais). Já as dimensões pessoal e trabalho em equipe dentro das unidades foram

contempladas com número maior de sugestões por parte dos profissionais da UTI 1 (12 e sete respectivamente a mais).

Ao confrontar os resultados da avaliação da cultura de segurança, feita pelo HSOPSC,¹⁵ com as recomendações dos profissionais (Tabela 2), foi identificado que as dimensões trabalho em equipe dentro das unidades e expectativas e ações de promoção da segurança do paciente do supervisor/gerente, tiveram as melhores avaliações da cultura de segurança (62 e 51% respectivamente), e por relação obtiveram menor número de recomendações (4,8 e 8,6%). Por outro lado, dimensões com percentuais baixos de positividade da cultura de segurança, tais como apoio da gestão para a segurança do paciente (13%) e percepção geral de segurança do paciente (27%), receberam um número maior de recomendações.

Tabela 2 - Recomendações dos profissionais de enfermagem para melhorar a segurança do paciente e resultados dos escores percentuais positivos da avaliação da cultura de segurança do paciente, conforme as dimensões do HSOPSC de duas UTIs na Grande Florianópolis-SC, Brasil, 2011

(Continua)				
Recomendações	UTI 1 n(%)	UTI 2 n(%)	Total n(%)	Avaliação HSOPSC%
Âmbito da unidade				
1. Trabalho em equipe dentro das unidades	10 (7,6)	3(2,3)	13(4,8)	62
2. Expectativas e ações de promoção da Segurança do Paciente do supervisor/gerente	8(5,9)	15(11,4)	23(8,6)	51
3. Aprendizado organizacional, melhoria contínua	28(20,7)	23 (17,4)	51(19)	45
4. <i>Feedback</i> e comunicação a respeito de erros	02(1,5)	12(9,1)	14 (5,2)	28
5. Abertura para comunicações	10(7,4)	09 (6,8)	19 (7,1)	31
6. Pessoal	28(20,7)	16(12,1)	44(16,5)	44
7. Respostas não punitiva aos erros	1(0,7)	5(3,8)	6(2,2)	18

(Continuação)

Âmbito Hospitalar

8. Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente	19(14,1)	20(15,2)	39(14,6)	13
9. Trabalho em equipe entre as unidades do hospital	1(0,7)	1(0,7)	2(0,7)	27
10. Transferências internas e passagens de plantão	3(2,2)	1(0,7)	4(1,9)	34

Variáveis de resultado

11. Percepção geral de segurança do paciente	22(16,3)	21(15,9)	43(16)	27
12. Frequência de eventos relatados	3(2,2)	06(4,6)	09(3,4)	38
Total	135(50,4)	132(49,6)	267(100)	

O quadro 1 exibe as recomendações para a segurança do paciente no âmbito da unidade. Destacaram-se aquelas relacionadas à dimensão aprendizado organizacional e melhoria contínua, com indicação para a realização de capacitações, treinamentos e cursos e recomendações de pessoal em relação a quantitativo, carga horária e melhores condições salariais.

Quadro 1 - Recomendações para melhorar a segurança do paciente no âmbito da unidade, apresentadas por profissionais de enfermagem de duas UTIs na Grande Florianópolis-SC, Brasil, 2011

(Continua)

