



Cultura de segurança do paciente na unidade de terapia intensiva

Patient safety culture in the intensive care unit

Cultura de seguridad del paciente en la unidad de cuidados intensivos

Giovanna Victória Araújo Barbosa¹, Rosângela Vidal de Negreiros¹, Arthur Marques Policarpo¹, Roberta Amador de Abreu², Lidiany Galdino Felix¹, Gerlane Ângela da Costa Moreira Vieira¹, Jogilmira Macedo Silva Mendes¹, Moábia Suerle Silva Figueiredo², Wilma Frederico Lima¹, Joanira Rodrigues Bezerra da Silva¹.

RESUMO

Objetivo: Analisar a cultura de segurança do paciente na Unidade de Terapia Intensiva. **Métodos:** Estudo descritivo, do tipo revisão integrativa da literatura, cuja coleta de dados ocorreu entre os meses de novembro a dezembro de 2024, nas bases de dados BVS, PUBMED e Google Acadêmico utilizando a estratégia PICO e os descritores “cultura organizacional”, “segurança do paciente”, “profissional da saúde” e “unidades de terapia intensiva”. Utilizou-se os operadores booleanos OR e AND. **Resultados:** A amostra foi composta de oito artigos, que apresentaram aspectos que podem ser considerados como potencialidades e fragilidades referentes a cultura de segurança do paciente. Dentre as potencialidades podem-se destacar trabalho em equipe e aprendizado organizacional; quanto as fragilidades observam-se a ausência de resposta não punitiva e a comunicação ineficaz entre a equipe. **Considerações finais:** O estudo evidenciou a importância de pesquisas acerca da cultura de segurança do paciente, entendendo que, as potencialidades e fragilidades podem transformar a qualidade da assistência prestada; além disso, entende-se que, cada estabelecimento de saúde tem uma realidade, dificultando implementar uma cultura forte que colabore com a gestão, sendo necessário realizar mais estudos sobre essa temática com a equipe.

Palavras-chave: Cultura organizacional, Segurança do paciente, Profissional da saúde, Unidade de terapia intensiva.

ABSTRACT

Objective: To analyze the patient safety culture in the Intensive Care Unit. **Methods:** Descriptive study, of the integrative literature review type, whose data collection took place between November and December 2024, in the BVS, PUBMED and Google Scholar databases using the PICO strategy and the descriptors “organizational culture”, “patient safety”, “health professional” and “intensive care units”. The Boolean operators OR and AND were used. **Results:** The sample consisted of eight articles, which presented aspects that can be considered as strengths and weaknesses regarding patient safety culture. Among the strengths, teamwork and organizational learning can be highlighted; as for weaknesses, the absence of a non-punitive response and ineffective communication among the team are observed. **Final considerations:** The study highlighted the importance of research on patient safety culture, understanding that strengths and weaknesses can transform the quality of care provided; in addition, it is understood that each health establishment has a reality, making it difficult to implement a strong culture that collaborates with management, making it necessary to carry out further studies on this topic with the team.

Keywords: Organizational culture, Patient safety, Healthcare professional, Intensive care units.

¹ Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Campina Grande – PB.

² Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), Campina Grande – PB.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la cultura de seguridad del paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos. **Métodos:** Estudio descriptivo, del tipo revisión integradora de la literatura, cuya recolección de datos se realizó entre noviembre y diciembre de 2024, en las bases de datos BVS, PUBMED y Google Scholar utilizando la estrategia PICO y los descriptores “cultura organizacional”, “seguridad del paciente”, “profesional sanitario” y “unidades de cuidados intensivos”. Se utilizaron los operadores booleanos OR y AND. **Resultados:** La muestra estuvo constituida por ocho artículos, los cuales presentaron aspectos que pueden considerarse como fortalezas y debilidades respecto a la cultura de seguridad del paciente. Entre las potencialidades se pueden destacar el trabajo en equipo y el aprendizaje organizacional; En cuanto a las debilidades, falta una respuesta no punitiva y una comunicación ineficaz entre el equipo. **Consideraciones finales:** El estudio destacó la importancia de la investigación en la cultura de seguridad del paciente, entendiendo que las fortalezas y debilidades pueden transformar la calidad de la atención brindada; Además, se entiende que cada establecimiento de salud tiene una realidad, lo que dificulta la implementación de una cultura fuerte que colabore con la gestión, siendo necesario realizar mayores estudios sobre este tema con el equipo.

Palabras clave: Cultura organizacional, Seguridad del paciente, Profesional de la salud, Unidades de cuidados intensivos.

INTRODUÇÃO

A Segurança do Paciente (SP) pode ser definido como a redução de danos associados aos cuidados de saúde a um nível mínimo considerável aceitável (OLIVEIRA FDS, et al., 2024). Sabe-se que, discussão desta temática no âmbito mundial de saúde é frequente, visto que a SP influencia diretamente na qualidade dos cuidados de saúde prestados, sendo influenciado por diversos fatores como a estrutura física e organizacional das instituições de saúde (DIZ ABM e LUCAS PRMB, 2022).

