

Cultura de segurança em unidades de terapia intensiva: perspectiva dos profissionais de saúde



*Patient safety culture in intensive care units:
perspective of health professionals*

*Cultura de seguridad en unidades de terapia intensiva:
perspectiva de los profesionales de salud*

Catharine Silva de Souza^a
Jamila Geri Tomaschewski-Barlem^a
Laurelize Pereira Rocha^a
Edison Luiz Devos Barlem^a
Thiago Lopes Silva^a
Bruna Ruoso da Silva Neutzling^a

Como citar este artigo:

Souza CS, Tomaschewski-Barlem JG, Rocha LP, Barlem ELD, Silva TL, Neutzling BRS. Cultura de segurança em unidades de terapia intensiva: perspectiva dos profissionais de saúde. Rev Gaúcha Enferm. 2019;40(esp):e20180294. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180294>.

RESUMO

Objetivo: Conhecer a cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva.

Método: Estudo qualitativo, exploratório-descritivo, realizado com cinco médicos, cinco enfermeiros e 24 técnicos de enfermagem atuantes em unidades de terapia intensiva de duas instituições hospitalares do sul do Brasil, uma pública e uma filantrópica. Realizaram-se entrevistas semiestruturadas no período de setembro e outubro de 2016, analisadas por meio da análise textual discursiva.

Resultados: Emergiram duas categorias: Percepção sobre o erro e Gestão do erro.

Conclusão: Evidenciou-se que os profissionais reconhecem a existência do erro na assistência à saúde e atribuem a sua ocorrência a falhas individuais e do sistema organizacional, além de estimularem uma cultura não punitiva e o aprendizado coletivo.

Palavras-chave: Enfermagem. Segurança do paciente. Cultura organizacional. Unidades de terapia intensiva.

ABSTRACT

Objective: To identify the patient safety culture in intensive care units.

Method: This qualitative, exploratory-descriptive study was conducted with five physicians, five nurses and 24 nursing technicians working in the intensive care units of two hospitals in the South of Brazil: one public and one philanthropic. Semi-structured interviews were held in September and October 2016 and analyzed using discursive textual analysis.

Results: Two categories emerged: Perception of error and Error management.

Conclusion: The professionals acknowledge the existence of errors in health care and assign their occurrence to individual failures and failures accruing from the organizational system but support a non-punitive culture of safety and encourage collective learning.

Keywords: Nursing. Patient safety. Organizational culture. Intensive care units.

RESUMEN

Objetivo: Conocer la cultura de seguridad del paciente en unidades de terapia intensiva.

Método: Estudio cualitativo, exploratorio-descriptivo, realizado con cinco médicos, cinco enfermeros y 24 técnicos de enfermería actuantes en unidades de terapia intensiva de dos instituciones hospitalarias del sur de Brasil, una pública y una filantrópica. Se realizaron entrevistas semiestruturadas en el período de septiembre y octubre de 2016, analizadas por medio del análisis textual discursivo.

Resultados: Surgieron dos categorías: Percepción sobre el error y Gestión del error.

Conclusión: Se evidenció que los profesionales reconocen la existencia del error en la asistencia a la salud y atribuyen su ocurrencia a fallas individuales y del sistema organizacional, además de estimular una cultura no punitiva y el aprendizaje colectivo.

Palabras clave: Enfermería. Seguridad del paciente. Cultura de la organización. Unidades de cuidados intensivos.

^a Universidade Federal do Rio Grande (FURG), Escola de Enfermagem. Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil.

■ INTRODUÇÃO

A abordagem da segurança do paciente no ambiente hospitalar, associada à busca pela melhoria da qualidade da assistência das instituições de saúde, vem adquirindo força nos últimos anos. Nesse contexto, a segurança do paciente tem sido considerada um objetivo global e importantes iniciativas vêm sendo desenvolvidas visando adequar as instituições de saúde às necessidades de segurança dos pacientes⁽¹⁻²⁾.

No âmbito nacional, uma das iniciativas relacionadas à promoção da segurança do paciente refere-se à Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, a qual lança o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Tal programa possui como um de seus objetivos qualificar o cuidado em saúde, apoiando a implementação de práticas seguras, fundamentadas em protocolos básicos, promovendo, assim, a cultura de segurança nas instituições de saúde⁽³⁾.

A cultura de segurança incentiva os profissionais a serem responsáveis por seus atos e a desenvolverem um novo olhar sobre os eventos adversos, assegurando a imparcialidade e o abandono de práticas punitivas e de culpabilização dos profissionais que cometem algum evento adverso não intencional⁽⁴⁻⁵⁾. Com isso, busca-se tentar modificar a representação social de que os profissionais de saúde não erram⁽³⁻⁶⁾. A cultura de segurança é percebida de forma distinta pelos diferentes profissionais de saúde e pelos próprios gestores de uma mesma organização, de forma que conhecer a cultura de segurança do ambiente em que é prestada a assistência a saúde constitui um aspecto imprescindível para que se possam realizar melhorias de maneira efetiva⁽²⁾.