Dimensões - Unidade	Recomendações
1. Trabalho em equipe dentro das unidades	Promover bom relacionamento e cooperação na equipe, entre turnos e com a chefia imediata e coordenação; união; respeito e motivação. Integrar o enfermeiro de plantão com a equipe de trabalho.
2. Expectativas e ações de promoção da segurança do paciente do supervisor / gerente	Valorizar a chefia e o bom funcionário; apoiar e compreender os funcionários. Garantir a presença da chefia para resolução dos problemas simples e imediatos; maior atuação (comunicação). Promover maior supervisão, acompanhamento e cobrança do grupo de trabalho pela chefia e chefia imediata em relação aos cuidados, comprometendo-se como os eventos que ocorrem no setor. Realizar supervisão de funcionários novos e por parte médica aos residentes e médicos novos.
3. Aprendizado organizacional e melhoria contínua	Realizar pesquisas, cursos, palestras e treinamentos ou capacitações, no ambiente de trabalho, extensivo a todos os profissionais, sem discriminação, sobre assuntos gerais ou temas específicos como: segurança do paciente, rotinas e padronizações, técnicas, assuntos específicos da unidade, uso de antibióticos, manuseio de materiais e equipamentos e novas tecnologias. Promover treinamento de funcionários que chegam sem experiência. Adotar postura crítica, construtiva e assumir os erros, encarando-os como forma de crescimento pessoal e profissional. Formar comissões de segurança do paciente. Realizar avaliações para crescimento e aprendizado da equipe.
4. <i>Feedback</i> e Comunicação a respeito de erros	Informar os profissionais de todos os turnos sobre mudanças e suas justificativas; mais comunicação entre equipes. Criar um sistema de notificação do evento adverso, sensibilizando e conscientizando sobre a importância. Discutir sobre os prováveis erros para a sua prevenção.
5. Abertura para comunicações	Realizar reuniões periódicas de turno ou gerais, com toda a equipe de enfermagem, para identificação dos principais problemas que possam interferir na segurança do paciente; estabelecer barreiras para a segurança e discussão de assuntos como o processo de enfermagem, e cuidados com o paciente grave. Proporcionar que as equipes conversem sobre erro, se comuniquem. Promover relação de confiança e segurança com sua chefia, maior abertura; direito a questionamentos e sugestões, diálogo e interação. Promover comunicação direta e clara e respeito ao servidor; melhorando a comunicação entre enfermeiros e técnicos.

(Continuação)

6. Pessoal	Melhorar o quantitativo de profissionais em todos os turnos e por paciente. Reduzir sobrecarga de trabalho; trabalhar de forma tranquila e sem pressão. Melhorar a distribuição da carga horária, evitando muitas horas de trabalho, ultrapassando 12h; criar estratégias para reduzir absenteísmo. Promover melhores salários e exclusividade (um vínculo).
7. Respostas não punitiva aos erros	Penalizar o funcionário quando, em caso mais extremo, a conversa não resolver. Realizar avaliações de caráter não punitivo. Adotar estratégias para que o profissional comunique o erro e que este seja corrigido de forma não punitiva. Manter o sigilo profissional; discutir o caso (erro), preservando-se o profissional, cabendo somente a chefia saber o nome.

No âmbito da organização hospitalar, conforme o quadro 2, houve maior número de recomendações voltadas para a dimensão apoio da gestão hospitalar para a segurança do pacien-

te, com sugestões para melhoria da quantidade, qualidade e manutenção de materiais e equipamentos e melhoria da estrutura física do ambiente de trabalho.

Quadro 2 - Recomendações para melhorar a segurança do paciente no âmbito da organização hospitalar, apresentadas por profissionais de enfermagem de duas UTIs na Grande Florianópolis-SC, Brasil, 2011

Dimensões - Organização hospitalar	Recomendações
1. Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente	Garantir que a direção do hospital e médicos responsáveis, que tem o poder "nas mãos", possam ajudar comprometendo-se "mais". Disponibilizar materiais e equipamentos em quantidade e qualidade; com possibilidade de manutenção constante e reserva de equipamento. Realizar vistoria frequente e manutenção das camas e grades, ou aquisição de novas camas, totalmente automáticas e colchões. Melhorar os utensílios para restrição física dos pacientes. Adquirir equipamentos específicos para transporte de pacientes como maca ou cama, oxímetro e ventilador de transporte. Reestruturar a planta física prevendo a observação do paciente e circulação de pessoal; acomodações adequadas. Melhorar o sistema informatizado para controle interno de eventos. Revisar frequentemente a rede elétrica e hidráulica da UTI, incluindo sistema de vácuo. Adquirir frascos de medicação diferenciados quanto a identificação, cor e letra legível. Proporcionar ambiente tranquilo e agradável para o trabalho.
2. Trabalho em equipe entre as unidades do hospital	Manter bom relacionamento entre as unidades da instituição. Realizar trabalho conjunto com a farmácia para diminuir erros com medicação.
3. Transferências internas e passagens de plantão	Manter mais atenção na passagem de plantão. Transmitir informações adequadas sobre as ocorrências com o paciente

Dentre as dimensões que avaliam os resultados da cultura de segurança, destaca-se o expressivo volume de recomendações elencadas na categoria "Percepção geral de segurança", conforme o quadro 3. Para melhor entendimento, esta dimensão avalia se os procedimentos e os sistemas

são adequados para evitar erros e se não há problemas de segurança.¹⁵ Foram elencadas sugestões principalmente para melhoria dos procedimentos e processos de trabalho, algumas baseadas em princípios atuais de segurança do paciente tais como: definição de protocolos, barreiras de risco,

identificação do paciente, dose unitária e dupla checagem. Destacam-se também recomendações que envolvem a conduta profissional tais como dedicação, comprometimento e consciência no trabalho, respeito e carinho.

