|  |  |
| --- | --- |
| **DIMENSÕES DE CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE** | **CONTEÚDO DA QUESTÃO DISCURSIVA – SEÇÃO I** |
| **Trabalho em equipe no âmbito das unidades** |  *Quando ocorre de um dos colaboradores ficar sobrecarregado ninguém vai ajudar e até mesmo a chefia, dependendo de quem no momento está precisando de ajuda, nem mesmo ela pede para alguém ajudar, colocando em risco o profissional e o próprio paciente*.*(N. 256)* |
| **Expectativas e ações de promoção da segurança dos supervisores e gerentes** |  *... realizar todas as suas atribuições com responsabilidade e muito amor em função da segurança, temos que passar para o cliente que aqui ele vai ser a prioridade. Nós temos supervisão e chefia capacitada para que possamos fazer o melhor.(N.24)**A frequência e omissão de erros é conseqüência da não supervisão de técnicas realizadas pela equipe de enfermagem*.*(N.48)**... em meu setor meus supervisores são atenciosos mas penso que isso deveria se estender ao hospital em geral, para podermos assim transformar nossa assistência em algo muito melhor e qualificado..*.(N.76)*E os profissionais estão sendo muito mal orientados e supervisionados pelas enfermeiras. Como tem muito profissional recém-admitido, as enfermeiras não acompanham o profissional para orientá-lo antes que algo aconteça.(N.216)* |
| **Aprendizado organizacional – melhoria contínua** | *Não se previne a segurança do paciente, só se toma providência depois que o evento aconteceu, falta um protocolo de avaliação e necessidade de informação para o profissional, paciente e acompanhante.(N.59)**Acredito que educação continuada e supervisão dos enfermeiros à equipe de enfermagem é sempre um bom “passo” até para que fique sempre em mente a importância do cuidado com a segurança do paciente que acaba por si mesmo sendo também a segurança do profissional.(N.96)**Os relatórios de eventos adversos deveriam ser usados para que os profissionais que cometessem os erros fossem treinados para que o erro não voltasse a ocorrer.(N.134)**Deve ser implantado um plano de intervenções para identificar os possíveis riscos que cada paciente individualmente tem, para que seja aplicado um conjunto de ações para prevenção desses riscos.(N.186)**Sugiro a implantação de sistema de notificação informatizado.(N.212)**A chefia assim como funcionários de anos nesta instituição recusam a aceitar mudanças de comportamento, como mudanças de técnicas, o que prejudica realmente os nossos clientes. As mudanças e as sugestões são recebidas com a seguinte frase: “aqui não dará certo”. E assim erros são negados quando perguntado.(N.225)**Acho que o único meio de acabar ou pelo menos diminuir erros cometidos, é ter equipe para treinar novos profissionais e ter uma melhor seleção de candidatos, aulas sobre diluições e preparações de medicações, porque nem tudo se aprende no curso*.*(N.234)**Acredito que uma simples estratégia de gerenciamento de risco, com treinamento e disponibilização de informações para os usuários e acompanhantes acredito que melhoraria expressivamente os acidentes evitáveis*.*(N.281*) |
| ***Feedback* e comunicação a respeito de erros** | *Tempo entre o comunicado e uma resposta favorável de eventos adversos é fraco e demorado.(N.6)**Na unidade em que eu trabalho nesse hospital a segurança do paciente é uma prioridade e os eventos adversos são 100 % notificados e medidas são tomadas para que os mesmos não voltem a ocorrer, porém percebo que essa não é uma realidade do hospital como um todo.(N.155)* |
| **Abertura para as comunicações** | *Eu acredito que há falta de comunicação e quando existe ela vem acompanhada de forte repressão e isso não ajuda no contexto de melhorar a maneira de controlar e administrar os processos, pois sempre lhe julgam antes de ouvir as partes.(N.104)**Na unidade onde atuo não existe relatórios de eventos adversos, a não ser o de queda de paciente. Quando ocorrem erros dificilmente são notificados à chefia, pois a mesma não dá abertura para esse tipo de notificação.(N.121)**... acho que ainda tem muita coisa a fazer, eu acho que muitos profissionais têm muitas dúvidas e o orgulho ou outro motivo que os impede de perguntar aí acabam prejudicando o paciente em algum sentido.(N.216)* |
| **Pessoal** | *A proporção de pacientes para funcionários é muito grande, ou seja, a carga de trabalho é muito grande o que é perigoso tanto para o paciente quanto para o profissional.(N.3)**Na maioria das vezes existe a sobrecarga de trabalho, temos que cuidar dos pacientes por produção e não como ser humano. É impossível prestar um cuidado humanizado, principalmente quando se tem que “rodar” para as outras clínicas. (N.4)**No meu setor temos um bom número de funcionários e tudo corre bem organizado e somos bem supervisionados para que isso ocorra, porém quando necessitam que trabalhemos em outros andares percebo que a segurança do paciente é um pouco esquecida.(N.35)**Evento adverso ocorre principalmente com paciente idoso, já que a equipe de enfermagem não consegue dá atenção/cuidado adequado ao paciente com um quadro de funcionários quase sempre insuficiente.