Historicamente, a SP passou a ser mais evidenciada em 2000, com a publicação do relatório *To Erris Human: building a safer health system*, do *Institute of Medicine* (IOM), que apresenta dados alarmantes associados ao número de eventos adversos, contribuindo assim, para o desenvolvimento de debates sobre a temática, levando a criação da Aliança Mundial pela Segurança do Paciente lançada pela Organização Mundial da Saúde. No Brasil, o destaque aconteceu em 2013, com a instituição do Programa Nacional de Segurança do Paciente pelo Ministério da Saúde, através da Portaria nº 521 de 1º de abril de 2013 e a RDC nº 36, de 25 de julho de 2013 (SILVA BPAR, et al., 2024).

Merece destaque, a Portaria nº 521 que apresenta definição de alguns conceitos, como a diferença entre dano, incidente e evento adverso. Dano, pode ser definido como o comprometimento da estrutura ou função do corpo, incluso doenças, lesões, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, sejam de natureza física, social ou psicológica; Incidente é um determinado evento que poderia resultar, ou leva realmente a ocorrência de danos desnecessários ao paciente e, Evento Adverso é definido como incidente que resulta em dano ao paciente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Conforme exposto por Rodrigues TAS, et al. (2024), os erros quando existem são condicionados às atividades laborais, que podem ser evitados através da adoção de uma cultura de segurança e, consolida-se como compromisso da instituição hospitalar para com os profissionais da saúde, visando qualificar a força de trabalho para diminuir danos, através de ações que determinam compromisso, estilo e desenvolvimento de uma organização saudável e segura; ademais, a adoção dessa cultura organizacional destaca a instituição de saúde em relação às demais, pois observa-se uma comunicação linear, cuidado direcionado e centrado no cliente, compreensão da importância da segurança em sua totalidade e confiança nas ações de prevenção.

Diante desse panorama, a Cultura de Segurança do Paciente (CSP) consiste em um exemplo de cultura organizacional, cujos valores e práticas são direcionados a redução de riscos e danos aos pacientes e, nessa perspectiva vários estudos vêm sendo desenvolvidos nessa área, visto que os valores da instituição influenciam diretamente na segurança dos procedimentos direcionados ao cliente (JUNIOR NJO, et al., 2024).

A CSP apresenta-se necessária a todos os trabalhadores, envolvidos diretamente na assistência, como também gestores, que devem ter como objetivo priorizar a segurança acima das metas financeiras, encorajando a identificação, notificação e resolução dos eventos adversos, demonstrando que as instituições que implementaram essa cultura positiva – sem um caráter punitivo ao erro – apresentam melhores indicadores de saúde em vista das ações baseadas em confiança mútua e o reconhecimento da segurança do paciente na prevenção de eventos adversos, visto que a ocorrência de tais eventos determinam um dos maiores desafios para a SP, principalmente no ambiente da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), que consolida-se como um dos principais setores hospitalares com potencial de ocorrência de eventos adversos devido à complexidade do quadro clínico dos pacientes (CAMPELO CL, et al., 2021).

Em complemento a essa visão, Silva BPAR, et al. (2024) apresentam que uma CSP bem implementada e bem estruturada permite o estabelecimento de comunicação adequada, assim como, o desenvolvimento de confiança, aprendizado organizacional, comprometimento coletivo quanto aos aspectos de segurança, liderança adequada e abordagem não punitiva frente ao erro. Nessa perspectiva, o presente estudo teve como objetivo analisar cultura de segurança do paciente na Unidade de Terapia Intensiva.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo revisão integrativa, que consiste em uma abordagem que busca fornecer uma compreensão mais abrangente de um fenômeno, tendo como objetivo analisar estudos previamente publicados sobre determinada temática; além disso, o arcabouço metodológico de estudos que podem ser incluídos é extenso, visto que podem compor a amostra final estudos de origem experimental e não experimental (BOTELHO LLR, et al., 2011).

Neste estudo, seguimos as seis etapas apresentadas por Souza MT, et al. (2010) adaptadas à necessidade da temática abordada, sendo elas: 1) Elaboração da pergunta norteadora; 2) Busca ou amostragem na literatura; 3) Coleta de dados; 4) Análise crítica dos estudos incluídos; 5) Discussão dos resultados e; 6) Apresentação da revisão integrativa.

A questão norteadora foi “Qual a percepção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança do paciente na Unidade de Terapia Intensiva?”. Para auxiliar na pesquisa, foi utilizada a estratégia PICO, acrônimo que se refere a: P = População/Paciente/Problema; I = Interesse e; Co = Contexto (Araújo WCO, 2020). Com base no objetivo e na questão norteadora temos: P = Profissionais da saúde; I = Percepção da cultura de segurança do paciente; Co = Unidade de Terapia Intensiva.