A avaliação da cultura de segurança de um ambiente de saúde possibilita o reconhecimento das principais fragilidades presentes na instituição hospitalar, oportunizando a implementação de estratégias que incentivem os profissionais a abandonarem as práticas de punição diante da ocorrência de um evento adverso. Assim sendo, contribui-se para a promoção de um cuidado seguro, no intuito de atingir resultados pertinentes aos pacientes, evitando, assim, os riscos de danos desnecessários decorrentes do cuidado em saúde e tornando a segurança do paciente uma prioridade⁽⁷⁾.

Dessa forma, realizar uma promoção da cultura de segurança do paciente é tornar o hospital um lugar mais seguro, proporcionado aos profissionais a identificação e o relato das falhas cometidas, possibilita-se, assim, a visualização da oportunidade de melhorar o processo de cuidado em saúde, bem como das fragilidades que envolvem esse meio, visando à construção de uma cultura positiva e forte dentro das instituições de saúde⁽⁸⁾.

Entre os diferentes ambientes onde a assistência à saúde é prestada, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) merece destaque no que se refere às questões relacionadas à segurança do paciente. Em virtude de suas próprias características, é considerada como um cenário assistencial de alto risco, devido principalmente à complexidade clínica dos pacientes atendidos e dos procedimentos terapêuticos adotados. Logo, as especificidades da UTI exigem múltiplos cuidados visando garantir a segurança do paciente, o que demanda a realização de iniciativas que fortaleçam a cultura de segurança em tais ambientes⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Infelizmente, embora indesejável, a cultura de segurança negativa, ou seja, a cultura punitiva, ainda é uma realidade vivida por enfermeiros de UTI. Entretanto, este tipo de cultura deve ser superada diante da ocorrência de um evento adverso, para que possam ser implementadas melhorias para a segurança do paciente crítico⁽¹¹⁾.

Existe na literatura um grande número de estudos quantitativos que utilizam instrumentos de coleta de dados já validados e que traçam de forma ampla um perfil da cultura de segurança presente em ambientes hospitalares⁽¹¹⁻¹²⁾. No entanto, apesar desses estudos serem de extrema relevância, ainda existe a necessidade de que sejam realizados estudos de natureza qualitativa, para que se possa compreender com profundidade os aspectos relacionados a essa temática, justificando, assim, a realização desse estudo.

Diante do exposto, buscando compreender as questões que envolvem o fenômeno da cultura de segurança do paciente, emergiu a seguinte questão de pesquisa: Qual a cultura de segurança presente em unidades de terapia intensiva? Tal questão justifica-se pela necessidade de realizar estudos de natureza qualitativa e compreender com profundidade os aspectos acerca dessa temática. Teve-se como objetivo: conhecer a cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva.

■ MÉTODO

Em termos metodológicos, trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo exploratório-descritiva, fruto da dissertação⁽¹²⁾ intitulada “Cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva” apresentada ao programa de pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande. A mesma foi realizada em duas UTIs gerais de duas instituições hospitalares do sul do Brasil, das quais uma se caracteriza como um hospital filantrópico, com um total de 251 leitos e, a outra como um hospital público, universitário, com um total de 195 leitos.

A UTI geral pertencente ao hospital filantrópico conta com 10 leitos, dos quais três são de UTI Intermediária. O

foco do atendimento dispensado volta-se principalmente para os diagnósticos de politraumatizados, acidente vascular cerebral, pós-cirúrgicos, pacientes oncológicos, entre outros. Atuam nesta UTI, nove enfermeiros, 27 técnicos de enfermagem e nove médicos. Já a UTI geral pertencente ao hospital público conta com seis leitos destinados a pacientes acometidos pelas mais diversas patologias, com foco do atendimento a patologias infecto-parasitárias. Nessa unidade, atuam seis enfermeiros, 19 técnicos de enfermagem e dez médicos plantonistas.

Os participantes desta pesquisa foram cinco enfermeiros, 24 técnicos de enfermagem e cinco médicos, selecionados por meio de amostragem não probabilística por conveniência. Os critérios para a seleção dos participantes limitaram-se a ser profissional enfermeiro, técnico de enfermagem ou médico; atuar profissionalmente há pelo menos seis meses nas unidades pesquisadas; ter disponibilidade para responder ao guia de entrevista. Os critérios de exclusão limitaram-se à ausência do trabalhador no local, no momento de coleta de dados devido a férias, afastamento ou licença e ser funcionário folguista ou ferista, visto que esses profissionais vivenciam uma alta rotatividade de setores, fato que dificulta os mesmos de vivenciar aspectos relativos à compreensão da cultura de segurança do paciente no ambiente da UTI.

Deste modo, a coleta de dados ocorreu nas duas UTIs gerais, no período de setembro e outubro de 2016, no ambiente de trabalho e em horários indicados de acordo com a preferência dos participantes. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, gravadas, com duração média de 30 minutos, contendo questões fechadas para a caracterização dos sujeitos, e questões abertas, enfocando aspectos relacionados à cultura de segurança do paciente no local de trabalho.

