

ISSN 1984-753X
ISSN 2177-045X (online)

RETEP

Revista Tendências da Enfermagem Profissional
Journal of Trends of Professional Nursing

v. 10 n. 4 2018



www.coren-ce.org.br

Sumário

- [2](#) Editorial
- [3](#) Relações interpessoais na equipe de enfermagem: fatores para formação de vínculos profissionais saudáveis
Interpersonal relationships in the management team nursing: factors for the formation of healthy professional bonds
Maira Buss Thofehrn, Helen Nicoletti Fernandes, Adrize Rutz Porto, Cristina Arreguy-Sena, Manuela Gomes Campos Borel, Simone Coelho Amestoy, Flávia Fernandes Dias Borges.
- [12](#) Avaliação da cultura de segurança do paciente em Centro de Terapia Intensiva de Hospital Terciário
Evaluation of the patient safety culture in the tertiary hospital intensive care center
Bárbara Frota Negreiros, Nathalia Alves Bruno, Patrícia Freire de Vasconcelos, Sherida Karanini Paz de Oliveira, Vanessa Emille Carvalho de Sousa Freire.
- [21](#) Avaliação da gestão hospitalar: contribuições do processo de acreditação na visão de gestores
Hospital management assessment: contributions of the accreditation process in the view of managers
Antônio Ademar Moreira Fontenele Júnior, Maria Thayane Jorge Freire, Maria do Socorro Melo Carneiro.
- [27](#) Educação em saúde com adolescentes mediada por tecnologias da informação: revisão integrativa
Teaching health education mediated by information technologies: integrative review
Patrícia Solano Feitosa, Antonia Cinthya Gomes da Silva, Thábyta Silva de Araujo, Queliane Gomes da Silva Carvalho, Neiva Francenely Cunha Vieira.
- [34](#) Atuação da enfermagem no processo de cirurgia segura
Nursing performance in the safe surgery process
Maria da Conceição da Rocha Lopes, Lúcia de Fátima da Silva, Ticyanne Soares Barros, Francisca Juliana Granjeiro Martins, Maria Sinara Farias.

**Dr. José Jeová Mourão Netto**Editor Chefe
Retep

Por que não é possível ensinar Enfermagem a distância?

A educação em enfermagem no Brasil vem passando por transformações significativas⁽¹⁾, sobretudo induzidas pelas demandas das diferentes formas de adoecimento da população e do modo de produção capitalista. Como expressão dessas mudanças, as políticas públicas de educação têm tensionado uma expressiva expansão da educação superior em enfermagem, por meio do aumento do número de cursos e vagas na graduação.⁽²⁾

Essa expansão tem repercutido em desafios para a formação, dentre estes a manutenção da qualidade⁽³⁾, pois acredita-se que, quando se possibilitou a ampliação quantitativa de instituições de ensino e o aumento do número de cursos e vagas, favoreceu-se uma formação mais suscetível a fragilidades, principalmente pela discreta participação da pesquisa e da extensão nesse processo, além da proliferação de cursos e instituições, muitos deles, distantes da ideia de universidade e de padrões mínimos de qualidade.⁽²⁾

O Ensino a Distância (EaD) na Graduação em Enfermagem tem emergido como um destes aspectos desafiadores na expansão da graduação, pois é limitada a possibilidade

de se ensinar uma ciência aplicada, como a enfermagem, se não pela interação do estudante com o professor e do estudante com seus pares.

O trabalho do enfermeiro é muito singular e envolve atividades complexas: gerir (pessoas e materiais), cuidar, ensinar, pesquisar e participar politicamente.⁽⁴⁾ Esse leque de capacidades não pode ser desenvolvido por EaD, pois necessita da interação humana para ser produzido, interação essa que já se sabe ser limitada no EaD.

Só é possível aprender com o outro! Nada pode substituir a presença, a interação entre os humanos, a afetividade, o calor, o sentido de coletivo, de comunidade, de pertença a uma turma ou a uma categoria. Somente a interação, com presença, pode proporcionar estes sentimentos complexos na formação.

Na graduação não se aprende apenas as técnicas, aprende-se também a viver e a conviver. Como aprender isso por EaD, sem a presença do outro, com uma interação limitada?

Por isso, é premente que a formação em enfermagem, bem como todas as graduações da saúde, seja presencial, pois nada pode substituir a presença, seja na formação, seja na prestação do cuidado.

Referências

1 Dias MSA, Silva LMS, Silva LCC, Silva AV, Torres RAM, Brito MCC. Characterization of undergraduate nursing courses according to the National Student Performance Exam. *Rev Bras Enferm.* 2016;69(2):352-8.

2 Fernandes JD. Expansão de cursos/vagas de Graduação em Enfermagem e a qualidade do processo de formação da(o) enfermeira(o). *Rev Bras Enferm.* 2012; 65(3):395-6

3 Teixeira E, Fernandes JD, Andrade AC, Silva KL, Rocha MEMO, Lima RJO. Panorama dos cursos de Graduação em Enfermagem no Brasil na década das Diretrizes Curriculares Nacionais. *Rev Bras Enferm.* 2013;65(3):195-6.

