



PERCEPÇÃO DO CLIMA DE SEGURANÇA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA – RESULTADOS PRELIMINARES

Palavras-Chave: Segurança do paciente, Enfermagem, Unidade de Terapia Intensiva

Autores:

Aline Maressa dos Santos Rodrigues – Faculdade de Enfermagem UNICAMP

Enfa Ms.Roberta Nazario Aoki (coorientadora) – Faculdade de Enfermagem UNICAMP

Profª Drª Edinêis de Brito Guirardello (orientadora) – Faculdade de Enfermagem UNICAMP

INTRODUÇÃO

A unidade de terapia intensiva (UTI) é um ambiente destinado à assistência aos pacientes que requerem alto nível de complexidade de cuidado. Devido a essa complexidade, os ambientes de cuidados intensivos estão associados a riscos significativos de eventos adversos e erros graves¹.

A Enfermagem ocupa um papel essencial na segurança dos pacientes e evidências apontam a influência da percepção do clima de segurança na qualidade da assistência². O clima de segurança é definido como um subconjunto de uma cultura mais ampla que se refere às atitudes da equipe sobre a segurança do paciente, sendo considerado uma medida indireta da cultura de segurança³.

O presente estudo tem como objetivo avaliar a percepção dos profissionais de enfermagem sobre o clima de segurança na UTI.

MÉTODO

Estudo transversal, quantitativo e descritivo, realizado em UTIs Adulto de uma instituição de ensino do interior do estado de São Paulo. Foram considerados para a amostra os enfermeiros e técnicos de enfermagem que desenvolvem atividades relacionadas a assistência de enfermagem e supervisão, com idade igual ou superior a 18 anos, independente do tempo de experiência na unidade. Foram excluídos da amostra os sujeitos ausentes no período de coleta de dados devido a licença-médica e licença-gestante.

Para a coleta de dados foram consideradas a ficha de caracterização com dados pessoais e profissionais e a versão brasileira do *Patient Safety Climate in Healthcare Organizations* (PSCHO)⁴, que tem como objetivo mensurar o clima de segurança no ambiente hospitalar⁵.

O PSCHO é composto por 38 afirmativas, que avaliam o clima de segurança sob o aspecto organizacional, da unidade e interpessoal, por meio de 12 dimensões: engajamento da administração da instituição, recursos organizacionais para a segurança, ênfase geral na

segurança do paciente, apoio dos gerentes da unidade, normas de segurança na unidade, reconhecimento da unidade e apoio à dedicação em relação à segurança, aprendizado coletivo, segurança psicológica, responsividade aos problemas, medo do constrangimento, medo de culpabilização e punição e prestação de cuidado seguro^{4,5}.

A escala de medida é do tipo Likert com cinco pontos, que variam de discordo totalmente (1 ponto) para concordo totalmente (5 pontos), além da opção “não se aplica”. A pontuação é obtida de forma que se dê destaque às respostas que se opõem à segurança do paciente, ou seja, as opções discordo totalmente (1 ponto) e discordo (2 pontos), denominadas como respostas problemáticas. A pontuação é obtida para os itens, dimensões e para o clima de segurança geral e, quanto menor a porcentagem de respostas problemáticas (PRP), melhor é a percepção do clima de segurança na instituição². A confiabilidade das dimensões do PSCHO – versão brasileira, avaliada por meio da confiabilidade composta, variou de 0,61 a 0,95⁴.

Trata-se de um estudo com apresentação dos resultados preliminares. A coleta de dados inicialmente estruturada no formato presencial foi replanejada para o modelo de formulário online, devido às restrições sanitárias da pandemia COVID 19, conforme orientações do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição. Teve início em 01 de julho de 2021, com a coleta viabilizada pelo Google Forms, contendo a ficha de caracterização e a versão brasileira do PSCHO.

Previamente, foi realizado o convite aos profissionais das UTIs por meio de cartazes afixados nas unidades contendo o link e QR-Code para acesso à pesquisa. Além disso, obteve-se o apoio da gestão da unidade para envio do convite aos profissionais com o link de acesso à pesquisa pelo WhatsApp.

Os dados coletados correspondem ao período de 01 de julho a 20 de agosto de 2021, foram organizados em planilhas utilizando o programa *Microsoft® Excel 2010* e analisados com o uso do programa *SPSS for Windows* versão 17.0. Realizou-se a análise descritiva dos dados, com a apresentação das frequências e porcentagens para as variáveis qualitativas.