Para realizar a busca dos artigos nas bases de dados foram selecionados os seguintes descritores DECS/MESH “cultura organizacional”, “segurança do paciente”, “profissional da saúde”, “profissional de saúde” e “unidades de terapia intensiva”, assim como os operadores booleanos “AND” e “OR”, possibilitando montar a seguinte expressão de busca: (Cultura Organizacional) AND (Segurança do Paciente) AND (Profissional da Saúde) OR (Profissional de Saúde) AND (Unidades de Terapia Intensiva), assim como a sua respectiva tradução para o inglês (Organizational Culture) AND (Patient Safety) AND (Health Personnel) AND (Intensive Care Units).

A busca, análise e seleção dos artigos foi realizada durante os meses de novembro e dezembro de 2024, na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), PUBMED e Google Acadêmico – adicionado posteriormente, com o objetivo de aumentar a seleção de amostras, visto que apenas com as duas primeiras bases de dados não foi possível consolidar a amostra; para isso, foi utilizado a estratégia PRISMA para seleção dos artigos após definição dos critérios de inclusão e exclusão.

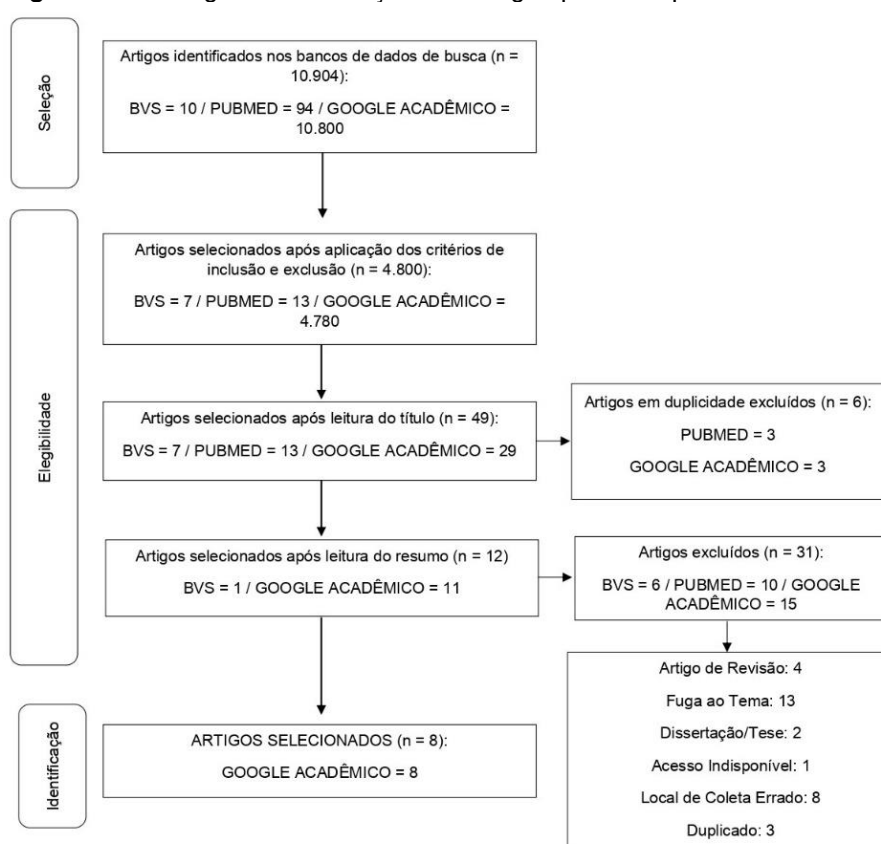
Os critérios de inclusão foram texto completo, disponível gratuitamente, publicados em inglês/português/espanhol, nos últimos 5 anos e, no caso da BVS, deveriam estar indexados na LILACS ou BDENF, cuja pesquisa fosse realizada na UTI adulto. Foram excluídos da amostra artigos de revisão, que fugissem ao tema, dissertações e teses, cujo acesso estivesse indisponível, cuja coleta não fosse realizada na UTI adulto e estivessem duplicados.

O primeiro passo foi utilizar as expressões de busca para encontrar o total de artigos presentes nas diferentes bases de dados; em seguida, foram aplicados os filtros, assim como critérios de inclusão e exclusão para realizar a leitura do título dos artigos – sendo excluídos nessa primeira etapa os artigos duplicados. Posteriormente, foi realizada a leitura dos resumos e pôr fim a leitura na íntegra dos artigos para selecionar quais iriam compor a amostra final. Selecionados os artigos, informações referentes a autoria, ano de publicação, tipo de estudo e principais achados foram sintetizadas em um quadro para em seguida realizar a análise dos achados e definição das categorias a serem discutidas.