Quadro 3 - Recomendações para melhorar a segurança do paciente no âmbito de resultados, apresentadas por profissionais de enfermagem de duas UTIs na Grande Florianópolis-SC, Brasil, 2011

Dimensões - Resultado	Recomendações
1. Percepção geral de segurança do paciente	<p>Respeito aos pacientes por médicos, residentes e no geral.</p> <p>Trabalhar com empenho, dedicação, comprometimento e consciência.</p> <p>Realizar os procedimentos com segurança.</p> <p>Manter maior equilíbrio entre turnos de trabalho, com apoio e compreensão em relação às tarefas pendentes.</p> <p>Permanecer mais próximo ao paciente.</p> <p>Não realizar procedimentos complexos na UTI (ex. traqueostomia).</p> <p>Criar protocolos de cuidados com rotinas bem estabelecidas, baseadas no dia-a-dia da unidade (sugestões para úlcera por pressão e infecções hospitalares).</p> <p>Cumprir barreiras de risco como conferência de horários aprazados e checagem de medicações.</p> <p>Atentar para a identificação do paciente.</p> <p>Instituir dose unitária e dupla checagem dos medicamentos, especialmente de alto risco como cloreto de potássio, drogas vasoativas e psicotrópicas, bem dos hemoderivados.</p> <p>Atentar aos cuidados com medicamentos como prazo de validade, avaliação da prescrição, diluições, rótulos, cinco certezas e validade dos equipamentos.</p> <p>Desempenhar o trabalho e cuidar do paciente com carinho, como se fosse de sua família.</p> <p>Manter grades das camas elevadas e aplicar restrição física somente quando recomendada.</p> <p>Evitar alarmes dos equipamentos na função inoperante.</p> <p>Organizar o ambiente de trabalho.</p> <p>Isolamentos, maior controle pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, sugerindo-se que sejam aplicados a todos os pacientes até a liberação do resultado dos exames (culturas), evitando-se que outros pacientes sejam contaminados nesse período.</p> <p>Realizar lavagem das mãos.</p> <p>Garantir que a saída de pacientes para realizar procedimento fora da UTI ocorra somente com a presença do médico "Staff".</p>
2. Frequência de eventos relatados	<p>Incentivar o relato de erros e eventos adversos, criando-se uma cultura de notificação.</p> <p>Coletar e registrar os eventos adversos/erros cometidos pelos profissionais.</p> <p>Instituir uma central de notificação de erros e eventos adversos, comunicando-se oficialmente.</p>

DISCUSSÃO

A prática profissional de enfermagem é permeada pela vivência e percepção diária de situações de risco, que podem subsidiar o gerenciamento do cuidado em relação à segurança do paciente. Desta forma, destaca-se a importância que as recomendações apresentadas pelos profissionais podem ter, complementando ou mesmo elucidando os dados obtidos por meio de instrumentos de avaliação da cultura de segurança.

No contexto deste estudo, essas recomendações resultaram na identificação de fragilidades em alguns aspectos da cultura de segurança nas instituições nas quais o estudo foi desenvolvido. Foi identificado que capacitação e treinamento, melhoria dos processos de trabalho, incluindo-se criação de protocolos, disponibilização de materiais e equipamentos em quantidade e qualidade, bem como quantitativo adequado de profissionais, são necessidades evidenciadas nas duas UTIs, dentre outras elencadas com menor frequência.

A adequação do cuidado de enfermagem ao paradigma da era da segurança depende de profissionais que busquem excelência científica e técnica, realizando cuidados baseados em evidências. Para isso, é necessário que o trabalho se desenvolva em ambientes cuja filosofia e recursos promovam e sustentem melhorias contínuas.¹⁶

A saúde é um campo em constante mudança e aprimoramento, e a educação continuada se insere como um componente essencial para a formação e desenvolvimento de recursos humanos nas instituições,¹⁷ por estimular os profissionais a se apropriarem do conhecimento necessário para realizarem as tarefas que lhes são atribuídas¹⁸ e para gerenciar os riscos na assistência em saúde. Além disso, assegura a qualidade do atendimento ao paciente e a sobrevivência da instituição neste cenário de mudanças e competitividade¹⁸ onde conhecimentos básicos aprendidos se tornam obsoletos muito rapidamente.