O estudo seguiu os preceitos éticos de pesquisas com seres humanos, segundo a resolução 466/12. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, sob o registro CAAE: nº 39037220.3.0000.5404.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi composta por 49 profissionais, sendo 14(28,57%) enfermeiros e 35(71,43%) técnicos de enfermagem, com maioria 45 (91,84%) responsável pelas atividades de assistência direta aos pacientes. Desses profissionais, 40 (81,6%) são do sexo feminino e 9 (18,4%) do sexo masculino. A média de idade dos profissionais foi de 38 anos (Min=22; Max=56, DP=8,27), com tempo médio de experiência na instituição atual de 7,74 anos (Min=0,5; Max=28, DP=7,46). Quanto ao turno de trabalho, 12 (24,5%) são do turno manhã, 19 (38,8%) do turno tarde, 17 (34,7) do turno noite e 01 (2,0%) no horário administrativo.

Para análise do PSCHO foi realizado o cálculo da porcentagem de respostas problemáticas (PRP) para o total de itens e por dimensões do PSCHO (Tabela 1).

Tabela 1. Porcentagem média de respostas problemáticas por dimensões do *Patient Safety Climate in Healthcare Organizations* (n = 49). Campinas, SP, 2021

Dimensões do PSCHO	Média (%)
Medo do constrangimento	7,0
Ênfase geral na segurança do paciente	12,5
Recursos organizacionais para segurança	18,0
Normas de segurança na unidade	14,4
Segurança psicológica	14,4
Engajamento da administração da instituição	16,3
Apoio dos gerentes da unidade	17,4
Responsividade aos problemas	18,6
Aprendizado coletivo	20,1
Reconhecimento da unidade e apoio à dedicação em relação à segurança	38,2
Medo de culpabilização e punição	41,4
Prestação de cuidado seguro	61,9
Escore médio total	23,4

O escore médio total de PRP das 12 dimensões do PSCHO foi de 23,4%, e nessas dimensões os valores variaram de 7,0% a 61,9%. Esse resultado foi superior a estudos que utilizaram o mesmo instrumento^{6,7}.

Teorias que fundamentam Organizações de Alta Confiabilidade (*High Reliability Organizations* - HROs) sugerem que organizações com PRPs maiores que 10% possuem maior probabilidade de erros e danos⁸. Dessa forma, as dimensões que apresentam PRPs elevadas como “Reconhecimento da unidade e apoio à dedicação em relação à segurança” e “Medo de culpabilização e punição”, indicam áreas que requerem melhorias no ambiente para favorecer o clima de segurança.

A dimensão com maior PRP foi a de “Prestação de cuidado seguro”, apontando para o risco de erros e danos para o paciente, pois a maioria dos participantes já presenciaram ações inseguras para o paciente. Tais resultados se assemelha ao encontrado nos Estados Unidos⁷.

Com relação a percepção do clima de segurança entre as categorias profissionais, observou-se que os profissionais diferem quanto a percepção do clima de segurança, no qual os técnicos de enfermagem relataram maiores médias para a maioria das dimensões, com exceção das dimensões “Responsividade aos problemas” que obteve uma média de 3,61 para enfermeiros e 3,50 para TE e, “Medo de culpabilização e punição” com um média de 3,29 para enfermeiros e 2,90 para TE. Entretanto, essas diferenças não foram estatisticamente significantes.

Quanto ao tipo de UTI, os profissionais das UTIs de atendimento a pacientes com COVID - 19 relataram menores médias para todas as dimensões quando comparado aos profissionais das demais UTIs (Tabela 2). Destaca-se que para as dimensões “Normas de segurança na unidade” e “Responsividade aos problemas”, essas diferenças foram estatisticamente significantes. Isso demonstra que na UTI COVID violações dos procedimentos operacionais padrões são frequentes e que usualmente não há um seguimento apropriado ao notificar os problemas relacionados.

Tabela 2. Percepção dos profissionais sobre as dimensões do Patient Safety Climate in Healthcare Organizations (PSCHO) entre UTIs COVID e Não COVID (n=49). Campinas, SP, Brasil, 2021.

