

Cultura de Segurança e o Processo de Comunicação entre Membros da Equipe de Enfermagem

Safety Culture and the Communication Process Among Nursing Team Members

Juliana Marques¹ * Luiz Henrique Pereira Alves² * Norival Santolin de Oliveira³* Cristiano Bertolossi
Marta⁴ * Roberto Carlos Lyra da Silva⁵

RESUMO

O tema segurança, vem sendo abordado nas diferentes áreas de prestação de serviços à sociedade. São objetivos deste estudo, caracterizar o processo de comunicação da equipe de enfermagem em um hospital filantrópico localizado no Leste de Minas Gerais, e identificar os aspectos relacionados. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório com abordagem quantitativa do tipo estudo de caso. 80 profissionais da enfermagem participaram da pesquisa. Em um ambiente hospitalar, erros, enganos e/ou falhas na assistência são situações que podem ocorrer. Tendo isto como fato, é preciso que coordenadores e gestores não apontem os erros como falhas individuais, mas sim como falhas do sistema. Ao expor-se, o profissional também ordena suas ideias, a oportunidade de expressar-se oralmente leva a pessoa a reflexões que, sem este estímulo, ela não faria. Conclui-se que a comunicação entre as equipes de saúde é um fator chave para a segurança do paciente. Um processo comunicativo ineficaz contribui diretamente para que ocorra a possibilidade de erros, levando assim, a possíveis danos ao paciente, que em muitas vezes, podem ser irreversíveis.

Palavras-Chave: Segurança do Paciente; Comunicação; Erros Médicos

ABSTRACT

The security theme has been addressed in the different areas of service delivery to society. The objectives of this study are to characterize the communication process of the nursing team in a philanthropic hospital located in the East of Minas Gerais, and to identify the related aspects. It is a descriptive and exploratory study with a quantitative approach of the case study type. 80 nursing professionals participated in the study. In a hospital environment, errors, mistakes and / or failures in care are situations that may occur. With this in mind, coordinators and managers need not point to errors as individual failures, but rather as failures of the system. When exposing himself, the professional also orders his ideas, the opportunity to express himself orally leads the person to reflections that, without this stimulus, it would not do. We conclude that communication among health teams is a key factor for patient safety. An ineffective communicative process contributes directly to the possibility of errors, thus leading to possible harm to the patient, which in many cases may be irreversible.

Keywords: Patient Safety; Communication; Medical errors.

¹ Enfermeira. Mestre em enfermagem pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO. Doutoranda em Biociências pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem e Biociências da UNIRIO (PPGENFBIO), Professora do Curso de Medicina na Universidade Estácio de Sá, Unidade de Angra dos Reis. Membro da Sociedade de Anatomia do Estado do Rio de Janeiro Membro do Laboratório de Avaliação Econômica e de Tecnologias em Saúde (LAETS) da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO.

² Psicólogo. Mestre em Avaliação pela Fundação Cesgranrio Professor colaborador e técnico nível superior de anatomia humana e necropsia e Coordenador da Liga de Anatomia da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO. Professor de Anatomia Humana da faculdade de medicina da Universidade Estácio de Sá. Diretor executivo da Sociedade de Anatomia do Estado do Rio de Janeiro.

³ Enfermeiro, Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO. Membro do Laboratório da Avaliação Econômica e de Tecnologias em Saúde (LAETS) da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro –UNIRIO.

⁴ Enfermeiro, Mestre em enfermagem pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ. Doutor em enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRL, Pós-doutorado em pela UFF. Professor adjunto 3 e coordenador da sub=área de Administração em Enfermagem do Departamento de Fundamentos de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (DFEN/FENF/UERJ). Membro do Laboratório da Avaliação Econômica e de Tecnologias em Saúde (LAETS) da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO. Pesquisador Líder do Núcleo de Avaliação de Tecnologias e Economia em Saúde e Segurança do Paciente (NATESSP) da Universidade Veiga de Almeida.

⁵ Doutor em Enfermagem Hospitalar pela UFRJ. Mestre em Enfermagem pela UNIRIO. MBA em Economia e Avaliação de Tecnologias em Saúde pela Fundação Instituto de Pesquisa Econômica - FIPE e Hospital Alemão Oswaldo Cruz – PROADI SUS/Ministério da Saúde. Coordenador do Programa de Pós-Graduação Doutorado em Enfermagem e Biociência - PPGENFBIO/UNIRIO. Bolsista da Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro - FAPERJ. Líder do Grupo de Pesquisa do Laboratório de Avaliação Econômica e de Tecnologias em Saúde - LAETS – Diretório dos Grupos de Pesquisa CNPq.