4. Sanna MC. O processo de trabalho em Enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2007;60(2):221-4.

ARTIGO ORIGINAL



Relações interpessoais na equipe de enfermagem: fatores para formação de vínculos profissionais saudáveis

Interpersonal relationships in the management team nursing: factors for the formation of healthy professional bonds

Maira Buss Thofehn¹, Helen Nicoletti Fernandes², Adrize Rutz Porto³, Cristina Arreguy-Sena⁴, Manuela Gomes Campos Borel⁵, Simone Coelho Amestoy⁶, Flávia Fernandes Dias Borges.⁷

1 Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora visitante do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, Professora convidada do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil. **2.** Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil. **3.** Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora Adjunta 1, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil. **4.** Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora Titular, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil. **5.** Enfermeira, Mestranda em Enfermagem, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil. **6.** Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil. **7** Enfermeira, MBA em Gestão de Saúde e Segurança do Paciente, Coordenadora de Enfermagem do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, Juiz de Fora, MG, Brasil.

Autor**Correspondente**

Manuela Gomes Campos Borel. E-mail: manu.uffj@yahoo.com

Não declarados conflitos de interesse

Abstract

Objective: to know the interpersonal relationships in the nursing team that contribute to the formation of healthy professional bonds. **Methods:** research with a qualitative, descriptive and exploratory approach based on the Theory of Professional Links, developed at a Teaching Hospital in Rio Grande do Sul, with 11 nurses from four inpatient units as participants. Data collection was from June to August 2014, through semi-structured interviews and treated by thematic analysis. **Results:** nurses consider relationships at work to be good, due to the constant maintenance of good dialogues. Despite the difficulties in dealing with conflicts, they recognize that they do not hinder the relationships within the work process of the nursing team. **Conclusions:** dialogue, shared decision, fraternization, establishment of trust, cooperation, commitment, respect, responsibility, professional appreciation were identified as factors that contribute to healthy professional bonds.

Descriptors: Nursing. Interpersonal Relations. Nursing Theory. Nursing, Team.

Resumo

Objetivo: conhecer as relações interpessoais na equipe de enfermagem que contribuem para a formação de vínculos profissionais saudáveis. **Métodos:** pesquisa com abordagem qualitativa, descritiva e exploratória fundamentada na Teoria dos Vínculos Profissionais, desenvolvida em um Hospital de Ensino do Rio Grande do Sul, tendo como participantes 11 enfermeiros de quatro unidades de internação. A coleta de dados foi de junho a agosto de 2014, por meio de entrevista semiestruturada e tratadas por análise temática. **Resultados:** os enfermeiros consideram boas as relações no trabalho, devido a constância na manutenção de bons diálogos. Apesar das dificuldades para lidarem com conflitos, reconhecem que não atrapalham as relações dentro do processo de trabalho da equipe de enfermagem. **Conclusões:** diálogo, decisão compartilhada, confraternização, estabelecimento de confiança, cooperação, comprometimento, respeito, responsabilidade, valorização

Submissão
26/03/2019
Aprovação
25/09/2019

Como citar: Thofehn MB, Fernandes HN, Porto AR, Sena CA, Borel MGC, Amestoy SC, Borges FFD. Relações interpessoais na equipe enfermagem: fatores para formação de vínculos profissionais saudáveis. ReTEP [Internet] 2018 [citado em];10(4):3-11. Disponível em:

Introdução

Envolta de subjetividade e complexidade a prática de enfermagem tem como essência o cuidado, no qual se faz necessário relações interpessoais entre o sujeito que necessita de cuidados e a equipe, bem como entre os próprios integrantes da equipe.⁽¹⁾ O enfermeiro é capaz de contribuir para satisfação e motivação da equipe de enfermagem, tornando o trabalho prazeroso e, assim, estimulando o desenvolvimento do potencial coletivo, de modo a influenciar na qualidade do cuidado prestado.⁽²⁾

Ainda, o enfermeiro necessita olhar para os profissionais e perceber que cada um possui características capazes de auxiliar ou dificultar sua produção no trabalho, seja individual ou em grupo.⁽³⁾ Diante disso, é preciso levar em consideração a individualidade de cada membro da equipe, já que este é formado pela sua cultura, pelas vivências, bem como pelo meio que o circunda.⁽⁴⁾

Nesta perspectiva, destaca-se a Teoria dos Vínculos Profissionais (TVP), que propõe facilitar o desenvolvimento de práticas profissionais de enfermagem, através do fortalecimento de vínculos compreendidos como afetivos e sociais, capazes de motivar e comprometer a equipe a desenvolver relações saudáveis.⁽⁵⁾ Estas relações somente ocorrerão mediante liderança do enfermeiro no sentido de promover o envolvimento e a cooperação da equipe de enfermagem. A equipe pode mobilizar-se para transformar o cotidiano de trabalho, através do estabelecimento de relações humanas cada vez mais harmoniosas, com foco no respeito mútuo e colaboração entre seus membros.⁽⁶⁾

Entende-se que a equipe de enfermagem atua dentro de um processo de trabalho, no qual a tarefa profissional compreende o cuidado terapêutico como um cuidado integrador, humanizado e proporcionador de uma vida mais plena. Apresenta como possível de ser alcançado por meio de uma melhor relação interpessoal entre os membros da equipe de enfermagem.⁽⁶⁾

Contudo, estudos apontam a necessidade de construir relações interpessoais saudáveis no trabalho da equipe de enfermagem, seja no Brasil ou no mundo, pois, desta forma, é possível reconhecer os membros da equipe de enfermagem como atores sociais divergentes e capazes de se mobilizarem para a construção mútua de objetivos comuns, reforçando a consolidação da enfermagem como uma profissão democrática.⁽⁷⁾

Diante disso, o presente estudo teve como objetivo conhecer as relações interpessoais na equipe de enfermagem que contribuem para a formação de vínculos profissionais saudáveis.

