

COMUNICAÇÃO E SEGURANÇA DO PACIENTE: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL DE ENSINO

COMMUNICATION AND PATIENT SAFETY: PERCEPTION OF THE NURSING STAFF OF A TEACHING HOSPITAL

COMUNICACIÓN Y SEGURIDAD DEL PACIENTE: PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UN HOSPITAL DE ENSEÑANZA

Eliana Cristina Peixoto Massoco¹
Marta Maria Melleiro²

¹ Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade de São Paulo – USP. Professora do Centro Universitário Nossa Senhora do Patrocínio – CEUNSP. Itu, SP – Brasil.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da USP. São Paulo, SP – Brasil.

Autor Correspondente: Eliana Cristina Peixoto Massoco. E-mail: limassoco@hotmail.com
Submetido em: 12/03/2015 Aprovado em: 01/06/2015

RESUMO

Trata-se de estudo quantitativo com delineamento exploratório-descritivo, cujos objetivos foram conhecer a percepção dos trabalhadores de enfermagem atuantes em um hospital de ensino acerca da dimensão abertura para as comunicações e respostas não punitivas aos erros e evidenciar a comunicação como fator relevante na cultura de segurança do paciente. O estudo foi desenvolvido em um hospital de ensino e a população foi constituída por 95 profissionais de enfermagem. A coleta de dados ocorreu por meio da aplicação de um questionário baseado na *Agency Health Research Quality*, considerando as dimensões: abertura para as comunicações e respostas não punitivas aos erros. Como principais resultados do estudo, identificou-se que os profissionais conversam livremente sobre algo que está errado. Acredita-se que este estudo possa contribuir para as intervenções necessárias nas dimensões avaliadas e fornecer subsídios para a melhoria de processos e gestão de cuidados com foco na segurança do paciente.

Palavras-chave: Qualidade da Assistência à Saúde; Avaliação de Serviços de Saúde; Segurança do Paciente; Enfermagem.

ABSTRACT

This is a quantitative study with descriptive exploratory design, which investigated perception among the nursing staff at a teaching hospital regarding the possibility of communication and non-punitive response to errors. It also sought to highlight communication as a relevant factor for patient safety. The study was conducted on a teaching hospital with a population of 95 nurses. Data was collected through a questionnaire based on the Agency Health Research Quality, considering communication openness and non-punitive response to errors. The results show that the staff will freely speak up when something does not seem right. We believe this study can contribute to the necessary interventions for the assessed dimensions and to provide subsidies for the improvement of healthcare processes and management with a focus on patient safety.

Keywords: Quality of Health Care; Health Service Evaluation; Patient Safety; Nursing.

RESUMEN

Este es un estudio cuantitativo con un diseño exploratorio descriptivo, que tuvo como objetivo conocer la percepción del personal de enfermería de un hospital universitario acerca de la dimensión apertura para las comunicaciones y respuestas no punitivas a los errores y evidenciar la comunicación como un factor de relevancia en la cultura de la seguridad del paciente. El estudio se llevó a cabo en un hospital de enseñanza, con 95 profesionales de enfermería. Los datos se recogieron mediante un cuestionario de la Agency Health Research Quality, teniendo en cuenta las dimensiones: apertura para las comunicaciones y respuestas no punitivas a los errores. Como principales resultados, podemos mencionar que los profesionales hablaban libremente sobre lo que estaba equivocado. Creemos que este estudio contribuye a las intervenciones necesarias en las dimensiones evaluadas para mejorar los procesos asistenciales y de gestión con un enfoque en la seguridad del paciente.

Palabras clave: Calidad de la Atención de Salud; Evaluación de Servicios de Salud; Seguridad del Paciente; Enfermería.

INTRODUÇÃO

A busca pela qualidade nos serviços de saúde é condição essencial nos dias atuais, conseqüentemente, o movimento pela segurança do paciente passa a ser um caminho prioritário a ser percorrido.

Embora as discussões, nesse sentido, estejam conquistando patamares significativos, acredita-se que ainda haja uma lacuna no tocante às dimensões de cultura de segurança do paciente sob a ótica dos profissionais de enfermagem.