INTRODUÇÃO

O tema segurança vem sendo abordado nas diferentes áreas de prestação de serviços à sociedade, seja no transporte aéreo, transporte terrestre, indústria ou segurança pública, e na assistência à saúde entrou para a agenda mundial no início do terceiro milênio.

Na definição da Organização Mundial da Saúde - OMS⁽¹⁾, a segurança do paciente tem como intuito a redução dos riscos de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável.

A 4ª edição dos Padrões de Acreditação da *Joint Commission International* (JCI) para hospitais institui as 6 metas para a segurança do paciente, são elas: identificar os pacientes corretamente; melhorar a comunicação efetiva; melhorar a segurança de medicamentos de alta-vigilância; assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto; reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde; reduzir o risco de lesões ao paciente, decorrentes de quedas⁽²⁾.

Os padrões da JCI deixam claro a importância da comunicação eficaz, sendo ela a peça chave para a cultura de segurança, tendo uma importância tão expressiva que mereceu ser considerada a Segunda Meta

Internacional para a Segurança do Paciente⁽²⁾.

O engajamento na comunicação resulta em um aprendizado bilateral. As instituições demonstram esforço e comprometimento com a segurança assistencial, que resulta em ações de melhorias. Do ponto da sociedade, aprofunda-se na consciência de que as falhas dos processos de saúde são reais, e que precisam ser enfrentadas de forma assertiva e construtiva⁽²⁾.

A questão da pesquisa é: na perspectiva da segurança do paciente, como podemos caracterizar o processo da comunicação da equipe de enfermagem no ambiente hospitalar?

O objetivo é caracterizar o processo de comunicação da equipe de enfermagem em um hospital filantrópico de médio porte.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa do tipo estudo de caso. Optou-se por este tipo de pesquisa por acreditar-se que os objetivos do estudo somente poderiam ser alcançados a partir da descrição do fenômeno *in loco*.

A cultura de segurança do paciente foi descrita por meio do instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSoPSC). O HSoPSC foi desenvolvido pela *Agency for*

Healthcare Research and Quality (AHRQ) como um instrumento válido de mensuração da cultura institucional de segurança do paciente ⁽⁴⁾. Esse instrumento foi traduzido, adaptado transculturalmente e validado para uso no contexto brasileiro através da tese de doutorado da pesquisadora Cláudia Tartaglia Reis, pela Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP – da Fundação e Instituto Oswaldo Cruz – Fiocruz, defendida no ano de 2013 com o título: “A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento para o contexto hospitalar brasileiro”. ⁽⁵⁾

O HSoPSC é composto por 42 questões distribuídas em 12 dimensões e três níveis: unidade de trabalho (expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes, aprendizado organizacional, trabalho em equipe, abertura da comunicação, retorno das informações e comunicação sobre erros, respostas não punitivas aos erros e adequação de recursos humanos); organização hospitalar (apoio da gestão para segurança do paciente, trabalho em equipe entre as unidades, passagens de plantão e transferências internas) e de resultado (percepção geral da segurança do paciente e frequência de notificação de eventos).

O artigo se trata de recorte de uma dissertação de mestrado, portanto, para essa

publicação, será apresentado a dimensão “Abertura da Comunicação”. Optou-se por essa dimensão pelo impacto que a comunicação apresenta na segurança do paciente.

Essa dimensão é composta por 3 perguntas, suas respostas foram codificadas por meio da Escala de *Likert*. Foram interpretadas como fortalezas, itens com 75% ou mais de resultados favoráveis à segurança do paciente, enquanto respostas positivas menores de 50% representam fragilidades⁽⁶⁾. No presente estudo foi calculada a frequência de respostas positivas. Respostas positivas que tiveram frequência entre 50% e menos de 75%, consideramos como neutras, por não constituírem-se nem em uma fortaleza nem em uma fragilidade.

Os dados foram produzidos em agosto de 2016, após análise e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIRIO, protocolo de nº 1.651.344, a partir de formulários eletrônicos, nestes formulários foram anexados os Termos de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) assinados por cada participante. Para a utilização desses formulários foi utilizado o aplicativo *KoBoToolbox*. Este programa engloba um conjunto de ferramentas para a coleta de dados de campo. O software é livre e open source (código aberto). A coleta pode ser feita

através de smartphones, tablets ou computadores. Nesse estudo utilizou-se o tablet para coleta dos dados.

O cenário proposto foi de um hospital filantrópico de médio porte, no Leste de Minas Gerais, Brasil, que conta com 213 leitos ativos, atendendo 23 cidades da região. No período da coleta dos dados a instituição não tinha o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), seus esforços estavam voltados para a implantação desse setor. Atualmente o NSP foi fundado e está iniciando seus trabalhos, onde os resultados desta pesquisa estão sendo utilizados para nortear tomadas de decisões.