Métodos

Estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa, realizado em um Hospital de Ensino (HE) de médio porte, de um município da Região Sul do Rio Grande do Sul. Foram convidados todos os enfermeiros dos setores da unidade de clínica médica, de ginecologia e obstétrica, de clínica cirúrgica e pediátrica, que não estavam afastados do setor por motivos de atestados de saúde e férias; participando, ao total, 11 enfermeiros.

A coleta de dados foi realizada por uma mestranda por meio de entrevistas semiestruturadas e ocorreu de junho a agosto de 2014. Os critérios de inclusão foram: ser enfermeiro e atuar em setor aberto. Foram excluídos os enfermeiros afastados do trabalho no momento da coleta dos dados e não atuar em equipe de enfermagem.

Os preceitos éticos de pesquisa com seres humanos foram seguidos, sendo o projeto aprovado sob parecer nº 003/2011. Os participantes receberam a identificação pela letra "E" e número de ordem da entrevista, E1, E2, etc.

As transcrições, na íntegra, foram analisadas por meio da Proposta Operativa de Minayo, na qual o primeiro momento se refere a fase exploratória da investigação, constituindo o marco-teórico fundamental para a análise. O segundo momento compreendeu a fase interpretativa, na qual utilizou-se dos relatos dos informantes para dar sentido, lógica e projeção; e a terceira, buscou compreender e agregar as respostas, fazendo uma interligação dos objetivos e pressupostos da pesquisa com o referencial teórico.⁽⁸⁾

Resultados

As categorias a seguir visam apresentar a percepção dos enfermeiros quanto a relevância das relações humanas, além de tornar visível os fatores que auxiliam no bom relacionamento da equipe de enfermagem. Participaram do estudo dois enfermeiros do sexo masculino e nove do sexo feminino, com idade variando entre 25 e 52 anos de idade. Nove enfermeiros possuíam especialização em diversas áreas e seis enfermeiros trabalhavam também em outro local.

Importância das relações interpessoais na equipe de enfermagem

Um enfermeiro menciona as relações interpessoais na equipe como um fator contribuinte para qualificar o trabalho.

Se eu tenho uma relação saudável, automaticamente eu tenho melhores condições de produzir (...) eu tenho um produto final melhor (E1).

Além disso, as falas dos participantes contemplam as relações interpessoais como um instrumento essencial para o trabalho do enfermeiro.

Na verdade, as relações interpessoais são tudo (E6).

Se tu não tens uma boa relação, tu não vais trabalhar bem. Tu não consegues. E como é uma equipe, ninguém consegue fazer tudo sozinho, então o relacionamento é muito importante (E7).

Entretanto, nas falas, consegue-se perceber que as relações interpessoais entre os membros da equipe de enfermagem podem refletir na forma com que se planeja, constrói e é oferecido o cuidado ao usuário do serviço de saúde.

Porque quando a equipe não está bem, vai refletir lá no paciente. A gente mesmo, como o próprio nome diz, é equipe, então, um ajuda o outro. E se tu não está te relacionando bem com aquela pessoa, como você vai esperar que ela possa te ajudar? É impossível. Então, quem mais é o grande prejudicado, nesse problema de relacionamento, é o paciente mesmo e a família (E11).

Fatores que contribuem para vínculos profissionais saudáveis

Os enfermeiros trazem alguns fatores que podem promover e facilitar a integração da equipe como a confiança e um maior tempo de convivência com o colega.

Sempre dialogamos quando tivemos divergências, a gente esclareceu. Nunca tive queixa nenhuma (...) tem que ser uma equipe unida e tem que ter confiança. Tanto entre eles como entre eles e eu. Acho que tem que ser um conjunto. Com certeza, tem que existir essa interligação, se não, não funciona (E2).

O importante é tu manter o grupo por mais tempo. Quanto mais tempo, mais vínculo tu vais formar. No momento que vai trocando os funcionários, e que tu tens uma rotatividade grande é difícil. (E8).

Desta forma, a comunicação também foi trazida como uma forma de integrar o grupo.

Na verdade, a gente tem uma comunicação muito boa, são duas enfermeiras na unidade, mas os técnicos e a gente sempre tenta passar todas as atribuições e sempre está apoiando nas atividades, sempre está em constante comunicação com o funcionário (...) pois, na verdade, a gente é um grupo e em um grupo, um tem que estar ajudando o outro (E8).

Não obstante, enfermeiros dizem que procuram olhar para seus colegas de trabalho como uma forma de observar e conhecer verdadeiramente o profissional, percebendo-o como um ser humano que possui problemas que podem interferir nas relações interpessoais e no desenvolvimento do processo de trabalho.