Para atender às necessidades e às expectativas dos usuários e atingir a excelência nos serviços, torna-se imperativo que os gerentes das organizações construam e pratiquem uma política da qualidade atrelada a um contínuo monitoramento, o que viabiliza produtos e serviços com mais uniformidade, com redução de não conformidades, baixos custos, sem o desperdício e o retrabalho, enfim, com qualidade.¹

A assistência à saúde caracteriza-se como uma das mais complexas e dinâmicas atividades realizadas por seres humanos. Todavia, constata-se que o desenvolvimento tecnológico na saúde não foi acompanhado de investimentos para tornar esse sistema seguro.²

A segurança do paciente é a garantia de o usuário dos serviços de saúde estar livre de sofrer qualquer tipo de dano quando interagir com qualquer serviço de saúde e atribuir a ocorrência dos eventos adversos às deficiências nos sistemas de organização, à falta de comunicação, à formação inadequada e às relações de trabalho deficientes.³

No final da década de 1990, o Institute of Medicine (IOM)⁴ publicou o relatório *To Err is Human: Building a Safer Health Care System*, realçando que entre 44.000 e 98.000 norte-americanos morriam a cada ano em função de erros relacionados à assistência à saúde.

Além de destacar a necessidade de colocar a segurança do paciente como prioridade das autoridades de saúde, esse relatório focou as recomendações sobre como alterar a cultura hospitalar. Assim, o termo “cultura de segurança”, utilizado na energia nuclear por 30 anos começa a ser discutido no campo da saúde.⁵

O conceito de cultura de segurança parece ser um ensinamento do desastre de Chernobyl, ocorrido na década de 80 na Ucrânia. Rapidamente difundido, tem sido utilizado em discursos gerenciais, políticos e científicos. A Agência Internacional de Energia Atômica (AIEA) publicou, em 1987, a definição de “cultura de segurança” mais comumente utilizada como o conjunto de características e atitudes nas organizações e nos indivíduos. A ideia subjacente é que o hábito geral de pensar em termos de segurança envolva “uma atitude de questionamento sistemático, a recusa de estar satisfeito com os resultados obtidos, uma preocupação constante para a perfeição e um esforço de responsabilidade pessoal e grupo de autodisciplina para a segurança”. Isso deve permitir que todas as tarefas importan-

tes para a segurança sejam realizadas corretas e prontamente, refletidas em conhecimento de causa, com base no bom senso e com sentido de responsabilidade exigida.⁶

Nesse contexto, a cultura de segurança é vista como um compromisso de segurança dos indivíduos em diferentes níveis de responsabilidade e linhas de ação. As estimativas da AIEA são que as práticas de autocontrole e, em particular, do feedback, treinamento e auditoria são meios para avaliar e evoluir as práticas utilizadas nas organizações.⁷

A Agency Health Research Quality (AHRQ)⁸ é conhecida como a principal agência federal encarregada da realização e apoio a pesquisas para melhorar a segurança do paciente e a qualidade dos cuidados de saúde para todos os norte-americanos.

Em 2004, a AHRQ elaborou um questionário objetivando auxiliar os hospitais a avaliarem de que forma suas culturas organizacionais enfatizam a importância da segurança do paciente e facilitam a implantação de atividades voltadas para essa finalidade. O instrumento realça os erros, as percepções de erros e as 10 dimensões da cultura de segurança do paciente.

As dimensões de cultura de segurança dividem-se entre dimensões de cultura de segurança que ocorrem no âmbito das unidades (sete dimensões) e dimensões da cultura de segurança no âmbito hospitalar (três dimensões). Outras duas variáveis de resultados estão incluídas no questionário. Cada uma das dimensões medidas é analisada por meio de perguntas específicas no decorrer do questionário, o qual inclui, ainda, duas perguntas sobre o grau de segurança do paciente na unidade ou área de trabalho e o número de eventos relatados nos últimos 12 meses.

As dimensões abertura para as comunicações e respostas não punitivas aos erros estão entre as dimensões que ocorrem no âmbito das unidades. A primeira está pautada na liberdade que os trabalhadores possuem em discutir quando observam algo que possa afetar negativamente o paciente e em se sentirem livres para questionarem seu superior. A segunda refere-se aos trabalhadores acreditarem que seus erros e os eventos reportados possam ser utilizados contra eles e anotados em suas fichas funcionais.

Diante dessas considerações e frente à relevância da comunicação na segurança do paciente nas instituições de saúde, esta investigação culminou nos objetivos relativos a conhecer a percepção de trabalhadores de enfermagem atuantes em um hospital público e de ensino acerca das dimensões abertura para as comunicações e respostas não punitivas aos erros e evidenciar a comunicação como fator relevante na cultura de segurança do paciente.

MÉTODO

Trata-se de estudo exploratório-descritivo de abordagem quantitativa realizado em um hospital de ensino, localizado em um município do interior do estado de São Paulo (SP).