Esta instituição também serve como campo de atividade de ensino prático para acadêmicos dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Farmácia e Medicina, estágio de cursos técnicos em Enfermagem e residência médica.

Seria ideal para a coleta de dados com o HSoPSC, a aplicação do instrumento com todas as categorias profissionais da instituição estudada, entretanto, como o estudo se trata de uma dissertação de mestrado, não houve tempo hábil para a coleta com todos funcionários. Neste contexto, a equipe de Enfermagem, em sua totalidade, foi eleita para a participação da pesquisa, por ser a que dedica mais tempo a prestação de cuidados

aos pacientes, e por ser a categoria com o maior quantitativo de profissionais. Devido aos dados levantados e as informações que a instituição permitiu que houvesse acesso, a análise estatística se deu pela frequência das respostas utilizando o software Excel 2013.

RESULTADOS

A instituição estudada conta com 277 profissionais na equipe de enfermagem, destes, 80 participaram do estudo, dos quais, 45% (n=38) são técnicos de enfermagem, 45% (n=38) são auxiliares de enfermagem e 10% (n=08) são enfermeiros. Não foi possível fazer a análise comparativa em relação a proporção de técnicos/auxiliares de enfermagem e enfermeiros que trabalham na instituição pois não houve acesso a estes números. A amostragem empregada foi por conveniência.

A dificuldade encontrada para coletar os dados deu-se no plantão noturno, no qual, os profissionais eram convidados a participar mas, a maioria, negou justificando o fluxo intenso de trabalho.

Observou-se que, dos enfermeiros que participaram da pesquisa, 3 (f. 37,5%) trabalham na instituição a menos de 5 anos e somente 1 (12,5%) trabalha no hospital a mais de 20 anos. Os demais, que totalizam 4 participantes (f. 50%) estão na instituição em

um período de 6 a 20 anos. Em relação ao tempo de trabalho na atual unidade, 7 (f. 87,5%) enfermeiros estão a menos de 5 anos alocados no setor, enquanto 1 (f.12,5), está a mais de 21 anos. Em se tratando do tempo que trabalha na especialidade ou na profissão atual, 4 (f. 50%) enfermeiros se enquadraram como estando a menos de 5 anos, 3 (f. 37,5%) alegaram estar na especialização ou profissão entre 6 a 10 anos e 1 (12,5%) está no período de 11 a 20 anos.

Quanto aos técnicos de enfermagem, 13 (f. 36,11%) trabalham na instituição a menos de 5 anos, 21 (f. 58,34 %) estão no hospital em um período de 6 a 20 anos e 2 (5,56%) a mais de 21 anos. Em relação ao tempo de trabalho na atual unidade, 22 (f. 61,11%) técnicos de enfermagem estão a menos de 5 anos alocados no setor, enquanto 14 (f. 38,89%), estão entre 6 a 20 anos. Sobre o tempo de trabalho na profissão, 12 (f. 33,33%) estão na função a menos de 5 anos, 21 (f. 58,33%) no período de 6 a 20 anos e 3 (f. 8,33%) são técnicos de a mais de 21 anos.

Sobre os auxiliares de enfermagem, 14 (f. 38,89%) estão na instituição a menos de 5 anos, 20 (f. 55,55%) trabalham no hospital entre 6 a 20 anos e 3 (f. 8,33%) a mais de 21 anos. Quanto ao tempo de trabalho na atual unidade, 25 (f. 69,44%) estão na alocação a

menos de 5 anos e 11 (f. 30,55%) estão entre 6 a 20 anos no setor. Em se tratando do tempo na profissão atual, 15 (f. 41,67%) exercem a função a menos de 5 anos enquanto 21 (f. 58,34%) estão na profissão entre 6 a 20 anos.

Em relação a distribuição dos participantes da pesquisa por clínicas, apresenta-se o Quadro 1.

Quadro 1. Distribuição dos participantes do estudo por unidade hospitalar. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2017.

UNIDADE	N	F
Unidade de Internação mista	20	25,0%
Clínica Médica	18	22,5%
Cirurgia	12	15,0%
Pediatria	11	13,75%
Obstetrícia	10	12,5%
Unidade de Terapia Intensiva (qualquer tipo)	9	11,25%

Fonte: dados da pesquisa.

As unidades com maior número de participantes foram: a Clínica Médica e a Unidade de Internação mista, representando juntas, 47,5% dos participantes. Estas unidades correspondem, respectivamente, ao setor que recebe pacientes particulares e de planos de saúde, e a um setor que recebe pacientes pelo SUS.