Então, vai passar por conhecer a equipe, saber as dificuldades e em cima disso buscar amenizar (...) acho também que o enfermeiro tem que dar o respaldo, tem que se fazer presente (...) eu tenho que conhecer o perfil de todos eles, pra conhecer as dificuldades e as facilidades que eles têm de relacionamento (E1).

Os enfermeiros identificam características específicas, que são possíveis através da subjetividade e do relacionamento interpessoal com a equipe de enfermagem.

É aquela que se consegue resolver os conflitos sem ajuda externa, digamos assim. Onde, a maior parte do tempo, se mantém relações saudáveis, de cooperação, de ajuda mútua (E1).

Todo mundo se ajuda e por mais amizade que nós enfermeiros tenhamos com os técnicos, eles têm respeito, sabem separar bem as coisas (E7).

Ter relações interpessoais saudáveis no ambiente de trabalho pode auxiliar na obtenção de um local de trabalho prazeroso e com demonstrações de afeto entre os profissionais.

Aqui tem que atuar junto para chegar ao objetivo final que é o teu usuário, que é o cuidado. Se tu não tiveres um vínculo bom entre todos esses elos, com certeza essa cadeia se quebra e aí é quando tu não chegas a um cuidado na sua excelência que deveria ser prestado (E3).

Contudo, a cooperação também foi elencada pelos enfermeiros como um fator a contribuir para as relações e para o desenvolvimento do trabalho. A confiança e o respeito são fatores levantados como influenciadores nas relações, tanto constituindo base da construção de um bom convívio, quanto na profilaxia de desentendimentos. A valorização dos profissionais da equipe de enfermagem foi bem colocada como uma forma de fortalecer os vínculos profissionais.

Então essa troca mútua do respeito e da cooperação que faz isso. Te dá o equilíbrio. Hoje eu não estou bem e o outro faz algumas coisas por ti. Amanhã tu fazes por ele. Então isso é uma prática (E1).

Eu acredito que o que mais predomina mesmo nas relações é o respeito. Porque é complicado uma pessoa que não tem respeito por nada e por ninguém. Mas isso já é do perfil da pessoa mesmo. Já vem da educação, vem de berço, mas a gente tem que saber lidar. Tentando e mudando, melhorando as pessoas (E6).

Eu acho que tu tens que valorizar o teu profissional, tu tens que estimular (...) tu tens que fazer uma cobrança mas no mesmo momento dizer que ele é capaz e incentivar, orientar (E8).

Para o fortalecimento do vínculo e estabelecimento de relações interpessoais harmoniosas, estratégias como momentos de descontração e pausas para diálogo durante o horário de trabalho, são referidas.

Eu acho que isso é uma coisa muito boa que a gente tem (...). Isso é muito bom, isso faz com que tu crie vínculos. Tu não és só técnico, só enfermeiro, só saúde, doença e nascimento, não (E8).

Por fim, a valorização do profissional e o apoio do enfermeiro são vistas como uma forma de estimular o trabalhador a desenvolver um trabalho mais comprometido e de qualidade, pelo fato de reproduzir prazer no profissional que está realizando o cuidado.

Harmonia, diálogo, paciência. Acho que basicamente isso. Tu tens que conversar com eles (equipe de enfermagem). Tem que trabalhar junto. Ser parceira deles. Saber que eles podem contar contigo (...). Eu faço a minha parte e eles fazem a deles. A gente tem que trabalhar em um conjunto (E2).

Discussão

As relações interpessoais, na equipe de enfermagem, encontram-se atreladas aos avanços tecnológicos, os quais compreendem o processo de trabalho em ato vivo e consumido no momento de sua realização e não mais num ato tecnicista, com valorização sobreposta ao homem social hierarquizada e prescritiva.⁽⁹⁾ Cabe mencionar que a atual competição profissional, que o próprio regime capitalista impõe, ocasiona uma busca de espaço sem limites, desta forma, o diferencial não se resume na tecnologia de ponta e sim no resgate da concepção subjetiva e empírica do cuidado prestado ao ser humano,⁽¹⁰⁾

Os participantes relataram que as relações interpessoais qualificam o trabalho, uma vez que, se o relacionamento entre os profissionais for colaborativo, a produção do cuidado de enfermagem pode ser prazerosa e otimizada. O trabalho deve ser entendido como fonte de prazer e satisfação em detrimento de uma fonte de sofrimento, que as alterações no ambiente de trabalho e nas relações interpessoais são necessárias para construir vínculos mais amorosos, baseados na empatia e voltados para o desenvolvimento do trabalho de forma humanizada.⁽⁵⁾ Portanto, além dos participantes perceberem a relevância das relações interpessoais para o desenvolvimento do seu processo de trabalho, ainda, colocam que estas são importantes quando são estabelecidas de maneira afável, já que contribuem na promoção da cooperação e união entre os colegas.

Nas falas também foi expressado um interesse do modelo capitalista, pois infere a distinção de produção e produtividade; uma vez que produção se relaciona ao que foi produzido, enquanto a produtividade é a capacidade de produzir mais com menos recursos.⁽¹¹⁾ A produção, dentro do contexto do depoimento, diz respeito a produtividade, visto que um trabalhador doente, ou com relações conflituosas, não é tão produtivo quanto outro trabalhador saudável.