A população foi constituída por 25 enfermeiros, oito técnicos de enfermagem e 62 auxiliares de enfermagem, totalizando 95 profissionais atuantes no referido hospital, a partir do emprego do instrumento da *Agency for Health Research and Quality*, com enfoque na dimensão “abertura para as comunicações”.

A escolha do instrumento da *Agency for Health Research and Quality* baseou-se na livre disponibilidade sem ônus por via eletrônica, no uso extenso em diferentes contextos culturais e em suas propriedades psicométricas. O instrumento é constituído por 10 dimensões de cultura de segurança, avaliadas no âmbito individual, das unidades e hospitalar, além de duas variáveis de resultado.

Sendo assim, o instrumento de coleta deste estudo segue o modelo criado por Likert em 1932, avaliando o grau de concordância dos profissionais sobre questões relativas à cultura de segurança cujas possibilidades de resposta variam entre “discordo totalmente” e “concordo totalmente”.

A coleta de dados ocorreu, após anuência do Comitê de Ética e Pesquisa da instituição em questão, por meio do Parecer 033/10, no período de maio a outubro de 2011.

Os dados foram armazenados em planilha eletrônica *Excel*® para o processamento. Para a análise foram utilizados recursos de computação por meio do processamento no sistema *Microsoft R Excel* e *Statistic Package for Social Sciences* (SPSS), ambos em ambiente *Windows*.

Os resultados foram apresentados na forma de gráficos e o tratamento dos dados foi feito por meio de estatística descritiva.

RESULTADOS

Do total de participantes, 25 eram enfermeiros (26,3%), oito (8,4%) técnicos de enfermagem e 62 (65,3%) auxiliares de enfermagem. A idade predominante encontra-se na faixa acima de 40, evidenciando a predominância de adultos na composição da população. Quanto ao tempo de formação, o maior percentual foi de 19 (20%) participantes que tinham um a cinco anos de formação e 29 (30,5%) de 11 a 15 anos. Trabalhavam na unidade de urgência e emergência adulto 21 (22,1%) profissionais; 15 (15,8%) na unidade de urgência e emergência pediátrica e 17 (17,9%) na unidade de terapia intensiva.

Os achados da Figura 1 demonstram que os trabalhadores sentem-se à vontade para conversar sobre assuntos negativos do cuidado, 34 (35,8) participantes relataram que “às vezes” conversam livremente e 31 (32,6%) “quase sempre”.

Na Figura 2, acerca dos profissionais sentirem-se à vontade para questionar as decisões ou ações de profissionais que têm mais autoridade, nota-se a proximidade dos dados, o que permite avaliar que não houve clareza na tendência da resposta desta proposição.

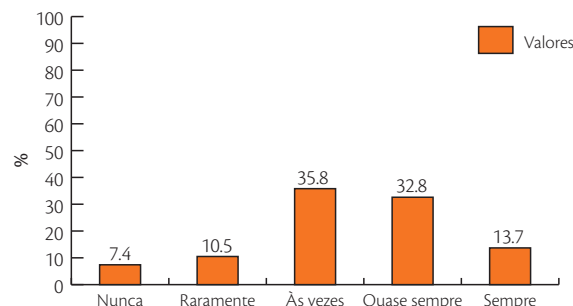


Figura 1 - Distribuição das frequências das respostas da proposição: os profissionais conversam livremente acerca de algo que afete negativamente o cuidado do paciente. São Paulo (Interior – SP) – 2012.

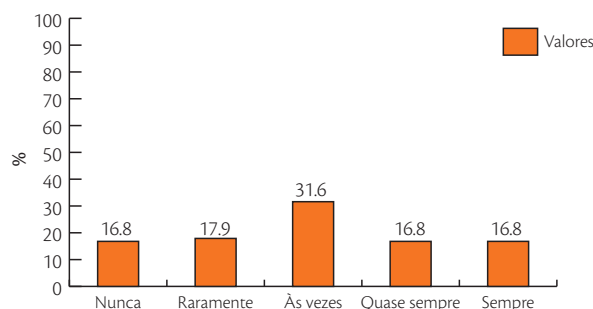


Figura 2 - Distribuição das frequências das respostas da proposição: os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou as ações de profissionais que têm mais autoridade. São Paulo (Interior – SP) – 2012.

No que diz respeito ao medo dos profissionais em fazer perguntas quando algo não parece estar certo, percebe-se na Figura 3 que 25 (26,3%) nunca sentem medo e 26 (27,4%) raramente.

