

ANÁLISE DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UMA MATERNIDADE MUNICIPAL DE PORTO VELHO, RONDÔNIA

Palavras-chave: Segurança do paciente, Cultura organizacional, Qualidade da assistência à saúde.

RESUMO

Introdução: A Cultura de Segurança do Paciente (CSP) é um composto de comportamentos, procedimentos e condutas compartilhados por um grupo de pessoas e planejado para diminuir e evitar determinados riscos e é considerada um importante componente estrutural dos serviços que favorece a implantação de práticas seguras e diminuição de incidentes de segurança (TOMAZONI et al., 2015). Estudos realizados em alguns países como Estados Unidos, Austrália, Reino Unido, Nova Zelândia, Canadá, Holanda e Suécia averiguaram que 2,9 % a 16,6 % dos pacientes internados foram vítimas de eventos adversos, sendo 50 % passíveis de prevenção. No Brasil, um estudo realizado em um hospital universitário mostrou que 50 % dos pacientes em alta hospitalar e 70 % dos que evoluíram a óbito sofreram pelo menos um evento adverso (NUNES et al., 2014). Em estudo de revisão e meta-análise, pesquisadores examinaram criticamente a literatura para identificar os estudos que apontavam a importância de crenças, atitudes e comportamentos que fazem parte da cultura de segurança nos hospitais. Identificaram várias propriedades, que organizaram em sete subculturas, sendo elas: liderança, trabalho em equipe, comunicação, aprender com os erros, justiça, cuidado centrado no paciente e prática baseada em evidência (BRASIL, 2017). Além disso é importante garantir a segurança nos procedimentos relacionados à assistência obstétrica, já que representam a terceira causa de internação hospitalar no SUS e as internações por afecções originárias no período perinatal totalizaram 218.418 no ano de 2012 (BRASIL, 2012b). É importante ressaltar que nos casos de procedimentos obstétricos imprudentes, o sofrimento de afecções no período perinatal poderá resultar em novas internações hospitalares e/ou mortes (CGIAE, 2013). Nesse cenário, conhecer as dificuldades e a partir delas planejar e implementar um cuidado com foco na segurança do paciente justifica esse tipo de trabalho de investigação com foco nessa temática. (REIS et al., 2019). **Objetivo:** Descrever as fragilidades e potencialidades da cultura de segurança do paciente em uma maternidade pública de Porto Velho, Rondônia. **Método:** Estudo transversal descritivo de abordagem quantitativa realizado no período de agosto à novembro de 2019 em uma maternidade de risco habitual de Porto Velho, Rondônia. Foram incluídos os profissionais de diversos setores que estavam em serviço no período da coleta de dados realizada durante as atividades do Programa de Educação para o Trabalho (PET - Saúde Interprofissionalidade) tendo como um dos campos de ação a maternidade pública. A coleta de dados ocorria de uma a duas vezes por semana por meio da aplicação de questionários padronizados, neste estudo foi utilizado o *Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)* validado e traduzido para o Brasil (Andrade et al., 2017). O questionário apresentou perguntas de caracterização sociodemográfica e questões de avaliação sobre cultura de segurança do paciente por meio da escala likert. Além disso, foram realizadas rodas de conversas com

os profissionais através de perguntas disparadoras direcionadas a temática segurança do paciente. Foi realizada uma análise descritiva da amostra visando caracterizar os participantes do estudo quanto aos aspectos sociodemográficos e sobre a cultura de segurança do paciente por meio de medidas de frequência utilizando o Excel®. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de ética e Pesquisa da Universidade Federal de Rondônia sob o parecer 3.771.377. **Resultados:** Colaboraram com esta pesquisa 81 dos 324 profissionais da maternidade o equivalente a 25%. Em relação ao perfil dos profissionais, a maioria é do sexo feminino (75,3%), possui ensino superior completo (20,9%) ou pós-graduação (44,4%) e idade média de 39,89 anos. Com relação ao setor de serviço, a maioria era do setor de obstetrícia e centro cirúrgico (39,5%). Esta pesquisa foi integrada por três médicos do corpo clínico/médico assistente, 19 enfermeiros, 29 técnicos de enfermagem, oito profissionais da administração/direção e cinco na função de farmacêutico/bioquímico/biólogo/biomédico. Dentre estes 72,8% alegaram que ao realizar suas funções possuem interação e contato direto com os pacientes. No que se refere às respostas do questionário na seção de perguntas relativas à sua área/unidade de atuação no hospital, 43,2% dos profissionais confirmam que as pessoas apoiam umas às outras na unidade, 35,8% discordam que há pessoal suficiente para dar conta da jornada de trabalho, 51,85% concordam que quando há muito trabalho a ser realizado todos trabalham juntos em equipe para concluí-lo devidamente. Quando indagados a respeito, 58% dos profissionais concordaram que na unidade as pessoas se tratam de forma respeitosa, e 32% discordaram que os procedimentos e sistemas da unidade são adequados para prevenir a ocorrência de incidentes. Além disso, 48,1% dos profissionais concordaram que há problemas de segurança do paciente na unidade. Na seção referente ao seu supervisor/chefe, 54,3% dos profissionais concordaram que são elogiados pelo supervisor/chefe quando um trabalho é realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente. Questionados sobre as atitudes do supervisor com o aumento da pressão no trabalho, 61,7% discordaram que o supervisor os intimida a trabalhar mais rápido, levando-os a pular etapas. A respeito da consideração no trabalho, 62,9% concordaram que o supervisor/chefe realmente leva em conta suas sugestões para a melhoria da segurança do paciente. No bloco de comunicação, 35,8% dos profissionais concordaram que recebem informação sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos adversos e 54,3% concordam que os profissionais têm liberdade para relatar ao ver/perceber algo que pode afetar negativamente o cuidado ao paciente. Apenas cerca de 20,9% dos profissionais discordam que são informados sobre os erros que acontecem na unidade. Quanto à existência de receio de perguntar quando algo parece não estar certo, 39,5% dos profissionais discordaram que exista esse medo e apenas 14,8% concordaram. Na seção sobre a frequência de eventos relatados, quando questionados sobre a notificação de erros, 24,69% dos profissionais responderam que quando ele é descoberto e corrigido antes de afetar o paciente, às vezes ele é notificado. Quando ocorre um erro, mas não apresenta risco de dano ao paciente, 41,9% responderam que o erro é notificado às vezes ou raramente. E por último, no bloco de avaliação da segurança do paciente, 41,9% concordam que a direção do hospital propicia um clima de trabalho que oportuniza a segurança do paciente. A respeito das unidades do hospital, 34,5% dos profissionais responderam que não discordam nem concordam que as unidades do hospital não estejam bem coordenadas entre si e 44,4% discordam que o processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra.