Os participantes ainda manifestaram preocupação com as relações interpessoais estabelecidas no grupo de trabalho por entender que, ao não ter uma boa interação entre os colegas, isso influencia o cuidado ao usuário. Um olhar para a subjetividade no trabalho favorece o trabalhador como ser único na construção de sua relação com o trabalho e com o contexto grupo de trabalhadores.⁽¹²⁾

Entende-se que cada equipe de enfermagem aponta um movimento próprio que é resultado do grau de interação dos trabalhadores associado às questões culturais inerentes a cada profissional. Esse movimento próprio é construído pela representação individual que cada integrante possui na equipe.⁽¹⁰⁾ Dessa forma, alguns fatores podem contribuir para o relacionamento interpessoal a fim de promover e facilitar a integração da equipe, como a confiança e principalmente o vínculo criado a partir do maior tempo de convivência dentro da mesma equipe.

A Teoria dos Vínculos Profissionais infere que conhecer as características pessoais dos colegas de trabalho não só facilita para a criação de vínculos como também oportuniza o desenvolvimento do processo de trabalho, uma vez que, o rodízio sistemático, frequente e rotineiro não constitui sentido ao pensar que o trabalhador constrói vínculos a partir da inserção em um grupo que ele se reconhece e compartilha o processo de trabalho.⁽¹⁰⁾

Deve-se dar maior atenção aos colegas de trabalho que estão presentes no convívio, valorizando-o e sendo valorizado, pois são eles que estão na maior parte do tempo no desenvolvimento do trabalho.⁽¹²⁾ Além dos entrevistados apontarem o tempo de convivência no trabalho como fator que contribui para o bom relacionamento interpessoal, destacam a importância do estímulo ao diálogo diante de possíveis divergências que podem surgir no contexto do desenvolvimento da tarefa profissional.

O interesse na dimensão pessoal de cada integrante do grupo de trabalho, o estabelecimento de uma interação cordial e comunicação respeitosa, facilitando o processo de confiança e o reconhecimento do próprio papel e dos outros membros da equipe são fatores que podem ser trabalhados individualmente por cada membro da equipe com o objetivo de construção de bons vínculos no ambiente de trabalho. Por isso,

cada integrante da equipe tem seu valor e sua significância; e por meio do auto reconhecimento e responsabilização como um indivíduo que é parte importante no estabelecimento de um ambiente de trabalho com relações interpessoais saudáveis.⁽¹³⁾

A comunicação é importante ferramenta de aproximação do enfermeiro com a equipe, pois permite desenvolver habilidades criativas que ampliam as potencialidades do trabalho em equipe. Desse modo, as falas trazem que o fortalecimento de vínculo é estabelecido com relações melhores através de algumas estratégias de comunicação, como: momentos de dispersão e momentos de diálogo durante o expediente.⁽¹⁴⁾

É por meio do diálogo que se compartilha informações e da comunicação que se desenvolve a influência da coordenação dos grupos de trabalho, se essa for transparente, incentiva a construção de laços de amizade, que são importantes para manter um ambiente saudável, de forma a facilitar o processo de trabalho.⁽¹⁵⁾

A articulação, interação e intervenções de técnicas com estratégias comunicativas para o desenvolvimento do trabalho possibilitam compreender o outro por meio do processo de interação. A interação e comunicação entre os profissionais é um meio indispensável para conhecer o colega, suas habilidades e posicionamentos sobre as atividades, possibilitando desenvolver habilidades que envolvem o respeito e adaptação de diferentes opiniões sobre uma determinada tarefa.

No entanto, a grande rotatividade dos profissionais, como foi explorada em uma das falas, acaba afetando a continuidade das ações desenvolvidas dentro da equipe e influenciando diretamente os vínculos estabelecidos. A cultura organizacional, a rotatividade, o estilo de liderança do enfermeiro e a sobrecarga de trabalho foram elencadas por um estudo como sendo barreiras inter-relacionais na equipe de enfermagem.⁽¹⁵⁾

O bom relacionamento interpessoal pode se dar quando um compreende o outro, desde os problemas até as alegrias, assim, construindo maior empatia e comprometimento com o trabalho.⁽¹⁶⁾ Os enfermeiros assinalaram que na medida em que se conhece o colega, também se compreende ele como um todo, seus desejos, suas habilidades, seu contexto de vida, o que propicia melhores relacionamentos e planejamento do trabalho, otimizando habilidades de cada membro da equipe para o desenvolvimento do cuidar.

Ao recorrer o referencial teórico, na Teoria de Vínculos Profissionais, o enfermeiro possui importante papel para identificar e reconhecer aptidões dos variados integrantes do grupo, visto que ele é o coordenador do grupo de trabalho. Estas aptidões são pautadas na história de vida e no contexto histórico, uma vez que o enfermeiro deve ser criativo para manter consenso nas decisões que objetivam a qualidade das ações voltadas para o cuidado na enfermagem. Ainda, para a teoria, a comunicação positiva é promotora da aproximação e construção de laços de amizade pela compreensão da subjetividade das pessoas.⁽¹⁷⁾

Vale mencionar que as intervenções com posturas técnicas podem ser transformadas para uma postura mais autônoma e participativa do trabalhador quando a subjetividade pautada pela confiança, respeito, cooperação, ética, colaboração compõe o processo de produção no trabalho em que o trabalhador constrói estratégias e ações que antes eram saber-fazer e agora compreendem o saber-ser.⁽⁶⁾ Estes aspectos se ancoram no saber científico específico da profissão para obter êxito na condução de situações conflituosas, pois são solucionadas de forma flexível e mais harmoniosa possível.