RESULTADOS

Construiu-se um fluxograma descrevendo as etapas em seleção, elegibilidade e identificação.

Figura 1 – Fluxograma de seleção dos artigos para compor a amostra final.



Fonte: Barbosa GVA, et al., 2025.

Conforme observa-se no fluxograma, a primeira seleção ficou em 10.904 artigos, distribuídos conforme a Imagem 1; após aplicar os filtros e critérios de inclusão e exclusão citados obteve-se 4.800 artigos, com a leitura dos títulos foram selecionados 49 artigos que possivelmente responderiam à questão norteadora, dos quais 6 foram excluídos por estarem duplicados. Após a leitura do resumo, foram selecionados 12 artigos, que foram submetidos a leitura do texto na íntegra, o que resultou em uma amostra final de 8 artigos, que serão descritos no **Quadro 1**.

Como é possível observar ainda na **Figura 1**, os 31 artigos que foram excluídos após a leitura do resumo consistiam em quatro artigos de revisão, treze que demonstraram fuga ao tema, dois que eram dissertação de mestrado / tese de doutorado, um cujo acesso estava indisponível, oito cujo local de coleta não era a UTI Adulto e três que estavam duplicados.

Quadro 1 – Síntese dos principais achados sobre a percepção dos profissionais sobre a cultura de segurança do paciente na UTI.

N	Autores (Ano)	Principais achados
1	ZANELLI FP, et al. (2023)	Estudo transversal. Cultura de segurança do paciente considerada frágil, apresentando como ponto forte o trabalho em equipe para resolução rápida de tarefas.
2	GIRÃO ALA, et al. (2019)	Estudo descritivo. Cultura de segurança do paciente passível de melhoras, principalmente com relação a atitudes gerenciais, assim como a percepção de estresse e condições de trabalho.
3	CAMPOS LPS, et al. (2023)	Estudo transversal. Cultura de segurança do paciente frágil, apresentando por parte dos profissionais de enfermagem a percepção de uma cultura punitiva por seus superiores.
4	KRUSCHEWSKY NDF, et al. (2020)	Estudo transversal. Cultura de segurança do paciente passível de melhoras, com destaque para a gestão hospitalar, porém foi observado receio por parte dos profissionais acerca da punição referente aos erros cometidos.
5	OLIVEIRA EM, et al. (2022)	Estudo transversal. Cultura de segurança do paciente considerada frágil por parte dos profissionais, com avaliações neutras ou negativas para a maioria dos domínios, com destaque a cultura punitiva observada pelos profissionais.
6	LIMA MFS, et al. (2020)	Estudo descritivo. Cultura de segurança do paciente frágil, com destaque para a avaliação negativa quanto a percepção em relação a gerência da unidade e, quanto a percepção de estresse entre os profissionais.
7	SIMAN JB, et al. (2019)	Estudo transversal. Cultura de segurança do paciente frágil, evidenciada pela perspectiva dos participantes quanto a cultura punitiva frente ao erro, porém com uma chefia comprometida com a segurança do paciente.
8	CAMPELO CL, et al. (2021)	Estudo transversal. Cultura de segurança do paciente passível de melhoras, apresentando áreas com potencial de melhoria, como o não estabelecimento de uma cultura punitiva e, apresentando como principal fragilidade o processo de comunicação inefetiva.

Fonte: Barbosa GVA, et al., 2025.

Conforme observado no **Quadro 1**, o período de publicação dos estudos corresponde ao período de 2019 a 2023, na proporção de dois artigos (25%) publicados em 2019, dois artigos (25%) publicados em 2020, um artigo (12,50%) publicado em 2021, um artigo (12,50%) publicado em 2022 e dois artigos (25%) publicados em 2023. O reduzido número de publicações referentes aos anos de 2021 e 2022, possivelmente estão associadas ao período pós-pandemia da COVID-19, visto que nesse momento todos os estudos direcionavam-se para esse tema e os demais entraram em um breve hiato.

De acordo com o tipo de estudo, prevaleceu o estudo transversal correspondendo a seis(75%) do total de artigos, em sobreposição ao estudo descritivo com apenas dois (25%) artigos que implementaram esse tipo de estudo. A escolha do tipo de estudo associa-se ao instrumento utilizado nos artigos para realizar a coleta de dados nos seus respectivos locais; os artigos com estudo transversal utilizaram como instrumento o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), enquanto os estudos descritivos utilizaram o instrumento *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ).