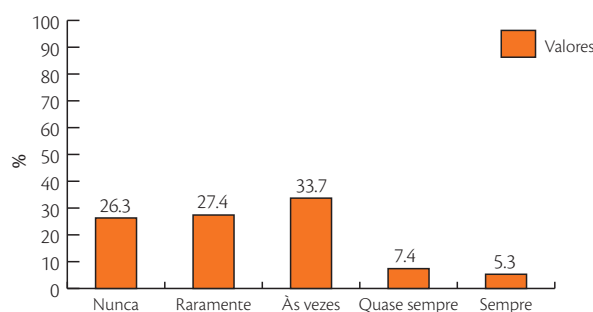


Figura 3 - Distribuição das frequências das respostas da proposição: os profissionais têm medo de fazer perguntas quando algo não parece estar certo. São Paulo (Interior – SP) – 2012.

Na Figura 4 constata-se que a maioria dos participantes, 48 (50,5%), concordou com a assertiva e 22 (23,2%) fortemente, perfazendo 70 (73,7%), resultado que demonstra que os profissionais acreditam que os seus erros podem ser utilizados contra eles.

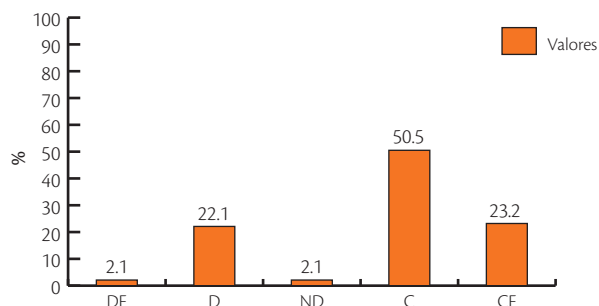


Figura 4 - Distribuição das frequências das respostas da proposição: os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles. São Paulo (Interior – SP) – 2012.

A partir dos achados da Figura 5, verifica-se que 45 (47,4%) concordam com a proposição, permitindo inferir que os trabalhadores acreditam que eles serão evidenciados, e não o erro.

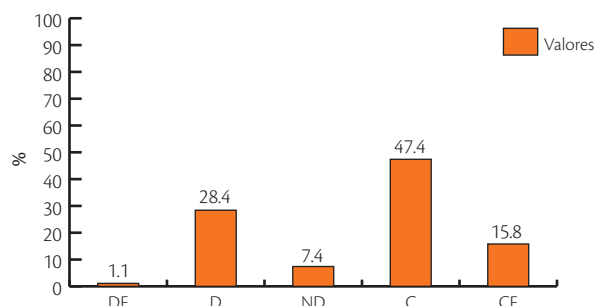


Figura 5 - Distribuição das frequências das respostas da proposição: quando ocorre um evento adverso, o profissional é que é indicado, e não o problema. São Paulo (Interior – SP) – 2012.

DISCUSSÃO

A estrutura dos serviços de enfermagem, por sua rígida hierarquização, muitas vezes leva o enfermeiro supervisor a exercer posturas autoritárias e centralizadoras, as quais acabam por comprometer o trabalho em equipe, inviabilizando a participação dos demais trabalhadores.⁹

Os enfermeiros vivenciam no trabalho relações de submissão e as reproduzem na relação com os membros das demais categorias: técnicos e auxiliares de enfermagem.¹⁰

Durante a formação acadêmica, o enfermeiro aprende que o trabalho eficaz em saúde deve ser focado na equipe. Um grupo de trabalho é aquele que interage, principalmente para partilhar informação e tomar decisões que auxiliem cada membro a desempenhar suas tarefas individualmente. Nesse tipo de construção, o trabalho coletivo é um mito, existindo meramente a soma das contribuições de cada membro do grupo separadamente e a responsabilidade permanece individualizada. As habilidades de seus integrantes são variadas e se juntam quase ao acaso. Não há sinergia positiva que possa criar um nível geral de desempenho

que seja maior que a soma dos insumos. Já uma equipe gera sinergia positiva por meio de um esforço coordenado.¹¹

Entendemos, portanto, que os trabalhadores não têm medo de questionar quando acreditam que algo está errado. Dessa maneira, o ser humano utiliza-se da comunicação para fornecer informações, para persuadir, de forma a gerar mudanças de comportamento numa troca de experiências e para ensinar e discutir os mais variados assuntos.