É através dos vínculos profissionais que configuram as relações dos grupos de trabalho e os modos de como conduzir o trabalho, as características dos grupos são dinâmicas e podem adquirir várias posturas sem perder de vista a finalidade da tarefa, porém a confiança, também mencionada pelos entrevistados, é uma das emoções fundamentais presentes nos seres vivos para o bom convívio nas sociedades, combinado com a cooperação e o respeito mútuo.⁽⁶⁾

A confiança e a autenticidade podem ser facilitadores no convívio grupal a partir do compartilhamento de práticas, conhecimento empírico e científico, o que demonstra ser a construção grupal nada fácil. A cooperação, que está intrinsecamente ligada ao trabalho em grupo e coletivo, pode refletir o prazer no trabalho uma vez que sem cooperação não há coletividade.⁽¹⁸⁾

Outro fator é a valorização profissional, que foi colocada pelos entrevistados como forma de fortalecimento dos vínculos profissionais, imperam que tanto as críticas e os elogios são importantes para

incentivar e estimular o processo de trabalho. A valorização do trabalho pode estar relacionada com a eficiência e a eficácia na finalidade, uma vez que ao se enaltecer suas qualidades o indivíduo melhora sua autoestima pelo reconhecimento, prestígio e incentivo a sua autonomia profissional.⁽¹⁹⁾

É nos espaços constituídos por encontros informais que podem ser potenciais para desenvolverem as confraternizações, estas realizadas durante ou fora o período de trabalho, fomentam a construção de vínculos que refletem na união da equipe. A ausência de confraternização pode ocasionar ruídos e rupturas no trabalho prazeroso e harmonioso podendo favorecer o sofrimento, bem como as refeições cotidianas e o diálogo são lazeres essenciais para a obtenção de um ambiente laboral saudável.⁽⁶⁾

Isto posto, a qualidade no trabalho envolve características prazerosas e de satisfação com vistas a um ambiente mais humanizado e, novamente, o processo de comunicação apresenta ser importante para estabelecer coesão na equipe. Cabe salientar que comunicação não pode ser desenvolvida pelo seu aspecto tecnicista, mas por uma comunicação positiva através do diálogo, autenticidade e solidariedade, pois assim com a comunicação será possível construir laços de amizade fortalecendo os vínculos profissionais.⁽¹²⁾

Não obstante, ao construir vínculos se potencializa o conhecimento de aspectos individuais do outro, reconhecer quando o colega de trabalho precisa de uma atenção especial, compreensão ou carinho, só é possível quando os participantes de um grupo de trabalho constituem uma célula que valorizam sentimentos como aceitação, amizade e calor humano.⁽¹²⁾

Nessa ótica, a valorização profissional e o apoio do enfermeiro estimulam o trabalho a ser desenvolvido com mais comprometimento e produtividade, pois reproduz o prazer profissional no desenvolvimento da tarefa profissional. Desta forma, a humanização do trabalho pode ser compreendida pela melhora no prestígio dos trabalhadores para que estes desenvolvam a tarefa com mais comprometimento; e, que a falta de reconhecimento das competências individuais reflete o trabalho desenvolvido pela enfermagem como algo tecnicista isento da subjetividade no processo de trabalho.⁽²⁰⁾

Assim, o alcance da tarefa profissional da enfermagem compreende lidar com as relações interpessoais do grupo de trabalho para promover a valorização e principalmente a visualização da enfermagem como profissão por meio do reconhecimento da sociedade, instituição de saúde e principalmente pelos próprios colegas de trabalho.⁽¹²⁾

Conclusão

Os enfermeiros identificaram que as relações saudáveis são aquelas em que eles conseguem manter um bom diálogo e, se possível, uma menor influência negativa dos conflitos no processo de trabalho da equipe de enfermagem. Além disso, as falas apontam que as relações interpessoais contribuem para qualificar a vida quando o ambiente de trabalho é prazeroso.

As dificuldades foram relacionadas ao lidar com momentos conflituosos na equipe que podem ser superados através do bom relacionamento pautado na conquista de respeito e amizade do enfermeiro com a sua equipe de enfermagem. Os enfermeiros entendem que a qualidade do cuidado perpassa também a qualidade das relações entre os integrantes da equipe. Assim, observa-se que os fatores internos e individuais também podem influenciar na dinâmica de trabalho grupal.

No entanto, é possível identificar como fatores positivos: comunicação, diálogo, confiança, cooperação, colaboração, comprometimento, responsabilidade, bom vínculo, valorização profissional, encontros informais, confraternização e, principalmente, a autonomia oferecida pela chefia para os enfermeiros. Por outro lado, a falta de comprometimento e de comunicação dos técnicos de enfermagem em situações consideradas críticas no trabalho, como o agravamento da situação de saúde de um usuário do serviço, pode ocasionar tensão.