O HSOPSC é um instrumento validado, de caráter quantitativo, desenvolvido originalmente pela *Agency of Healthcare Research and Quality* (AHRQ) em 2004, com o objetivo de avaliar a CSP, sendo mundialmente aplicado nas instituições hospitalares para mensurar suas implicações, pois permite identificar áreas com necessidade de melhorias, avaliar a efetividade das ações implementadas para melhoria da SP e auxilia na diferenciação de sua cultura com a de outras instituições, permitindo que a partir da identificação de suas fragilidades possam investir esforços com foco em melhorar esses pontos (PRIETO MMN, et al., 2021).

O HSOPSC é organizado em 12 dimensões que objetivam medir e avaliar as configurações de segurança do paciente através da perspectiva dos profissionais; consiste em 42 itens distribuídos através das 12 dimensões e, as respostas são avaliadas segundo Escala de Likert de 1 a 5 pontos (1 e 2: avaliação negativa; 3: avaliação neutra e; 4 e 5: avaliação positiva). Dentre os 42 itens que constam no instrumento, 17 deles são estruturados como pontos negativos, logo, uma resposta negativa simboliza um ponto positivo

ou uma potencialidade para a segurança do paciente. As avaliações estão organizadas da menor para a maior avaliação como: discordo totalmente, discordo, não concordo e nem discordo, concordo, concordo totalmente; assim como: nunca, raramente, às vezes, quase sempre, sempre (NWOSU ADG, et al., 2022).

Outro instrumento utilizado nos artigos da amostra foi o SAQ, que foi desenvolvido em 2006 e adaptado para o Brasil em 2011, sendo estruturado em duas partes, a primeira composta por 41 itens que seguem a Escala de Likert de cinco pontos e, a segunda parte refere-se aos dados do profissional, onde cada resposta tem uma pontuação diferente – discordo totalmente (0 pontos), discordo parcialmente (25 pontos), neutro (50 pontos), concordo parcialmente (75 pontos) e concordo totalmente (100 pontos) – o resultado é determinado por uma média aritmética referente a cada domínio, ou seja, soma-se as respostas dos itens correspondentes a cada domínio e em seguida divide-se pela quantidade de itens em cada domínio (ROTTA ALO, et al., 2023).

DISCUSSÃO

Conforme os artigos selecionados para amostra, os principais achados e os critérios utilizados pelos instrumentos de coleta de dados, existem fatores – nos instrumentos utilizados e artigos descritos como dimensões – que analisados a partir das respostas dos participantes podem se apresentar como potencialidades ou fragilidades que influenciam na percepção dos profissionais da saúde sobre a CSP nas unidades de terapia intensiva estudadas. Destarte, serão trabalhadas nesse estudo duas categorias: 1) Potencialidades que contribuem para a CSP; 2) Fragilidades que interferem na CSP.

Potencialidades que contribuem para a Cultura de Segurança do Paciente

Para Campelo CL, et al. (2021), o estudo identificou respostas positivas associadas ao trabalho em equipe dentro das unidades, apontando como essencial ao cuidado seguro, pois contribui para o desenvolvimento da assistência qualificada, refletindo positivamente no cotidiano de trabalho de modo a influenciar diretamente na promoção da CSP. Além do aprendizado organizacional e melhoria contínua, demonstrando que os profissionais percebem o erro como oportunidade de aprendizado visando melhorias do processo de cuidar, além de se sentirem valorizados pelos gestores, por sentir que suas sugestões para melhorar a qualidade da assistência são levadas em consideração.

Achado semelhante foi encontrado no estudo realizado por Zanelli FP, et al. (2023) que identificou como áreas fortes o “trabalho em equipe dentro da unidade” principalmente em momentos onde se faz necessário o trabalho em equipe para otimizar o tempo e, o “aprendizado organizacional/melhoria contínua” que leva em consideração o fato de avaliar os erros visando mudanças positivas. Esses dois aspectos auxiliam a equipe e a gestão a estabelecer e manter uma cultura forte e sustentável a longo prazo e reduzir o tempo de internação. Oliveira EM, et al. (2022) também encontrou em seu estudo como potencialidades “expectativas e ações do supervisor/gerente que promovem a segurança” e “aprendizagem organizacional/melhorias contínuas”.

Ventura MWS, et al. (2022), em seu estudo explorou acerca da cultura de segurança do paciente em uma unidade de terapia intensiva neonatal sob a perspectiva da equipe multiprofissional e encontrou como um domínio positivo o trabalho em equipe na unidade, principalmente na perspectiva dos profissionais sentirem que apoiam uns aos outros e que demonstram possuir um respeito mútuo entre si, de modo a possibilitar um trabalho interdisciplinar contribuindo para uma abordagem holística na assistência à saúde, através de um diálogo aberto buscando o bem-estar do usuário.