(N.65)**Segurança do paciente depende muito de quem está com o cliente, o profissional de enfermagem deve procurar exercer a profissão de modo ético, respeitando o paciente e sua família, suas crenças pessoais, seus valores, para poder alcançar a recuperação desse cliente e não a sua piora... reconhecer o erro é a melhor forma de melhorar a assistência do cliente.(N.93)**Sempre que é focada a quantidade em detrimento da qualidade em nosso hospital, concomitantemente falta tempo para pensar e agir com segurança. Isto também porque dificulta a visualização de riscos e a reflexão de nossas atitudes, individuais e coletivas.(N.109)**Infelizmente os turnos de trabalho não cooperam entre si e aqui se trabalha muito e o pior de tudo é o não reconhecimento; trabalha-se correndo e estamos muito propícios a erros, e quando erros acontecem o que ouvimos é que estamos despreparados para o trabalho. E a correria?(N.117)**Na minha unidade tem-se percebido grande melhora no atendimento/cuidado ao paciente, apesar dessa melhora, está longe do ideal, justamente pelo número reduzido de funcionários e sobrecarga de trabalho, prejudicando a assistência integral ao paciente. A melhora deve-se ao esforço pessoal dos funcionários, e não à melhora das condições de trabalho.(N.123)* *Pacientes a mais, funcionários a menos, igual a déficit de segurança do paciente.(N.178)**O paciente neste e em qualquer hospital é um ser humano que necessita e tem direito a um atendimento de qualidade, humanizado e funcional, no entanto, os funcionários que prestam estes cuidados, também são além de profissionais que optaram por esta profissão, seres humanos que dá mesma forma necessitam e têm direitos a serem garantidos por lei e mérito. É impossível prestar um atendimento de qualidade, eficiente e humanizado sem que o prestador deste serviço esteja apto fisicamente, emocionalmente e financeiramente. A segurança do paciente somente será eficaz quando o profissional responsável por este serviço for visto de uma maneira diferente da que se vê hoje, ou seja, o profissional precisa de base e conhecimento técnico-científico, humanização, resiliência, carga de trabalho justa, salário adequado com a responsabilidade da função e aprimoramento constante e atual.(N.289)* |
| **Respostas não punitivas aos erros** | *Relatórios são preenchidos normalmente para punir o funcionário, existe uma vontade muito grande de “entregar” o colega e quase sempre isso não visa o bem do paciente.(N.117)**Muitas vezes um relatório enviado por um profissional no intuito de melhorar o serviço se torna uma arma contra quem enviou.(N.177)**E o erro nunca se vira para esse problema, mas sempre para “incapacidade” do profissional de enfermagem. Isso provoca a desmotivação do desenvolvimento no trabalho.(N.238)**O erro ainda é rotulado como ação punitiva e não educativa, a falta de recursos materiais, no caso das medicações que nem sempre estão acondicionadas de maneira adequada favorece o erro, por exemplo.(N.290)* |
| **Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente** | *De modo geral o hospital não se preocupa muito com a questão de segurança do paciente. O que comumente acontece é que só se toma alguma atitude quando acontece algum evento adverso ou após e não é pela enfermagem e sim pela própria administração do hospital.(N.20)**Gostaria que a instituição nos oferecesse mais condições de trabalho, através de recursos humanos e materiais, pois acredito que uma das falhas do serviço seja esta.(N.97)**A administração hospitalar está mais interessada em número e fluxo dos pacientes do que com a segurança do mesmo. Quando a segurança é afetada o foco se torna em quem ocasionou e não o porquê.(N.176)**Neste hospital o ambiente físico, a estrutura organizacional e ações da administração não convergem de forma a proporcionar um ambiente seguro ao paciente. Há de se entender que o importante não é justificar o erro e punir o culpado, e sim utilizar o evento adverso para corrigir falhas presentes e futuras.(N.181)* |
| **Trabalho em equipe pelas unidades hospitalares** | *Neste hospital a impressão que temos é que eles não têm domínio sobre os funcionários, e que um setor não se importa com o outro, sempre que um funcionário de outra clinica vem ajudar, vem com má vontade como se o hospital não fosse o mesmo.(N.169)* |
| **Transferências internas e passagens de plantão** | *Esta unidade vem recebendo vários pacientes de outro setor com uma dificuldade de passagem de plantão, muita falta de informações, segurança e sigilo do paciente. Isto não existe.(N.74)**As equipes de outras unidades, que não sejam emergência, encontram muita dificuldade em transferir pacientes para UTI e emergência, não se atentando ao que é mais importante numa transferência como drogas e O2, acredito que um treinamento sobre transferência de paciente seja fácil e rápido para resolução deste acontecimento frequente, isso fora os pertences que realmente se perdem nesse trajeto.(N.90)**Infelizmente o hospital não tem tantos protocolos para serem seguidos, afetando negativamente a ação da equipe multiprofissional no quesito continuidade e qualidade de plantão.(N.279)* |

**Figura 1 –** Conteúdo das respostas à questão discursiva acerca da segurança do paciente, erros ou relatórios de eventos adversos no hospital.

**Fonte:** Os autores (2012).