Dimensões PSCHO	UTI COVID	Média	Desvio		p-valor
			padrão	Mediana	
Engajamento da administração da instituição	Sim	3,51	0,65	3,40	0,1397*
	Não	3,83	0,64	4,00	
Recursos organizacionais para segurança	Sim	3,52	0,76	3,67	0,0639**
	Não	3,87	0,83	4,00	
Ênfase geral na segurança do paciente	Sim	3,65	0,74	4,00	0,0690**
	Não	4,04	0,45	4,00	
Apoio dos gerentes da unidade	Sim	3,50	0,96	3,67	0,5717**
	Não	3,72	0,78	3,83	
Normas de segurança na unidade	Sim	3,63	0,74	3,75	0,0334*
	Não	4,15	0,57	4,38	
Reconhecimento da unidade e apoio à dedicação em relação à segurança	Sim	2,81	0,73	2,75	0,2672*
	Não	3,10	0,89	3,38	
Aprendizado coletivo	Sim	3,39	0,68	3,50	0,1907**
	Não	3,69	0,53	3,75	
Segurança psicológica	Sim	3,58	0,87	4,00	0,0535**
	Não	4,14	0,30	4,00	
Responsividade aos problemas	Sim	3,39	0,84	3,50	0,0334**
	Não	3,96	0,50	4,00	
Medo do constrangimento	Sim	4,06	0,62	4,33	0,5290**
	Não	4,12	0,81	4,33	
Medo de culpabilização e punição	Sim	2,93	0,93	3,00	0,2465**
	Não	3,25	0,82	3,33	
Prestação de cuidado seguro	Sim	2,53	1,01	2,00	0,3676**
	Não	2,75	0,89	2,25	

* p-valor obtido por meio do teste t de Student não pareado; ** p-valor obtido por meio do teste de Mann-Whitney.

CONCLUSÕES

A porcentagem de respostas problemáticas tanto para o total de itens como para as dimensões foram superiores a 10% em 11 das 12 dimensões do PSCHO, sendo a dimensão “Medo do constrangimento” a única que apresentou PRP inferior a 10%. As dimensões com PRP maiores que 10% chamam a atenção para áreas do clima de segurança que podem estar susceptíveis a erros e danos ao paciente e apresentar oportunidades de melhorias.

Na comparação entre categorias, não apresentaram diferenças estatisticamente significantes. Quanto ao tipo de UTI, os profissionais da UTI COVID relataram menores pontuações para todas as dimensões, com diferenças estatisticamente apenas para as dimensões “Normas de segurança na unidade” e “Responsividade aos problemas”.

REFERÊNCIAS

1. Ravi PR, Vijai MN (2015) Errors in ICU: How Safe is the Patient? A Prospective Observational Study in a Tertiary Care Hospital. *J Anesth Clin Res* 6: 535. doi:10.4172/2155-6148.1000535
2. Singer S, Lin S, Falwell A, Gaba D, Baker L. Relationship of safety climate and safety performance in hospitals. *Health Serv Res.* 2009;44(2P1):399-421. doi:10.1111/j.1475-6773.2008.00918.x
3. The Health Foundation. Research scan: measuring safety culture. London: The Health Foundation, 2011. [Internet]. [cited 22 Abr 2020]. 48. Available from: <https://www.health.org.uk/sites/default/files/MeasuringSafetyCulture.pdf>.
4. Cunha MRPD. Adaptação cultural e avaliação das propriedades de medida do instrumento Patient Safety Climate in Healthcare Organizations [tese]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2017. Disponível em: http://www.repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/333351/1/Cunha_MarciaRaquelPanuntoDias_D.pdf
5. Benzer JK, Meterko M, Singer SJ. The patient safety climate in healthcare organizations (PSCHO) survey: short-form development. *J Eval Clin Pract.* 2017; 23(4):853-859. doi: 10.1111/jep.1273
6. Zhou P, Bundorf MK, Gu J, He X, Xue D. Survey on patient safety climate in public hospitals in China. *BMC Health Serv Res.* 2015. doi: 10.1186/s12913-015-0710-x
7. Singer SJ, Hartmann CW, Hanchate A, et al. Comparing safety climate between two populations of hospitals in the United States. *Health Serv Res.* 2009; 44(5 Pt 1):1563-1584. doi: 10.1111/j.1475-6773.2009.00994.x
8. Hartmann CW, Rosen AK, Meterko M, Shokeen P, Zhao S, Singer S, et al. An overview of patient safety climate in the VA. *Health Serv Res.* 2008; 43(4):1263-84. doi: 10.1111/j.1475-6773.2008.00839.x