Estudos reforçam a importância de processos educativos continuados, especialmente no cenário de terapia intensiva, e apontam que a formação e a educação são fatores contribuintes para incidentes,¹⁹ evidenciando também que os profissionais de enfermagem manifestam a necessidade de capacitação para o desenvolvimento de técnicas específicas.¹⁷

Embora o processo educativo seja necessidade constante durante o desenvolvimento profissional, talvez haja formação não condizente, por parte das escolas, com as demandas do trabalho, e isto pode implicar em uma necessidade maior de capacitação pelos profissionais conforme foi evidenciado. Tal situação representa mais um problema para as organizações de saúde, pois além do compromisso de garantir a atualização dos profissionais também têm que se ocupar com o ensino de princípios básicos da prática profissional.

O perfil jovem dos profissionais deste estudo em relação à profissão e ao tempo de trabalho em UTI pode sugerir maior necessidade de aprendizado por não haver ainda uma experiência profissional diversificada, justificando-se tantas recomendações de capacitação.

O movimento da segurança do paciente vem agregando uma série de iniciativas para melhoria dos processos de assistência em saúde. Nas organizações de saúde existem várias situações que favorecem o desencadeamento de erros nos ambientes de trabalho da enfermagem, tais como horas de trabalho prolongadas e fadiga, questões de carga de trabalho, locais de trabalho e processos

de atendimento mal projetados, e falta de sistemas de apoio à tomada de decisão e de comunicação eficaz entre os membros da equipe. Assim, mudanças nesses ambientes são necessárias para reduzir os erros e aumentar a segurança do paciente.²⁰ Parte-se da premissa que as organizações devem mudar no sentido de “tornar fácil fazer a coisa certa, e difícil de fazer a coisa errada”.^{21:11-12}

Dentre as recomendações obtidas neste estudo, emergiram sugestões como a criação de comissões de segurança do paciente, identificação do paciente, protocolos, dose unitária de medicação, dupla checagem, incentivo ao relato de erros e eventos adversos. Tais atividades vêm sendo incentivadas pelos programas voltados para a segurança do paciente, demonstrando a sensibilização quanto a sua importância.

Além de processos de trabalho bem definidos, tecnologia e dispositivos de cuidados também são necessários em todos os ambientes de trabalho da enfermagem. Nas UTIs, tais recursos, que incluem ventiladores, monitores, bombas de infusão dentre outros, são essenciais para o cuidado e tratamento dos pacientes. No entanto, quando esses dispositivos não são submetidos a uma avaliação rigorosa para adequação no processo de seleção e aquisição, ou quando são usados indevidamente, podem contribuir para danos aos pacientes.²²

Sob a égide da segurança do paciente, a padronização de equipamentos e tecnologia é uma estratégia importante, e tem sido estimulada para diminuir os erros por meio da dependência de memória e para ajudar os indivíduos a utilizar dispositivos e tecnologia de forma segura e eficiente. Além disso, os equipamentos e tecnologia devem ser avaliados do ponto de vista da segurança do paciente antes de sua aquisição e implementação, incluindo a avaliação das habilidades necessárias do usuário, as preocupações de engenharia, as questões de controle de infecção dentre outras, sendo imprescindível que sejam testados antes da utilização e que possuam sistemas que identifiquem e antecipem os erros para evitá-los.²² Cabe considerar a extensão desses cuidados também aos materiais de consumo, cuja ampla variedade implica em vigilância ainda maior.

Recomendações acerca da qualidade e disponibilidade de materiais e equipamentos foram frequentes para as duas UTIs deste estudo. Ao analisar essas recomendações, é importante salientar a preocupação em relação às camas, grades e restrições manifestadas pelos profissionais das duas UTIs, o que certamente reflete a necessidade

de melhorias em relação a estes recursos do cuidado. No entanto, cabe considerar que em nosso meio a temática segurança do paciente ainda não é suficientemente estudada, conforme vem sendo idealizada na última década, o que pode se expressar em um entendimento de segurança do paciente por parte dos profissionais que não contempla todas as suas dimensões.