A “Abertura da Comunicação”, segundo as respostas dos participantes, constituiu-se em uma fragilidade. A frequência de respostas

positivas foi de 16,25% para a primeira questão, 35% para a segunda e 33,75% para a terceira questão, como pode-se observar no quadro 2.

Quadro 2. Dimensão 4: abertura da comunicação obteve frequência de 28,33% de respostas positivas.

Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2017.

Perguntas Dimensão 4	N	F
Os profissionais (independente do vínculo empregatício) têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente.	13	16,25%
Os profissionais (independente do vínculo empregatício) sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores.	28	35%
Os profissionais (independente do vínculo empregatício) têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo.	27	33,75%

Fonte: dados da pesquisa.

DISCUSSÃO

Em um ambiente hospitalar, erros, enganos e/ou falhas na assistência são situações que podem ocorrer. Tendo isso como fato, é preciso que coordenadores e gestores não apontem os erros como falhas individuais, mas sim como falhas do sistema. Para que a cultura de segurança seja fortalecida, os erros precisam ser tratados de forma acrítica, tendo em vista que tal ação possa encorajar os profissionais a relatarem erros ocorridos e possíveis eventos adversos.

Ao expor-se, o profissional também ordena suas ideias, a oportunidade de expressar-se oralmente leva a pessoa a reflexões que, sem este estímulo, ela não faria. No falar, com frequência, o indivíduo faz reflexões, visto que outras ideias também são expostas pelos participantes do diálogo. Devido a isto, o indivíduo vê-se forçado a outro tipo de ordenação de ideias, modificando esquemas de pensamento e precisando ajustar suas conclusões ao que escuta⁽⁷⁾.

Um bom líder necessita de algumas características, dentre elas, o saber escutar seus liderados. Alguns fatores são recomendados para que haja um aperfeiçoamento na arte do escutar. Deixar que o membro da equipe se expresse possui efeito terapêutico, a chefia que permite a “fala terapêutica” ganha pontos na escala de pessoa, significativa para o profissional. Esta função terapêutica da fala não depende da proximidade ou viabilidade da solução pretendida pelo profissional, no entanto, o faz sentir-se como peça fundamental da equipe e permite que eventos adversos sejam evitados e/ou solucionados de forma eficaz⁽⁷⁾.

Padrões eficazes no processo do cuidado devem ser investidos a começar do treinamento dos profissionais de enfermagem, que precisam ser constantemente reavaliados e aprimorados, somando benefícios não apenas institucional como multiprofissional, e conseqüentemente na qualidade da assistência⁽⁸⁾.

Tomando como exemplo a aviação civil, pode-se citar o método desenvolvido pela Agencia Norte Americana de Aviação (NASA), que se tornou um método obrigatório mundialmente para o treinamento dos profissionais da aviação civil de transporte de

passageiros, o *Corporate Resources Management* (CRM)⁽⁹⁾.

Neste treinamento, as equipes desenvolvem seu trabalho em ambientes críticos, e preferencialmente, com integrantes que não se conhecem. Isto justifica-se pelo grande número de vôos e profissionais que as empresas de aviação dispõem. Com esta medida, os profissionais tornam-se aptos a desenvolver seu trabalho com maestria, independente do relacionamento interpessoal.

O grande diferencial do CRM da aviação é o foco na comunicação. Seus alicerces são pautados nas trocas de informações de qualidade entre os profissionais envolvidos, que por sua vez, necessitam de ambiente de trabalho favorável para que isto ocorra⁽⁹⁾.

O objetivo da comunicação no CRM é aumentar a eficiência gerencial através da compreensão dos processos, fazendo com que a equipe trabalhe de forma coesa, independente de já terem trabalhado juntos anteriormente⁽⁹⁾.

Uma das premissas para a cultura de segurança é a comunicação aberta entre os serviços de saúde e seus pacientes⁽²⁾. Uma forma de lidar com a comunicação entre os profissionais e entre profissionais e pacientes é o método *Disclosure*.

O Instituto Brasileiro para a Segurança do Paciente (IBSP) definiu o *disclosure* como o processo estruturado de comunicação entre o paciente e seus familiares quando existe um dano, sendo ele não intencional ou intencional, grave ou potencial grave, que ocorreu no processo assistencial. Este termo vem da língua inglesa e costuma ser traduzido como “revelação” ou “abertura”⁽⁷⁾.

No *disclosure*, a forma com que se dará o processo de comunicação é único, variando as tomadas de decisão de acordo com a gravidade do Evento Adverso.