Diante dos achados observa-se considerável adesão e reconhecimento por parte dos profissionais assistenciais quanto aos domínios da cultura de segurança do paciente. Entretanto, para efetivamente promover essa cultura em qualquer instituição é indispensável a participação e integração de todos os atores envolvidos no processo de trabalho incluindo gestão, equipe, familiares e usuários. Segundo os autores Siman e colaboradores (2019), há uma separação entre as dimensões prescrita e real quando se trata da cultura de segurança, pois, é visto nos serviços mero cumprimento legal de protocolos e normas ao invés de promoção de ações seguras, análise e gerenciamento de riscos e proposições factíveis aos problemas reais identificados. Nesta análise, destaca-se a boa relação e comunicação entre gestores e funcionários e dentre os pontos negativos ressalta-se as falhas na identificação e notificação de incidentes que não resultaram em danos ao paciente. Assim, promover cultura de segurança do paciente é fundamental em toda instituição de saúde sendo primordial a reavaliação do processo de trabalho, mudança no comportamento dos sujeitos participativos e reconhecimento e gerenciamento adequado de erros que resultem ou não em Eventos Adversos a fim de garantir práticas assistenciais seguras. **Conclusão:** Dito isso, muitos são os percalços a serem ultrapassados para se promover a cultura de segurança do paciente, tendo em vista que o déficit de conhecimento entre os profissionais assistenciais deste serviço dificulta a discussão, proposição e implantação de metas efetivas. Neste estudo, evidencia-se a falta de corresponsabilidade quanto à identificação e notificação de erros decorrentes da assistência acarretando prejuízo ao planejamento de estratégias de prevenção. Logo, é imprescindível discutir sobre o assunto e se ter a oportunidade de identificar as fragilidades e implementar melhorias, neste caso proporcionado pelo PET - Saúde Interprofissionalidade cujo objetivo é compreender a realidade institucional, estreitar relações entre ensino e serviço e propor soluções a partir da reflexão teórico-prático em parceria com a equipe gestora e assistencial.

Referências

1. ANDRADE, Luiz Eduardo Lima de et al. Adaptação e validação do Hospital Survey on Patient Safety Culture em versão brasileira eletrônica. *Epidemiol. Serv. Saúde* [online]. 2017, vol.26, n.3 [citado 2020-08-27], pp.455-468. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742017000300455&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1679-4974. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000300004>.
2. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – SVS. Boletim 1/2012b – Mortalidade materna no Brasil. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm?portal=pagina.visualizarTexto&codConteudo=6403&codModuloArea=783&chamada=boletim-1/2012-_mortalidadematerna-no%20%20brasil. Acessado em: 06/09/2013
3. BRASIL. Agencia Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada a Prática. Agencia Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017. Disponível

em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+1+++Assistencia+Segura++Uma+Reflexao+Teorica+Aplicada+a+Pratica/97881798-cea0-4974-9d9b-077528ea1573>>.

Acesso em: 03 de set. 2020.

4. COORDENAÇÃO GERAL DE INFORMAÇÕES E ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA (CGIAE). Consolidação Sistema de informações sobre nascidos vivos: 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sinasc/Consolida_Sinasc_2011.pdf>. Acesso em: 15 de abr. 2020.
5. NUNES, F.D.O.; et al. Segurança do paciente: como a enfermagem vem contribuindo para a questão?/Patient safety: how nursing is contributing to the issue?/¿ Seguridad del paciente: cómo la enfermería viene contribuyendo a la cuestión?. Revista de Pesquisa, Cuidado é Fundamental Online, v. 6, n. 2, p. 841, 2014. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750622039.pdf>>. Acesso em: 02 de set. 2020.
6. REIS, G.A.X.; et al. Dificuldades para implantar estratégias de segurança do paciente: perspectivas de enfermeiros gestores. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 40, n. SPE, 2019. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v40nspe/1983-1447-rgenf-40-spee20180366.pdf>>. Acesso em: 02 de set. 2020.
7. SIMAN, A.G. et al. Desafios da prática na segurança do paciente. **Rev. Bras Enferm**, 2019, v. 72, n. 6, p. 1581-1588. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v72n6/pt_0034-7167-reben-72-06-1504.pdf>. Acesso em: 20 de abr. de 2020.
8. TOMAZONI, A.; et al. Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva neonatal. Texto & Contexto Enfermagem, v. 24, n. 1, p. 161-169, 2015. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/714/71438421020.pdf>>. Acesso em: 13 de abr. 2020.