O processo de análise dos dados, obtidos por meio das transcrições das entrevistas, foi realizado a partir da análise textual discursiva, a qual compreende uma metodologia de análise de dados qualitativos que tem por finalidade produzir novas compreensões sobre discursos e fenômenos. Foram seguidas três etapas: a unitarização dos textos; o estabelecimento de relações; e a captação do novo emergente, focalizando a construção de um processo auto-organizado⁽¹³⁾.

A unitarização consistiu na imersão do pesquisador nas transcrições das entrevistas realizadas, mediante a desconstrução do texto e sua fragmentação em unidades de significado, as quais foram reescritas de modo que assumissem um significado mais completo possível. Após a realização da unitarização, efetuou-se a articulação de significados semelhantes, o que constitui o processo de esta-

belecimento de relações ou categorização. A última etapa da análise, captação do novo emergente, englobou a descrição e interpretação dos sentidos e significados construídos a partir do texto, o que permitiu a produção de novos entendimentos sobre a cultura de segurança em unidades de terapia intensiva⁽¹³⁾.

Os aspectos éticos foram respeitados, conforme as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de forma que o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa local (Parecer n. 126/2016). A justificativa, os objetivos e os procedimentos utilizados na pesquisa foram apresentados aos participantes por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os depoimentos estão identificados pela letra E (enfermeiro), TE (técnico de enfermagem), M (médico), seguida de um número sequencial (E1 a E5; M1 a M5; T1 a T24).

■ RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da caracterização dos trinta e quatro participantes, constatou-se que sua idade variou entre 22 e 61 anos, sendo que 31 eram mulheres e o tempo de atuação profissional variou entre seis meses e 39 anos. Do total, 24 profissionais atuavam no hospital filantrópico e dez no hospital público.

A partir da análise dos dados, emergiram duas categorias, apresentadas a seguir: percepção sobre o erro e gestão do erro.

Percepção sobre o erro

Nessa categoria, foi possível evidenciar a percepção dos diferentes profissionais de saúde acerca da questão do erro humano no processo de trabalho em saúde. Assim, verificou-se que os profissionais de saúde, de maneira geral, reconhecem a possibilidade do erro na assistência à saúde, atribuindo sua ocorrência tanto a falhas individuais quanto a falhas do sistema.

Os profissionais de saúde entrevistados relataram que o erro é humano e que para minimizar os riscos aos quais os pacientes estão expostos são necessárias medidas institucionais, que vão desde a capacitação profissional até a implementação de normas técnicas, o que demonstra um aspecto positivo em relação à cultura de segurança nas unidades de terapia intensiva pesquisadas. Contudo, verificou-se que alguns profissionais de saúde ainda apresentam certa dificuldade em aceitar ou reconhecer a existência de erros em seu local de trabalho, aparentemente negando sua ocorrência, o que pode comprometer a cultura de segurança.

O erro existe. Existem normas que caracterizam os erros. Os erros médicos se dão por imprudência, imperícia e negligência. E isso ocorre com muita frequência. O que passa é que existem leis, existem códigos que devem ser seguidos, as leis devem ser cumpridas e a gente tem que estar dentro daquele campo delimitado por essas normas. Nunca vai se atingir a segurança 100%, mas se pode diminuir muito o risco, na medida em que tu te distancias do perigo e te aproximadas da segurança. Então, eu acho que os nossos pacientes são expostos a muitos riscos por falta de capacitação do pessoal, de todo o pessoal, desde a funcionária que lava o chão até o chefe da UTI (M01).

Os erros sempre têm em todas as equipes. Não sei se, às vezes, eu consigo ver mais do que algumas outras colegas. Mas erro sempre tem. Nós somos humanos (E03).

No meu turno eu não vejo nada de errado. Pelo menos até agora, em todos esses anos que estou aqui, sempre trabalhei de noite, nunca ouvi falar nada, nem no meu turno, nem no turno das gurias. Acho que não tem nada (TE24).

A ocorrência dos erros foi atribuída pelos profissionais de saúde tanto a falhas individuais quanto a falhas do sistema, o que se mostra favorável na busca por uma cultura de segurança positiva. No tocante às falhas do sistema, os participantes relataram que tanto a falta de capacitação dos funcionários e a falta de normas e rotinas específicas para promover a segurança do paciente quanto a desvalorização profissional, a sobrecarga e as precárias condições de trabalho às quais os profissionais de saúde estão expostos podem contribuir para a ocorrência de erros no ambiente de terapia intensiva.

(...) propostas de curso, de capacitação, de treinamento, (...) a primeira atitude do enfermeiro ao chegar na unidade seja reunir o pessoal e falar cinco minutos sobre alguma coisa de algum assunto, isso pode provocar uma mudança de cultura, mas isso requer tempo e que as pessoas estejam bem, com um salário bom, com as contas pagas, com a saúde em dia, e assim por diante. Tu não podes ter um trabalhador que trabalha na UTI em Síndrome de Burnout, que é o que acontece frequentemente. Os caras estão hipertensos, estão com dor no peito, com dor de cabeça, estão irritados, não conseguem pagar as contas, ninguém consegue trabalhar assim. As nossas instituições são muito frágeis, são muito ruins e não se aperceberam ainda que o principal patrimônio que elas têm são as pessoas (M01).