Vale salientar que, duas propriedades importantes da CSP são a liderança e o aprendizado com base nos erros, onde Kruschewsky NDF, et al. (2020) traz muito bem em seu estudo, quando nos apresenta resultados que demonstram a importância da gestão hospitalar fornecer um clima de trabalho adequado para promover a SP, julgando-a como prioridade; além disso, a supervisão e a gerência levam em consideração as sugestões da equipe e elogiam os acertos sem negligenciar ou punir os erros, pelo contrário, buscam através deles levar à mudanças positivas avaliadas quanto a sua eficácia.

Entende-se que, falar sobre erros é quase um “crime” dentre profissionais e sociedade devido a percepção de que os mesmos devem ser sempre punidos, quando o erro é um comportamento esperado do ser humano, visto que pela perspectiva sistêmica, somos falhos e erros são esperados e por isso devem ser vistos como consequências e não causas; quando um erro acontece, o foco não deve ser em quem errou, mas como e porque ele errou, quais as barreiras existentes e como elas falharam no processo para que erros ocorressem. O movimento pela segurança do paciente enfatiza as falhas sistêmicas em vez de atribuir culpa aos profissionais, defendendo que, embora a natureza humana não possa ser alterada, as condições de trabalho podem ser ajustadas. (PRATES CG, et. al., 2021).

Sabe-se que, os profissionais que se encontram satisfeitos com a instituição sentem-se mais seguros e reconhecem a interferência de fatores estressores na execução de seu trabalho; deste modo, observa-se que os participantes são conscientes de que carga excessiva de trabalho, situações estressantes e cansaço podem comprometer a CSP, gerando situações propícias para a ocorrência de eventos adversos (GIRÃO ALA, et al., 2019). Ademais, concordam que as unidades hospitalares estão coordenadas de modo a oferecer o melhor atendimento aos pacientes, reconhecem que as informações importantes são comunicadas nas passagens de plantão e afirmam que os funcionários se relacionam como equipe e declaram que os procedimentos são bons para prevenir erros relacionados à SP (KRUSCHEWSKY NDF, et al., 2020).

Para Siman JB, et al. (2019) apresentam como potencialidades em seu estudo: 1) “Expectativas e ações da supervisão/chefia para a promoção da segurança do paciente”: apontando que a chefia leva em consideração as sugestões dos profissionais e que estão atentos aos problemas de segurança do paciente; 2) “Abertura para comunicação”: onde demonstra que os profissionais tem liberdade para dizer ao observar algo que possa afetar negativamente o cuidado do paciente.

A comunicação efetiva é uma prática complexa que requer uma grande interação social e exige participação ativa dos profissionais, gestores e paciente; ademais, a falta de comunicação pode provocar impactos à vida do paciente e consequências no campo profissional e pessoal, afetando na qualidade do serviço prestado. Um dos principais aspectos que chamam atenção no que se refere a comunicação efetiva é no momento da passagem de plantão, cuja comunicação entre profissionais é imprescindível para permitir a compreensão do Quadro clínico do paciente; logo, através do exercício correto da passagem de plantão, é possível a continuidade e padronização da assistência (SANTOS TO, et al., 2021).

Vale ressaltar que apesar dos estudos citados apresentarem esses aspectos como potencialidades que contribuem para a cultura de segurança do paciente se consolidar, os achados não são padrões para todos os serviços, visto que as realidades são diferentes e as condições nos quais os profissionais estão inseridos influenciam em seu comportamento.

Ademais, a cultura de segurança do paciente não sofre influência apenas dos aspectos positivos e potencialidades que a fortalecem; pelo contrário, é imprescindível reconhecer os aspectos negativos, tidos como fragilidades, de modo que possam ser direcionadas estratégias de acordo com a necessidade para prover melhorias à assistência prestada.

Fragilidades que interferem na Cultura de Segurança do Paciente

Estudo realizado por Campos LPS, et al. (2023), ao utilizar o instrumento HSOPSC apresenta algumas dimensões que são apontadas pelos profissionais como fragilidades, sendo elas: a) Resposta não punitiva aos erros: refere-se ao receio que os profissionais tem de que seus erros e as notificações de eventos adversos sejam usados contra eles; b) Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares: quando questionados sobre o trabalho em equipe com unidades diferentes da sua, os profissionais referem uma vulnerabilidade na cooperação; c) Percepções gerais sobre segurança: os profissionais reconhecem que existem problemas em seu ambiente de trabalho que influenciam na integridade da segurança do paciente.

Resultados semelhantes quanto a “Resposta não punitiva aos erros” foi encontrada por Kruschewsky NDF, et al. (2020), nos trazendo a reflexão que uma cultura justa é necessária para a CSP, visto o

reconhecimento dos erros como falhas sistemáticas e não individuais e, desse modo, indo contra uma cultura punitiva. Esses achados refletem diretamente quanto a frequência de notificação de eventos adversos, onde é observado que a maior parte dos profissionais não realizaram notificações nos últimos meses e, quando realizam, não é um dado fidedigno e essa atividade acaba sendo incumbida como exclusiva do enfermeiro (ZANELLI FP, et al., 2023; OLIVEIRA EM, et al., 2022).