Embora as recomendações para a melhoria da segurança do paciente tenham sido similares em ambas as UTIs, em alguns casos houve diferenças quanto ao número de recomendações, demonstrando a existência de necessidades específicas. As recomendações dos profissionais da UTI 1 evidenciam a necessidade de melhorias principalmente no quantitativo de profissionais; a UTI 2 aponta necessidade de intervenções para melhoria da comunicação em relação a mudanças nas rotinas e da comunicação entre as equipes.

Estudos reforçam a importância do adequado dimensionamento da equipe de enfermagem de acordo com a gravidade e a necessidade dos pacientes, pois este influencia na qualidade do cuidado e na ocorrência de eventos adversos em terapia intensiva.²³ A comunicação é considerada fundamental para que a equipe possa atuar de forma integrada em prol do paciente, e sua carência pode gerar insatisfação profissional. Destaca-se a relevância do papel do enfermeiro, enquanto organizador e coordenador das atividades assistenciais, em promover um adequado processo de comunicação.²⁴

Neste estudo, ao serem comparadas as recomendações dos profissionais com os escores de avaliação da cultura de segurança, foram evidenciadas algumas relações que reforçam os resultados encontrados com a aplicação do HSOPSC. Por exemplo, as dimensões trabalho em equipe dentro das unidades e expectativas e ações de promoção da segurança do paciente do supervisor/gerente receberam avaliações com maior escore de positividade e suscitaram menos recomendações; por outro lado, as dimensões apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente e percepção geral de segurança do paciente com menores escores de avaliação positiva, receberam grande número de recomendações.

As dimensões trabalho em equipe dentro das unidades e expectativas e ações de promoção da segurança do paciente do supervisor/gerente são dimensões no âmbito de unidade, e os resultados sugerem que a equipe de enfermagem sente-se apoiada em seu local de trabalho, e tem maior probabilidade de cooperar com seus colegas de

trabalho. O apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente é uma dimensão no âmbito da organização hospitalar, e pode indicar que a visão dos profissionais de enfermagem para a promoção da segurança do paciente não é percebida pela gestão hospitalar, o que foi evidenciado pelo baixo escore associado ao grande número de recomendações. Também é sugestiva de falha na gestão em comunicar as iniciativas organizacionais de segurança, políticas, e expectativas ao pessoal da unidade, já que os gestores tem menos oportunidade de identificar os riscos de segurança, que comumente existem nas situações vividas nas unidades. Isso implica na necessidade de uma atitude mais proativa por parte dos gestores e da melhoria de coordenação entre a unidade e a gestão. A percepção geral de segurança do paciente é uma dimensão de resultado e indica a existência de processos e sistemas para prevenir erros e problemas de segurança do paciente. Seu baixo escore e o alto número de recomendações demonstram que os profissionais percebem fragilidades em relação à segurança do paciente nas instituições do estudo permitindo-lhes apontar alternativas de melhoria.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As recomendações dos profissionais de enfermagem obtidas neste estudo possibilitaram identificar como promover a segurança do paciente nas unidades de terapia intensiva estudadas. Categorizar estas recomendações, conforme as dimensões utilizadas no HSPSOC, contribuiu para revelar as percepções dos profissionais de enfermagem de forma mais pontual, o que permite a implementação de medidas de forma sistematizada.

No contexto deste estudo, essas recomendações revelaram fragilidades em alguns aspectos da cultura de segurança nas instituições onde o estudo foi desenvolvido. Destaca-se a quantidade de ações sugeridas nas dimensões percepção geral de segurança e apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente. A implementação dessas ações, com posterior análise das diferentes dimensões do instrumento, permite mensurar o seu impacto, traduzindo-se em um instrumento importante na avaliação da cultura de segurança.

Estudos desta natureza apontam a necessidade de mais estudos com a utilização deste instrumento, particularmente no Brasil, de modo a melhor avaliá-lo e se necessário realizar modificações, tendo em vista que foi criado nos Estados Unidos, a partir de sua cultura, realidade e necessidades específicas.