Acho que a conscientização, o reconhecimento da importância desses atos; mas não somente isso, mas uma implementação de um sistema de protocolo e de ações em harmonia com a instituição, com a hierarquia, com todas as etapas e a equipe de enfermagem. Também não adianta um profissional que está diretamente lidando com o paciente, ser responsável por isso [pelo erro]. Acredito que se você permite que aumente a sobrecarga de pacientes ou a sobrecarga de horário de trabalho do trabalhador, você também é responsável do erro que ele possa a vir a cometer (TE05).

O trabalho em uma unidade de terapia intensiva foi considerado um fator positivo pelos participantes da pesquisa em relação à promoção da segurança do paciente, uma vez que tanto a estrutura quanto a dinâmica de tal unidade permitem um maior controle sobre os cuidados realizados aos pacientes, minimizando a ocorrência de erros e eventos adversos. Do mesmo modo, os profissionais de saúde relataram realizar um cuidado centrado no paciente, pautado na comunicação aberta e articulado por uma equipe multiprofissional, os quais favorecem o desenvolvimento de uma cultura de segurança.

A UTI é uma unidade crítica, acontecem muitas coisas complexas e tudo ao mesmo tempo, mas de uma forma geral a assistência prestada é organizada, então nós enfermeiros conseguimos ter um controle maior sobre tudo o que acontece com os pacientes, por isso conseguimos diminuir ou minimizar a ocorrência de diversos erros (E02).

É que nem sempre tu tens uma forma, tu tens material, tu tens condições. Nós aqui, até que somos privilegiados, nós temos uma boa cama, com segurança, um local fechado, estamos sempre juntos, sempre olhando o paciente, eu acho que é mais fácil tu dar essa segurança ao paciente, mas se tu sair ali na porta a situação já é diferente, porque é em cima de uma maca, de uma cadeira, então pode acontecer uma queda, porque são pacientes que se agitam, se descompensam e nós temos um número bem menor (TE20).

Eu percebo [os erros], mas é mais difícil acontecer. Aqui dentro da UTI, acredito que não estamos tão expostos aos erros, acredito que comparando, pelo menos aqui nesse hospital, o andar [enfermaria] lá eles são muito mais expostos a erros. Acredito que sendo uma UTI e tendo só paciente crítico, mesmo assim, é um local mais seguro para o paciente de se trabalhar do que no andar [enfermaria], porque aqui é tudo mais organizado, a gente não corre

tanto de um lado para o outro. Quando tu tens uma intercorrência com um paciente, tu sabes que vais ter uma equipa completa, não é eu e meu paciente que estaremos em uma intercorrência, é o paciente e uma equipa inteira para atender, então é o leito tal que está em intercorrência, então o resto da equipa toda vai para ali, então a chance de errar diminui, porque sempre um está ajudando o outro (TE01).

Em relação às falhas individuais, os profissionais de saúde atribuem a ocorrência de eventos adversos à falta de atenção e à negligência dos profissionais em relação aos cuidados, principalmente, nas etapas de prescrição, preparo e administração de medicamento. Contudo, evidenciou-se que os profissionais de saúde entrevistados diferenciam os trabalhadores cuidadosos daqueles que tem um comportamento de risco consciente, o que demonstra que a cultura justa vem sendo considerada no ambiente pesquisado.

Acredito que os erros que mais acontecem ainda são em relação a algum engano quanto a alguma medicação, relacionado a alguma dose, que não fique bem clara na prescrição, ou que alguma das técnicas faça confusão, mas de resto é bem tranquilo (E02).

Na maioria das vezes, o erro é por negligência e não por falta de conhecimento. Não fazem algumas coisas porque não querem, não porque não sabem. Aqui mesmo, nós temos uma prescrição de enfermagem que, muitas vezes, nem é lida, e que acaba passando algumas coisas que não passariam se aquilo tivesse a devida importância (E03).

(...) eu vejo que como o pessoal tem experiência e o pessoal sabe a atuação profissional durante determinado tempo, quando ocorre [o erro] tu percebe quando foi um desgaste que ocasionou isso ou uma sequência de erros que ocasionou essa questão. Então, acho que tem uma credibilidade e quando ocorre sabe-se que foi, infelizmente, um acontecimento que não teve a previsão do ato ou da ação (TE23).

Ainda mais se é um erro que aconteceu e tu já foi conversar com aquela pessoa... Já foi conversado, já foi falado diversas vezes, aí acontece esse erro. Nesse caso, foi realizada a troca dos funcionários da unidade, mas isso porque a conversa não adiantou. Esse acontecimento acabou sendo a gota d'água, realmente não tinha mais jeito, nem solução, era necessário tomar uma atitude um pouco mais drástica, então os funcionários desse caso foram trocados de setor (E01).