Reconhecer a importância da notificação permite observar um potencial de melhoria para a segurança do paciente, que pode ser alcançado através de investimento na equipe, com estratégias que incluem educação permanente, estímulo as notificações e postura gerencial que não se apresente como punitiva; a gerência tem um papel imprescindível nessa etapa ao reforçar a necessidade de notificações, de modo a contribuir para melhorias no trabalho e permitir a integração entre assistência e gerência (LIMA MFS, et al., 2020).

Uma revisão integrativa realizada por Alves DFB, et al. (2021) apresentou estudos que também demonstraram escores negativos quanto a passagem de plantão, adequação profissional, abertura de comunicação e resposta não punitiva aos erros; esse achado influencia diretamente na frequência de notificação de EA, já que os profissionais acabam referindo em sua maioria o receio de que a ocorrência dos EA seja incluída em sua ficha profissional, como exposto na afirmação “Quando um evento é relatado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema” (SIMAN JB, et al., 2019).

A comunicação efetiva consiste em uma das metas internacionais de segurança do paciente e alguns dos fatores que a comprometem são as falas referentes à troca de informações entre os membros da equipe interprofissional, a troca de plantão, longas jornadas de trabalho que acarretam em sobrecarga profissional, registros ilegíveis e incompletos e a própria cultura organizacional do serviço. Além disso, a comunicação ineficaz é uma das principais causas da ocorrência da maioria dos EA e, conseqüentemente, a fragilização da cultura de segurança do paciente (SOUSA JBA, et al., 2020).

A dimensão “Profissionais” avalia se existe pessoal suficiente para lidar com a carga de trabalho e se a carga horária é adequada para atender os pacientes, sem que ocorra uma sobrecarga profissional; esse aspecto também foi encontrado de forma negativa no estudo realizado por Kruschewsky NDF, et al. (2020) que evidenciou em sua pesquisa a relação entre a sobrecarga profissional e as condições de trabalho, sendo reconhecido pelos profissionais que situações estressantes e cansativas podem comprometer a SP e estabelecer condições propícias para a ocorrência de ED, sendo necessário elaborar estratégias que visem contribuir para melhorar as condições de trabalho visando prevenir o desgaste físico e mental da equipe.

Outro item observado como fragilidade foi a “percepção da gerência”, que por sua vez denota a aprovação por parte dos profissionais quanto às ações da gerência referentes a segurança do paciente; tais percepções negativas refletem o descontentamento dos profissionais com os gestores, sendo evidente em discursos onde os profissionais afirmam não sentirem apoio em seu cotidiano, o que faz se sentirem desvalorizados podendo impactar no atendimento prestado (GIRÃO ALA, et al., 2019).

Um estudo realizado por Lemos GC, et al. (2022) utilizando o HSOPSC apresenta algumas dimensões frágeis, com destaque para “apoio da gestão para segurança do paciente”, observado a importância da liderança organizacional na consolidação da cultura de aprendizado com base no reconhecimento dos erros e falhas não para punir, mas como ferramenta de aprendizagem contínua. Vale ressaltar que é necessário o envolvimento da gerência, a priorização da segurança do paciente e a necessidade de manter o ambiente de trabalho propício para o diálogo aberto dos profissionais com a gestão, um ambiente não punitivo e treinamento contínuo, que juntos constituem em estratégias consideradas necessárias para impactar positivamente na segurança do paciente (LIMA MFS, et al., 2020).

Os estudos em sua maioria apresentam como fragilidade a percepção geral da segurança do paciente, como no estudo de Siman JB, et al. (2019) que apresentou grande parte de respostas negativas, notadamente quanto aos pontos “Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente” e “A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída”. Campos LPS, et al. (2023) apresentou esse mesmo ponto como fragilidade em seu estudo com o reconhecimento por parte dos profissionais de erros, lacunas e pontos frágeis que por sua vez levam a consequências mais sérias.

A partir do que foi exposto, ressalta-se a importância e a necessidade de realizar estudos na área da segurança do paciente que possam contribuir para reconhecer as potencialidades e fragilidades de cada serviço, buscando sempre desenvolver estratégias que visem melhorar as condições do atendimento prestado, avaliando sua eficácia, com foco no cliente e profissional que presta o serviço.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A cultura de segurança do paciente é um debate que ainda gera muitas controvérsias e discussões, principalmente por não ser bem compreendida pelos profissionais; em contrapartida, estudos como os que compuseram a amostra se tornam imprescindíveis para que os gestores reconheçam as necessidades de seu serviço, o que nos leva a reflexão sobre a necessidade e importância dos próprios serviços aplicarem esse tipo de instrumento com seus profissionais para conhecer sua realidade, sem que seja preciso que terceiros venham e façam essa pesquisa. Vale ressaltar que nossa amostra foi limitada apenas ao ambiente da unidade de terapia intensiva e que os resultados aqui encontrados não refletem o todo do hospital já que cada setor tem suas particularidades.