É importante que esta ferramenta tenha início e fim. No *disclosure* inicial, os profissionais envolvidos devem fornecer informações sobre os fatos do evento, os impactos ocorridos e quais medidas foram adotadas para minimizar e/ou reverter o dano. Já no *disclosure* final, os profissionais devem fornecer informações complementares com a exposição das causas do evento e das lições aprendidas no processo, lembrando que, estas etapas necessitam da participação não somente de profissionais da assistência de saúde, mas também de profissionais do setor jurídico e gestores⁽²⁾.

Em uma situação qualquer, o líder mais eficaz é aquele que melhor satisfaz as necessidades de seus seguidores, estas

necessidades nem sempre significam fazer o que o subordinado quer, mas dar-lhe voz e analisar suas ideias. Liderança é a influência interpessoal exercida numa situação, por intermédio do processo de comunicação, para que seja atingida uma meta. Um líder eficaz precisa ser integrado, preocupar-se não só com as tarefas a serem realizadas, como também com seus subordinados⁽¹⁰⁾.

As informações entre membros de uma equipe de saúde devem ser transparentes, livres, sendo um dos atributos mais importantes da cultura de segurança. A transparência e a liberdade para expressar-se devem ser condições primordiais para o alcance da segurança, a ausência destes atributos, inibe a aprendizagem com os incidentes, sendo referida nas literaturas que a comunicação ineficaz entre os profissionais de saúde é uma das principais causas de incidentes, causando danos aos pacientes⁽¹¹⁾.

CONCLUSÃO

No presente estudo pareceu evidente o quanto é problemática a comunicação nos setores da instituição estudada. Questionar erros na assistência não deve ser interpretado como uma forma de crítica negativa, ou de punição, e sim como uma forma de troca de experiências e conhecimentos, a fim de traçar

uma melhor conduta terapêutica ao paciente.

A comunicação entre as equipes de saúde é um fator chave para a segurança do paciente. Um processo comunicativo ineficaz contribui diretamente para que ocorra a possibilidade de erros, levando assim, a possíveis danos ao paciente, que em muitas vezes, podem ser irreversíveis.

Um líder tem que saber comunicar-se, e dar liberdade aos membros da equipe para a comunicação. A segurança do paciente necessita de uma comunicação eficiente entre os profissionais de saúde, a falta desta contribui para a ocorrência de incidentes. Não há como implementar métodos de intervenção de cuidados se não houver comunicação, e conseqüentemente, não haverá prevenção e/ou correção de resultados negativos.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Investigação em segurança do paciente: curso introdutório [Internet]. 2000 [acesso em 28 abr 2016]. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/en/>.
2. JCI. Joint Commission International. Manual Internacional de Padrões para Acreditação Hospitalar. 4. ed. Estados Unidos da América: CBA; 2011.
3. Vieira S, Hossne WS. Metodologia Científica para a área da saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora; 2015.
4. Sorra JS, Dyer N. Multilevel psychometric properties of the AHRQ hospital survey on patient safety culture. BMC Health Services Research. 2010; 199(10).
5. Reis CT. A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013.
6. Sorra J, Nieva V. Hospital survey on patient safety culture: prepared by Westat, Rockville, MD, under contract n. 290-96-0004. AHRQ Publication. 2004; 41(4).
7. Fiorelli JO. Psicologia para administradores: integrando teoria e prática. 9. ed. São Paulo: Atlas; 2014.
8. Oliveira PVN, Valente GSC. O enfermeiro novato na unidade de terapia intensiva: nexos com a segurança do paciente. Revista Enfermagem Atual [Internet]. 2017 [acesso em 10 nov 2017]; 80(1):63-66. Disponível em: http://www.revistaenfermagematual.com.br/revistas/revista_18.pdf
9. Brasil. Agencia Nacional de Aviação Civil. Manual do Facilitador em CRM: introdução ao treinamento do CRM. Tradução e compilação Tereza Freire Breves. Brasília, DF [Internet]. 2000; [acesso em 30 mar 2017]. Disponível em: <http://www2.anac.gov.br/arquivos/pdf/manualtreinamentofacilitadorcrm3.pdf>.
10. Laselva C. O erro aconteceu: o que o paciente e a família esperam de você agora? Ouro Preto: Ensino Einstein [Internet]. 2014 [acesso em 30 mar 2017] Disponível em: http://www.ismp-brasil.org/congresso/public/palestras/Claudia%20Laselva_O%20erro%20aconteceu%20e%20agora_abril2014.pdf.
11. Carrera SA. Cultura de segurança do paciente: a percepção do enfermeiro em um hospital oncológico. [Dissertação]. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro; 2013.