Por fim, os profissionais de saúde entrevistados manifestaram os sentimentos que emergem a partir da ocorrência de erros na unidade de terapia intensiva, tanto aqueles cometidos pelo próprio entrevistado como aqueles vivenciados no trabalho em equipe. Desse modo, sentimentos de culpa, tensão, medo, raiva e vergonha foram elencados pelos profissionais após a ocorrência de erros. Entretanto, a vivência de tais sentimentos não parece comprometer a cultura de segurança, visto que a comunicação dos erros foi referida por todos os profissionais, visando sempre o aprendizado coletivo.

Presenciar um erro me deixa tensa, porque eu fico naquela: falo ou não falo para minha chefia que a minha colega errou ou fico do lado da minha colega? Em primeiro lugar é o paciente. E quando eu erro também, fico na mesma situação de ficar tensa e não saber o que fazer. Na hora de comunicar a enfermeira, dá um medo, por que tu pensas: e agora? O que vai acontecer com o paciente e o que vai acontecer comigo? Mas de qualquer forma eu comunico (TE05).

Dependendo do erro, primeiro a gente tem a vergonha da enfermagem em si, mas a gente tem aquele choque da vergonha alheia, da vergonha da classe, mas a gente tenta usar esse erro para alguma coisa. A gente tenta não punir, que isso, na verdade não é o correto. A gente tenta usar dessa forma: hoje aconteceu esse erro, então vamos ver alguma coisa que a gente possa fazer para esse erro não acontecer mais, se conversa com todas as equipes (E01).

Gestão do erro

Nesta categoria, são apontados os aspectos relativos à gestão do erro nas unidades de terapia intensiva pesquisadas, contemplando a ação dos profissionais diante da ocorrência de um erro ou evento adverso. Assim, foi possível evidenciar que os profissionais de saúde buscam a transparência nas ações e condutas realizadas diante da ocorrência dos erros, por meio da comunicação e, defendem a cultura justa em detrimento da cultura punitiva.

Verificou-se que os profissionais de saúde afirmaram identificar, comunicar e buscar a resolução dos problemas relacionados à segurança nas unidades de terapia intensiva, evidenciando aspectos positivos da cultura de segurança em tais unidades. Assim, foi possível perceber que os profissionais de saúde diante da ocorrência do erro, atuam comunicando a chefia da unidade, os colegas e os pacientes e familiares.

A primeira coisa que eu faço é comunicar os enfermeiros, e depois o médico. Tem que sempre comunicar, para que aquele erro seja revertido o mais rápido possível (...) O erro sempre é construtivo, o erro sempre deve ser comunicado. O erro serve para ajudar a ensinar os outros, além de acrescentar para os outros, serve para te ensinar (TE01).

Quando ocorre algum erro eu sempre acabo falando para a chefia, e se for erro de algum colega, eu converso com ela. Eu comunico o erro para ver o que pode ser feito. Agora mesmo eu cometi um erro, a paciente era diabética e eu dei café com açúcar. Já avisei a enfermeira, que o HGT vai lá em cima e eu sei que isso prejudica o paciente. Eu acho que a partir do momento que ocorre (um erro), e isso todos estão cientes que possa vir a acontecer, é reconhecer e agir conforme a necessidade. Se houve um erro, o que esse erro proporciona, o que isso pode ocasionar de perigo, de dano ao paciente e tentar minimizar e corrigir, informando (TE05).

A gente não tem essa política de punição, isso nunca teve. A gente chama, a gente conversa e tenta passar o erro, não expondo a pessoa que errou, mas tentando fazer com que esse erro não aconteça mais, tentando arrumar formas para que isso não aconteça (E01).

Além disso, os profissionais de saúde referiram que buscam o aprendizado organizacional a partir da ocorrência dos erros e consideram a punição individual uma ação incorreta. Tais profissionais afirmaram que a ocorrência de um erro provoca uma mudança positiva nas ações de todos os membros da equipe de saúde, suscitando o comprometimento com a segurança do paciente.

A proposta não é punir ninguém. Porque ninguém faz nada errado porque quer, faz errado por falta de cultura, de supervisão, de capacitação, por falta de treinamento e porque as pessoas perdem muito tempo com coisas que não interessam ao funcionamento da unidade. Eu acho que uma das nossas funções, que atuam em chefia, é caracterizar e apontar as dificuldades e tentar resolvê-las racionalmente, sem punir ninguém, porque o objetivo não é a punição, o objetivo é a melhora. E a melhora só vai ocorrer, no momento em que a gente tentar persuadir a pessoa que cometeu o erro de que aquilo pode ser encaminhado de forma melhor na próxima oportunidade (M01).

Quem aprende não é só aquela pessoa que errou, a equipe inteira pode aprender com o erro. Porque na hora de fazer o procedimento tu podes lembrar o que aconteceu e se a

pessoa fez algo errado, tu não vai querer fazer o mesmo. Quando acontece um erro, alguma coisa sempre muda, uma mudança positiva, porque tu ficas mais atento, fica com medo de que aconteça de novo a mesma coisa (TE05).

A gente sempre tira alguma coisa. Eu tiro pelo menos. Sempre vai se prestar mais atenção naquilo, naquele fato depois que aconteceu um erro. E, com certeza, isso serve para toda a equipe. A gente sempre aprende como um todo (TE15).