REFERÊNCIAS

1. Leape LL. New world of patient safety. *Arch Surg.* 2009 May; 144(5):394-98.
2. Kohn KT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. *To err is human: building a safer health system.* Washington, DC (US): National Academy Press, Institute of Medicine; 2000.
3. Ksouri H, Balanant PY, Tadié G, Heraud G, Abboud I, Lerolle N, et al. Impact of morbidity and mortality conferences on analysis of mortality a critical events in intensive care practice. *Am J Cri Care.* 2010 Mar; 19(2):135-45.
4. Beccaria LM, Pereira RAM, Contrin LM, Lobo SMA, Trajano DHL. Eventos adversos na assistência de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2009 Jul-Ago; 21(3):276-82.
5. Hoffman D, Marks B. An investigation of the relationship between safety climate and medication errors as well as other nurse and patient outcomes. *Personnel Psychol.* 2006 Nov; 59(2): 847-69.
6. Nieva F, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Health Care.* 2003 Dec; 12 (suppl III):17-23.
7. Health and Safety Commission (HSC). *Organizing for safety: third report of the human factors study group of ACSNI.* London (UK): HMSO; 1993.
8. Davies H, Nutley S, Mannion R. Organizational culture and quality of health care. *Qual Health Care.* 2000; 9(2):111-9.
9. Galt KA, Paschal KA. *Foundations in patient safety for health professionals.* Massachusetts (US): Jones & Bartlett Learning; 2010.
10. Panozzo SJ. *Lessons to be learnt: evaluating aspects of patient safety culture and quality improvement within an intensive care unit [thesis].* Adelaide (AU): University of Adelaide; 2007
11. Singla AK, Kitch BT, Welssman JS, Campbell EG. Assessing patient safety culture: a review and synthesis of the measurement tools. *J Patient Saf.* 2006 Sep; 2(3):105-15.
12. Mello, JF. *Cultura de segurança do paciente em Unidade de Terapia Intensiva: perspectiva da enfermagem [dissertação].* Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2011.
13. Jackson J, Sarac C, Flin R. Hospital safety climate surveys: measurement issues. *Curr. Opin Crit Care.* 2010 Dec; 16(6):632-8.
14. Pilatti LA, Pedroso B, Gutierrez GL. Propriedades psicométricas de instrumentos de avaliação: um debate necessário. *Rev Brase Ensino C&T.* 2010 Jan-Abr; 3(1):81-91.
15. Sorra JS, Nieva VF. *Hospital survey on patient safety culture.* Rockville (US): Agency for Healthcare Research and Quality; 2004.
16. Pedreira MLG, Harada MJCS. *Enfermagem dia a dia: segurança do paciente.* São Paulo (SP): Yendis Editora; 2009.
17. Silva MF, Conceição FA, Leite MMJ. Educação continuada: um levantamento de necessidades da equipe de enfermagem. *O Mundo da Saúde.* 2008 Jan-Mar; 32(1):47-55.
18. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). *AHRQ's Patient Safety: initiative efforts to reduce medical errors.* [accessed 2011 Oct 29]. Available : <http://www.ahrq.gov/qual/pscongrpt/psini2.htm>.
19. Holzmüller CG, Pronovost PJ, Dickman F, Thompson DA, Wu AW, Lubomski LH, et al. Creating the web-based intensive care unit safety reporting system. *J Am Med. Inform Assoc.* 2005 Mar-Apr; 12(2):130-9.
20. Kirwan M, Matthews A, Scott PA. The impact of the work environment of nurses on patient safety outcomes: a multi-level modelling approach. *Int J Nurs Stud.* 2013 Feb; 50(2):253-63.
21. Flynn R, Winter J, Sarak C, Raduma M. *Human factors in patient safety: review of topics and tools.* Geneva (CH): World Health Organization; 2009.
22. Shostek K. *Critical care safety essentials.* *Patient Safety Quality Health Care.* 2007 Sep-Oct; 4(5)44-8.
23. Versa GLGS, Inoue KC, Nicola AL, Matsuda LM. Influência do dimensionamento da equipe de enfermagem na qualidade do cuidado ao paciente crítico. *Texto Contexto Enferm.* 2011 Out-Dez; 20(4):796-802.
24. Longaray VK, Almeida MA, Cezaro P. *Processo de enfermagem: reflexões de auxiliares e técnicos.* *Texto Contexto Enferm.* 2008 Jan-Mar; 17(1):150-7.