REFERÊNCIAS

1. ALVES DFB, et al. Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe multiprofissional: uma revisão integrativa. *Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental*, 2021; 13: 836-842.
2. ARAÚJO WCO. Recuperação da informação em saúde: construção, modelos e estratégias. *Convergências em Ciência da Informação*, 2020; 3(2): 100-134.
3. BOTELHO LLR, et al. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Revista Eletrônica Gestão e Sociedade*, 2011; 5(11): 121-136.
4. CAMPELO CL, et al. Cultura de segurança do paciente entre profissionais de enfermagem no ambiente da terapia intensiva. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2021; 55: e03754.
5. CAMPOS LSP, et al. Cultura de segurança: percepção dos enfermeiros de unidades de terapia intensiva. *Acta Paulista de Enfermagem*, 2023; 36: eAPE008532.
6. DIZ ABM, LUCAS PRMB. Segurança do paciente em hospital – serviço de urgência – uma revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2022; 27(5): 1803-1812.
7. GIRÃO ALA, et al. Cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva: percepção de profissionais de saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 2019; 21: 50649.
8. JUNIOR NJO, et al. Desafios da cultura de segurança em centro cirúrgico: estudo de métodos mistos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2024; 32: e4207.
9. KRUSCHEWSKY NDF, et al. Factores asociados con la cultura de seguridad del paciente en unidades de cuidados intensivos. *Revista Baiana de Enfermagem*, 2020; 34: e37150.
10. LEMOS GC, et al. Cultura de segurança do paciente em três instituições hospitalares: perspectiva da equipe de enfermagem. *Revista Baiana de Enfermagem*, 2022; 36: 43393.
11. LIMA MFS, et al. Cultura de segurança e notificação de eventos adversos em unidades de terapia intensiva. *Revista Enfermagem Atual In Dérmis*, 2020; 93(31): e-020034.
12. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 529, DE 1º DE ABRIL DE 2013. 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acessado em 04 de janeiro de 2025.
13. NWOSU ADG, et al. Patient safety culture in the operating room: a cross-sectional study using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) Instrument. *BMC Health Services Research*, 2022; 22: 1445.
14. OLIVEIRA EM, et al. Cultura de segurança do paciente e incidentes registrados durante as passagens de plantão de enfermagem em unidades de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 2022; 34(3): 386-392.
15. OLIVEIRA FDS, et al. Patient safety culture in the Operating Room of na emergency hospital in Amazonas: perspectives from the healthcare team. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 2024; 51: e20243743.

16. PRATES CG, et al. Cultura de segurança do paciente na percepção dos profissionais de saúde: pesquisa de métodos mistos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 2021; 42: e20200418.
17. PRIETO MMN, et al. Assessment of patient safety culture in Brazilian hospitals through HSOPSC: a scoping review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2021; 74(6): e20201315.
18. RODRIGUES TAS, et al. Cultura de segurança do paciente sob a visão de profissionais de uma instituição filantrópica. *Revista Enfermagem em Foco*, 2024; 15: e202461.
19. ROTTA ALO, et al. Análise da convergência do Safety Attitudes Questionnaire e do Hospital Survey on Patient Safety Culture. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2023; 76(1): e20210379.
20. SANTOS TO, et al. Comunicação efetiva da equipe multiprofissional na promoção da segurança do paciente em ambiente hospitalar. *Id onLine Revista Multidisciplinar e de Psicologia*, 2021; 15(55): 159-168.
21. SOUSA JBA, et al. Comunicação efetiva como ferramenta de qualidade: desafio na segurança do paciente. *Brazilian Journal of Health Review*, 2020; 3(3): 6467-6479.
22. SILVA BPAR, et al. Cultura de segurança em unidades de terapia intensiva na perspectiva da equipe multiprofissional: estudo multicêntrico. *Revista Enfermería Actual en Costa Rica*, 2024; 46: 58440.
23. SIMAN JB, et al. Cultura de segurança do paciente num centro de terapia intensiva segundo percepção da equipe multiprofissional. *Revista Saúde Coletiva*, 2019; 9(48): 1328-1336.
24. SOUZA MT, et al. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*, 2010; 8(1): 102-106.
25. VENTURA MWS, et al. Cultura de segurança do paciente em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: contribuições da equipe multiprofissional. *Revista Brasileira Saúde Materno-Infantil*, 2022; 22(2): 323-335.
26. ZANELLI FP, et al. Cultura de segurança do paciente: visão da equipe de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2023; 23(1): e11399.