Apesar de a punição individual ter sido considerada uma ação incorreta pelos profissionais de saúde, alguns participantes relataram que já se sentiram punidos ao cometerem um erro, o que pode despertar sentimentos negativos no profissional e comprometer a cultura de segurança. Além disso, os profissionais informaram que mesmo após a ocorrência de uma mudança positiva diante da ocorrência de um erro, a transformação no processo de trabalho acontece de forma lenta e, em determinados casos, a mesma não se apresenta de forma duradoura, o que demanda um maior investimento na promoção da cultura de segurança nas unidades pesquisadas.

Um erro é um erro normal, mas sempre esse erro vai ser bem falado, muitas vezes, para não se repetir, e uma punição às vezes acontece também, que é uma coisa que nem sempre é certa. O erro acaba sendo uma coisa que fica frisada, o problema é quando todo mundo sabe que foi tu que errou, te olham com olhos de que tu é o culpado, é o errado e, de fato, tu é o errado. Isso acaba atrapalhando um pouco o desenvolvimento da equipe (TE01).

Às vezes, as pessoas começam a fazer certo no início, mas daqui a pouco já estão fazendo errado de novo. É normal. Geralmente, a nossa enfermeira chefe chama, conversa com todo mundo, mostra o que aconteceu de errado. Às vezes, funciona por um tempo (TE07).

A avaliação da cultura de segurança constitui-se de um processo contínuo e que proporciona melhorias na segurança do paciente no contexto das instituições de saúde. Uma cultura de segurança positiva pode ser compreendida como um fator de comportamento dos profissionais, em que os mesmos devem ter a consciência de que o ser humano está sempre suscetível ao erro.

No presente estudo, foi possível evidenciar que os participantes da pesquisa reconhecem a possibilidade do erro durante a assistência à saúde, percebendo, desta forma, que os profissionais são falíveis e capazes de cometer erros,

tanto por falhas consideradas individuais como do sistema organizacional, fato este que auxilia no fortalecimento da cultura de segurança. No entanto, observa-se que alguns profissionais ainda demonstram dificuldade em reconhecer a existência de erros, acreditando que eles não ocorrem em seu local de trabalho, o que ainda pode ser visualizado como um comportamento negativo para a segurança do paciente, visto que o reconhecimento da possibilidade da ocorrência do erro é imprescindível para uma cultura de segurança positiva.

Muitos autores realizaram estudos sobre os erros em saúde. Entre eles, destaca-se James Reason, que ampliou as discussões sobre o erro e o comportamento humano, admitindo e divulgando em suas publicações, que todos os seres humanos são falíveis. Logo, considerando que os profissionais de saúde podem cometer erros, os serviços de saúde necessitam reorganizar seus modelos assistenciais, construindo mecanismos que minimizem a ocorrência destes⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

A problemática do erro humano pode ser visualizada sob duas formas diferentes: na perspectiva da pessoa ou do sistema. A primeira se fundamenta em ações realizadas pelos profissionais de forma insegura ou a partir de momentos de desatenção e imprudência. Já a perspectiva do sistema centra-se na concepção de que os erros podem ocorrer nas melhores instituições, pois os seres humanos são passíveis de falhas. Dessa forma, os erros são vistos como consequências e não como causas, além de originarem-se, na maior parte das vezes, a partir de fatores considerados sistêmicos⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

Apesar dos participantes do estudo atribuírem a ocorrência de erros durante a realização da assistência à saúde a falhas individuais, como falta de atenção e negligência profissional, os mesmos conseguem diferenciar os trabalhadores que são cuidadosos e dedicados daqueles que apresentam um comportamento considerado de risco, o que demonstra a existência de uma cultura justa nos ambientes estudados. A cultura justa pode ser conceituada como um modelo que tenta, ao longo do processo de trabalho, diferenciar os trabalhadores que apresentam uma postura profissional competente e cuidadosa, e que por alguma falha acabam errando, dos profissionais que possuem de fato um comportamento injustificadamente arriscado⁽²⁻¹⁴⁾.

Assim, uma cultura baseada na justiça, além de identificar de forma adequada cada perfil profissional, reconhece os erros como falhas não somente individuais, mas também como decorrentes, em muitos casos, do sistema organizacional em que o trabalhador encontra-se inserido⁽²⁻⁶⁾. Neste estudo, no que se refere às falhas do sistema, foi possível perceber que os participantes consideram que

fatores como a desvalorização profissional, a sobrecarga e as condições precárias de trabalho as quais estão expostos podem acabar contribuindo para a ocorrência de erros nos ambientes pesquisados.

É evidente que a inadequação tanto quantitativa como qualitativa dos profissionais pode acabar possibilitando uma maior ocorrência de falhas durante a assistência prestada. No sul do Brasil, evidenciou-se que existe uma associação significativa entre a carga de trabalho da equipe de enfermagem e a ocorrência de eventos adversos, como, por exemplo, queda do leito e infecções relacionadas a cateteres venosos centrais, o que demonstra o impacto negativo para a segurança do paciente⁽¹⁷⁾.