Diante disso, as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para melhorar as relações interpessoais no ambiente de trabalho foram: a disponibilidade de momentos de descontração, pausas para diálogo durante o horário de trabalho, o poder decisório de forma compartilhada na equipe, momentos de confraternização e de brincadeiras, conhecer as características de cada um da equipe de forma a reconhecer quando seu

colega não está bem e a valorização do profissional. Assim, constata-se que a Teoria dos Vínculos Profissionais é um importante instrumento gerencial da prática do enfermeiro para o gerenciamento das relações interpessoais na equipe de enfermagem.

Isto posto, tendo em vista o referencial teórico, associado as características mencionadas, foi possível um olhar sistemático sobre as relações de forma a compreender a importância das relações interpessoais na equipe de enfermagem e os fatores que contribuem para o relacionamento interpessoal. Esta compreensão foi aclarada, principalmente, quando considera o tempo de trabalho dos participantes com a mesma equipe, pois quanto maior este tempo de trabalho, tende a ser maior e melhor os vínculos profissionais.

O estudo traz a visão de enfermeiros que atuam em unidades de internação, setores abertos, sendo uma limitação. Assim, sugere-se que sejam realizadas pesquisas dessa temática com enfermeiros de setores fechados do hospital, visto que as relações interpessoais no trabalho são fundamentais para o engajamento da equipe na prestação de cuidados qualificados aos pacientes.

Referências

1. Thofehrn MB, Montesinos MJL, Porto AR, Amestoy SC, Arrieira ICO, Mikla M. Grupo focal: Una técnica de recogida de datos em investigaciones cualitativas. *Index enferm.* 2013;22(1-2): 75-8.
2. Amestoy SC, Backs VMS, Thofehrn MB, Martini JG, Meirelles BHS, Trindade LL. Percepção dos enfermeiros sobre o processo de ensino-aprendizagem da liderança. *Texto Contexto Enferm.* 2013;22(2):468-75. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a24.pdf>
3. Fernandes HN, Thofehrn MB, Porto AR, Amestoy CS, Jacondino MB, Soares MR. Relacionamento interpessoal no trabalho da equipe multiprofissional de uma unidade de saúde da família. *Rev pesqui cuid fundam.* 2015;7(1):1915-26. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/5057/505750945016.pdf>
4. Garcia BL, Thofehrn MB, Porto AR, Mauro PMM, Carvalho LA, Fernandes HN. Relação entre liderança e vínculos profissionais: percepção de enfermeiros. *Rev pesq saúde.* 2017;18(2):114-8. Disponível em: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/6715/5200>
5. Jacondino MB, Lemos CM, Thofehrn MB, Garcia BL, Fernandes HN, Rauber JL. Vínculos profissionais no trabalho da enfermagem: elemento importante para o cuidado. *Enferm glob.* 2014;34:160-71. Disponível em: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/159881/160411>
6. Thofehrn MB, Leopardi MR. Teoria dos vínculos profissionais: formação de grupo de trabalho. Pelotas: Editora Universitária; 2009.
7. Araújo MPS, Medeiros SM, Quental LLC. Relacionamento interpessoal da equipe de enfermagem: fragilidades e fortalezas. *Rev enferm UERJ.* 2016;24(5):e7657. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v24n5/v24n5a09.pdf>
8. Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes; 2016.
9. Franco TB, Merhy EE. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. *Tempus.* 2012;6(2):151-63. Disponível em: <http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1120/1034>
10. Thofehrn MB. Enfermagem: manual de gerenciamento. Porto Alegre: Moriá Editora; 2016.
11. Marx K. O capital: livro 1. São Paulo: Civilização Brasileira; 2012.
12. Thofehrn MB, Carvalho LA, Bettin AC, Fernandes HN. Equipe de enfermagem com vínculos profissionais saudáveis. In: Thofehrn MB, organizadora. *Enfermagem: manual de gerenciamento.* Porto Alegre: Moriá Editora, 2016. p. 143-63.
13. Espinoza P, Peduzzi M, Agreli HF, Sutherland MA. Interprofessional team members satisfaction: a mixed methods study of a Chilean hospital. *Human Resources for Health.* 2018;16:30. Disponível em: <https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-018-0290-z>
14. Baggio MA, Erdmann AL. Processando o cuidado “do nós” nas relações/interações estabelecidas por profissionais de enfermagem e de saúde. *Cogitare enferm.* 2015;20(3):573-80. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/41177/26199>
15. Migowski ER, Oliveira Junior N, Riegel F, Migowski SA. Interpersonal relationships and safety culture in Brazilian health care organisations. *J Nurs Manag.* 2018;1-7.
16. Samudio AKM, Louteiro MDR, Junior FMAO. O processo de trabalho da equipe de enfermagem em cuidados continuados integrados. *Rev enferm UFPE online.* 2016;10(7):2453-62.
17. Cardoso CG, Silva LOS. A importância do relacionamento interpessoal no ambiente de trabalho. *Interbio.* 2014;8(2):24-34. Disponível em: https://www.unigran.br/interbio/paginas/ed_anteriores/vol8_num2/arquivos/artigo3.pdf
18. Diniz J, Scussiato L. Comunicação como ferramenta para o processo de trabalho: uma educação continuada para a equipe de enfermagem. In: *Anais do XI Evinci [Internet]; 2016 [citado 2018 set 30];2(1):1.* Disponível em: <http://portaldeperiodicos.unibrasil.com.br/index.php/anaisvinci/article/view/1294/1259>

19. Amestoy SC, Schwartz E, Thofehrn MB. A humanização do trabalho para os profissionais de enfermagem. *Acta paul enferm.* 2006;19(4):444-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n4/v19n4a13.pdf>
20. Fernandes HN. Relações interpessoais no estabelecimento de vínculos profissionais em equipes de enfermagem de uma instituição hospitalar de ensino [dissertação]. Porto Alegre (RS): Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas; 2014.