O ato da comunicação é fundamental para o desenvolvimento do trabalho dos enfermeiros junto à equipe, para a transmissão de uma informação universal, além de exercer influência direta sobre os indivíduos. A comunicação é uma habilidade humana que torna possível a manifestação e exteriorização do que se passa interiormente.¹²

Uma das exigências para a assistência de qualidade é que o sistema possua um canal de comunicação eficaz, permitindo às equipes transmitir e receber informações de forma clara e correta.¹³

Os erros devem ser estudados em todos os seus aspectos e dentro de uma abordagem não punitiva, e os notificadores dos eventos devem receber retorno da informação que geraram. Desse modo, há a necessidade de um órgão ou setor independente que possa receber informações sobre erros, protegendo a identidade de quem informou.¹⁴

Desse modo, é importante salientar a inserção de uma cultura organizacional que possibilite aos profissionais de enfermagem identificar e explicitar as falhas cometidas, permitindo a elaboração de estratégias de segurança a fim de prevenir os erros.

Dados da *National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention* (NCCMERP) (1998) enfatizam que se deve estimular a comunicação do erro como uma forma de acessar as causas reais dos eventos adversos e suas possíveis formas de prevenção. Sabe-se que a busca por culpados para punir não tem levado à diminuição de erros nem contribuído para a elaboração de estratégias preventivas eficazes. Pelo contrário, essas atitudes têm contribuído para a subnotificação dos erros, o que dificulta a implementação de protocolos que levem à sua prevenção.¹⁵

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu conhecer a percepção dos trabalhadores de enfermagem acerca das dimensões abertura para as comunicações e respostas não punitivas aos erros e enfatizar a comunicação como fator relevante na cultura de segurança do paciente.

Os dados identificaram o medo da punição e da evidência do profissional, como fator limitante na comunicação dos erros e da notificação de eventos adversos.

Ao concluir este estudo, ratifica-se que abordar a qualidade em saúde não é tarefa fácil, principalmente quando se trata

do atendimento hospitalar. Dessa forma, a adequação da infraestrutura dos serviços, a articulação entre eles, bem como provisão de materiais, equipamentos, recursos humanos especializados e da notificação de EAs é fundamental para que, no cotidiano das atividades, o atendimento ao paciente ocorra com qualidade, de forma segura e isenta de falhas.

REFERÊNCIAS

1. Miguel PAC. Qualidade: enfoques e ferramentas. São Paulo: Artliber; 2001.
2. Kohn LT, Corrigan JM, Donalson MS, editors. To err is human: building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press; 2000.
3. Weinger MB. Patient safety. Bay Univ Med Cent. 2008; 21(1):9-14.
4. Institute of Medicine. Medicare: a strategy for quality assurance. v1. Washington, DC: National Academy Press; 1990. [Citado em 2012 maio 15]. Disponível em: <http://www.nap.edu/catalog/1547.html>.
5. Longo DR, Hewett JE, Ge B, Schubert S. The long road to patient safety. J Am Med Assoc. 2005; 294(22):2858-65.
6. International Nuclear Safety Advisory Group-Insag. Safety culture: a report by the International Nuclear Safety Advisory Group. Vienna: International Atomic Energy Agency-AIEA; 1991. INSAG Series 4
7. Nascimento A. Sécurité des patients et culture de sécurité: une revue de la littérature. Cienc Saúde Coletiva. 2011; 16(8):3591-602.
8. Agency for Healthcare Research and Quality. [Site internet] [Citado em 2012 mar. 20] Disponível em: <http://www.ahrq.gov>.
9. Shimizu HE, Ciampone MHT. As representações dos técnicos e auxiliares de enfermagem acerca do trabalho em equipe na Unidade de Terapia Intensiva. Rev Latinoam Enferm. 2004; 12(4):623-30.
10. Berti HW, Ayres JA, Lima MJR, Mendes RWB. Dilemas e angústias de enfermeiros plantonistas evidenciados em grupo focal. Rev Esc Enferm USP. 2010;44(1):174-81.
11. Moscovici F. Equipes dão certo: a multiplicação do talento humano. 5ª ed. Rio de Janeiro (RJ): José Olympo; 2003.
12. Barbosa IA, Silva MJP. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. Rev Bras Enferm. 2007; 60(5):546-51.
13. Silva EBC, Cassiani SHB, Miasso AI, Opitz SP. Problemas na comunicação: uma possível causa de erros de medicação. Acta Paul Enferm. 2007;20(3):272-6.
14. Helmreich RL. On errors management: lessons from aviation. BMJ. 2000; 320(7273):781-5.
15. Luiz Neto M. Incidentes críticos relacionados aos eventos adversos a medicamentos em uma unidade de clínica médica de um hospital público do Estado do Amazonas. [Dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2010.