Desta forma, no intuito de melhorar o processo de assistência em saúde prestada aos pacientes e minimizar os riscos aos quais os mesmos estão expostos durante o cuidado, recomendam-se ações com a finalidade de prevenir situações de risco. Assim, são exemplo dessas medidas as definições de protocolos, a disponibilização de materiais e equipamentos com qualidade e em quantidade adequada, a valorização profissional e a possibilidade de treinamentos e capacitações⁽¹⁰⁾. A falta desses elementos pode acarretar em erros e na dificuldade de realização de um cuidado seguro, fatos estes que podem prejudicar a segurança do paciente e impactar na saúde dos indivíduos.

Há que se destacar que existe nos estabelecimentos de saúde uma cultura predominante de que a ocorrência de um erro é de total responsabilidade do profissional que o cometeu. Assim, muitos profissionais de saúde se sentem culpados por determinadas situações e acabam vivenciando sentimentos de tensão, medo, raiva e vergonha, como foi possível perceber nos resultados deste estudo.

Enfermeiros intensivistas, em São Paulo, diante da ocorrência de eventos adversos, afirmaram existir a presença de punição no seu local de trabalho, gerando sentimentos negativos de vergonha e medo⁽¹¹⁾. Tal fato corrobora com os achados deste estudo, em que foi possível visualizar que, apesar da punição individual ter sido considerada uma ação incorreta pelos trabalhadores entrevistados, alguns relataram que já se sentiram punidos diante de um erro, o que prejudica a implementação de uma cultura de segurança positiva.

Embora indesejável, o histórico de punições aos profissionais que prestam assistência à saúde perante a ocorrência de erros e eventos adversos dificulta a promoção de uma cultura de segurança adequada dentro das instituições. Logo, é necessário que as organizações de saúde incentivem os profissionais de saúde a serem responsáveis por seus atos e a adotarem um comportamento ético e de aprendizagem contínua⁽⁵⁾.

Como ponto positivo à cultura de segurança, verificou-se que embora os profissionais de saúde ainda visualizem aspectos relacionados à punição nos ambientes de trabalho, os mesmos referiram que priorizam a transparência em suas condutas perante um evento adverso. Para tanto, procuram sempre dialogar, por meio de uma comunicação clara e efetiva, sobre os erros cometidos e buscar a resolução dos problemas relacionados à segurança do paciente, incentivando, desta forma, o aprendizado organizacional.

Logo, a comunicação efetiva entre a equipe da Unidade de Terapia Intensiva é um elemento que pode impactar de modo positivo para a promoção e o desenvolvimento de uma cultura de segurança do paciente. Nesse sentido, a comunicação do erro apresenta uma relevância extrema, já que as falhas durante o processo de diálogo podem comprometer a continuidade da assistência e colocar em risco a segurança do paciente⁽¹⁸⁻²⁰⁾

Outro fator positivo a ser destacado, que foi identificado pelos profissionais deste estudo como um aspecto contribuinte à cultura de segurança, é o processo de trabalho desenvolvido na unidade de terapia intensiva, na medida em que a dinâmica desta unidade possibilita um maior controle sobre os cuidados prestados aos pacientes críticos, o que facilita a prevenção da ocorrência de erros e eventos adversos.

A unidade de terapia intensiva, apesar de ser considerada uma unidade de trabalho complexa e com diversos fatores estressantes, devido a gravidade do quadro clínico apresentado pelos pacientes internados e das diversas tecnologias utilizadas, possui como representação, a partir da visão de trabalhadores de enfermagem, a garantia de uma assistência prestada com qualidade. Logo, promover um ambiente de trabalho que permite aos profissionais a oportunidade de participação é fundamental, no intuito de estabelecer um espaço em que os mesmos possam cooperar, apresentando suas opiniões e questionamentos acerca da segurança do paciente, possibilitando, assim, a promoção de ações e comportamentos que visem mudanças no cenário das instituições de saúde, pautadas na cultura de segurança do paciente⁽²⁰⁾

A cultura de segurança é percebida de forma distinta pelos diferentes profissionais de saúde e pelos gestores de uma mesma organização. Portanto, destaca-se que promover a cultura de segurança do paciente dentro de instituições hospitalares é um fenômeno complexo, constituído por inúmeros desafios, o que exige compromisso e dedicação dos envolvidos. Assim, se faz necessário incentivar a adoção de estratégias para o desenvolvimento de uma cultura de segurança positiva, o que auxiliará a

oportunizar a construção de novas práticas assistenciais em saúde⁽²⁾

■ CONCLUSÃO

A partir da realização deste estudo, foi possível evidenciar a percepção e a gestão sobre o erro humano no processo de trabalho na perspectiva dos diferentes profissionais de saúde. Dessa forma, verificou-se que os profissionais reconhecem a existência do erro na assistência à saúde e atribuem a sua ocorrência a falhas individuais e do sistema organizacional. Além disso, como forma de gestão do erro, estimulam uma cultura não punitiva, que tenha como base uma comunicação voltada para o aprendizado coletivo.

Logo, conclui-se que os serviços que prestam qualquer tipo de assistência à saúde necessitam implementar um modelo de gestão que possua como um de seus focos a segurança do paciente. Para tanto, a realização de um acompanhamento sistemático da cultura de segurança permite auxiliar no reconhecimento das fragilidades do sistema, o que se constitui uma oportunidade de melhorar a assistência à saúde.

Por fim, como limitação do estudo, evidencia-se que esses resultados não podem ser generalizados, uma vez que o mesmo foi realizado em unidades de terapia intensiva de um único município da região sul do Brasil, as quais possivelmente não se assemelham às múltiplas realidades de saúde do país. Assim, indica-se a realização de outras pesquisas que possam auxiliar na compreensão da cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva.

■ REFERÊNCIAS

1. Sartor DG, Silva FB, Masiero VA. A segurança do paciente em hospitais de grande porte: panorama e desafios. *Cogitare Enferm.* 2016;(21)1:01-08. doi: <https://doi.org/10.5380/ce.v21i5.45644>.
2. Wachter RM. *Compreendendo a segurança do paciente.* 2. ed. Porto Alegre: AMGH; 2013.
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília (DF); 2013 [citado 2017 abr 6]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html.
4. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Resolução - RDC Nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília (DF); 2013 [citado 2017 abr 6]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html.
5. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília (DF); 2013 [citado 2014 abr 6]. Disponível em: https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/1%20Assist%C3%Aancia%20Segura_%20Uma%20reflex%C3%A3o%20te%C3%B3rica%20aplicada%20%C3%A0%20pr%C3%A1tica.pdf.

6. Sammer CE, Lykens K, Singh S, Mains DA, Lacka NA. What is Patient Safety Culture? A review of the literature. *J Nurs Scholarsh* [Internet]. 2010;42 (2):156-65. doi: <https://https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2009.01330.x>.
7. Fermo VC, Radünz V, Rosa LM, Marinho MM. Patient safety culture in a bone marrow transplantation unit. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(6):827-34. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680620i>.
8. Costa DB, Ramos D, Gabriel CS, Bernardes A. Cultura de segurança do paciente: avaliação pelos profissionais de enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2018;27(3):e2670016. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180002670016>.
9. Duarte SC, Queiroz ABA, Büscher A, Stipp MAC. O erro humano no cotidiano da assistência de enfermagem em terapia intensiva. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2015;23(6):1074-81. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0479.2651>.
10. Claro CM, Krocokz DVC, Toffolletto MC, Padilha KG. Adverse events at the intensive care unit: nurses' perception about the culture of no-punishment. *Rev Esc Enfermagem USP*. 2011;45(1):162-7. doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000100023>.
11. Mello JF, Barbosa SFF. Patient safety culture in intensive care: nursing contributions. *Texto Contexto Enferm*. 2013(4):1124-33. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000400031>.
12. Souza CS. Cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva [dissertação]. Rio Grande (RS): Universidade Federal do Rio Grande; 2017 [citado 2018 abr 10]. Disponível em: <http://www.ppgenf.furg.br/images/CATHARINE-SOUZA.pdf>.
13. Moraes R, Galiuzzi MC. Análise textual discursiva. 2. ed. rev. Ijuí: Ed. Unijuí; 2013.
14. Reason J. Human error: models and management. *BMJ Qual Safety*. 2000;320:768-70. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768>.
15. Ministério da Saúde (BR). Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014 [citado 2017 jun 26]. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf.
16. Fernandes LGG, Tourino FSV, Souza NL, Menezes RMP. Contribution of James Reason to patient safety: reflection for nursing practice. *J Nurs UFPE online*. 2014 [cited 2017 Jul 03];8(suppl. 1):2507-12. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/6217>.
17. Magalhães AMM, Moura GMSS, Pasin S, Funcke LB, Pardal BM, Kreling A. The medication process, workload and patient safety in inpatient. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(Esp):43-50. doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000700007>.
18. Bueno BRM, Moraes SS, Suzuki K, Gonçalves FAF, Barreto RASS, Gebrim CFL. Characterization of handover from the surgical center to the intensive care unit. *Cogitare Enferm*. 2015;20(3):512-8. doi: <https://doi.org/10.5380/ce.v20i3.40274>.
19. Santos GRS, Campos JF, Silva RC. Comunicação no handoff na terapia intensiva: nexos com a segurança do paciente. *Esc Anna Nery*. 2018 [citado 2018 set 05];22(2):e20170268. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v22n2/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0268.pdf.
20. Minuzzi AP, Salum NC, Locks MOH, Amante LN, Matos E. Contribuições da equipe de saúde visando à promoção da segurança do paciente no cuidado intensivo. *Esc Anna Nery*. 2016 [citado 2018 set 03];20(1):121-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000100121&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.

■ **Autor correspondente:**

Bruna Ruoso da Silva Neutzling
E-mail: brunaneutzling10@gmail.com

Recebido: 31.08.2018
Aprovado: 16.11.2018