ARTIGO ORIGINAL



Avaliação da cultura de segurança do paciente em Centro de Terapia Intensiva de Hospital Terciário

Evaluation of the patient safety culture in the tertiary hospital intensive care center

Bárbara Frota Negreiros¹, Nathalia Alves Bruno², Patrícia Freire de Vasconcelos³, Sherida Karanini Paz de Oliveira⁴, Vanessa Emille Carvalho de Sousa Freire.⁵

1 Enfermeira, Graduada pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza, CE, Brasil. **2** Enfermeira, Graduada pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza, CE, Brasil. **3** Enfermeira, Doutora em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Fortaleza, CE, Brasil. **4** Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente do Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil. **5** Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Fortaleza, CE, Brasil.

Abstract

Objective: to evaluate the safety culture in an Intensive Care Center. **Method:** a cross-sectional study, carried out with 90 professionals who responded to the Self-administered Questionnaire on Safety Attitudes, from March to June 2018. **Results:** it was observed that the domain with the highest average was "Job satisfaction" (76,1), while the domain "Perception of unit and hospital management" showed the lowest average (49,9). The total average score was 64,89, which indicates that although there is a reasonable security climate, there is also a need for interventions to improve perceptions regarding hospital and unit management. **Conclusion:** the safety culture is borderline in the studied scenario and the management strategies need to be improved to improve the safety climate.

Descriptors: Nursing. Patient Safety. Intensive Care. Organizational Culture.

Resumo

Objetivo: avaliar a cultura de segurança em um Centro de Terapia Intensiva. **Método:** estudo transversal, realizado com 90 profissionais que responderam ao Questionário de Atitudes de Segurança, auto preenchível, no período de março a junho de 2018. **Resultados:** observou-se que o domínio com média mais elevada foi "Satisfação no trabalho" (76,1), enquanto o domínio "Percepção da gerência da unidade e do hospital" mostrou a menor média (49,9). O escore médio total foi de 64,89, o que indica que embora haja um clima de segurança razoável, há também a necessidade de intervenções para melhoria das percepções quanto à gerência hospitalar e da unidade. **Conclusão:** a cultura de segurança encontra-se limítrofe no cenário estudado e as estratégias de gestão precisam ser aprimoradas para a melhoria do clima de segurança.

Descritores: Enfermagem. Segurança do Paciente. Terapia Intensiva. Cultura Organizacional.

Autor

Correspondente:

Bárbara Frota
Negreiros.
E-mail:
barbarafnegreiros16
@gmail.com

**Não declarados
conflitos de
interesse**

Submissão

24/09/2018

Aprovação

17/12/2018

Como citar: Negreiros BF, Bruno NA, Vasconcelos PF, Oliveira SKP, Freire VECS. Avaliação da cultura de segurança do paciente em Centro de Terapia Intensiva de Hospital Terciário. ReTEP [Internet] 2018 [citado em];10(4):12-20. Disponível em:

Introdução

As instituições de saúde esforçam-se continuamente para melhorar a qualidade na prestação do cuidado ofertado. Dessa forma, há reconhecimento crescente pelas organizações sobre a importância da cultura de segurança do paciente.⁽¹⁾

Cultura é um termo abstrato e complexo que aborda desde os aspectos acerca do aprendizado de uma população até aos aspectos epistemológicos e desenvolvimento da intelectualidade do ser humano. É observada como um fenômeno que ocorre no cotidiano e possui características que, mesmo sendo triviais, muitas vezes, passam despercebidas pelos sujeitos.⁽¹⁾

Os fenômenos organizacionais transitam pela cultura da organização, sendo valores e crenças intrínsecos, muitas vezes não percebidos, pelo clima manifestado em dado período de tempo e recebe a influência das lideranças e dos processos de mudança, internos e externos, experimentados⁽²⁾, enquanto que o clima organizacional trata-se da percepção que os trabalhadores desenvolvem sobre diferentes aspectos do seu ambiente de trabalho e é relevante para detectar os fatores reguladores e orientadores do comportamento humano dentro das organizações.

Utiliza-se a terminologia cultura de segurança do paciente referente aos valores e comportamentos dos membros de uma instituição e demonstra o nível de envolvimento institucional com a segurança de seus processos.⁽³⁾

É válido ressaltar que cultura de segurança é diferente de clima de segurança. O clima de segurança do paciente é definido como características mensuráveis da cultura organizacional, por meio de percepções e atitudes dos indivíduos, em determinado tempo.⁽⁴⁾ Já a segurança do paciente pode ser definida como o ato de evitar, prevenir e melhorar os eventos adversos e as lesões originadas no processo de atendimento médico hospitalar.⁽⁵⁾

Visto isso, percebe-se que os riscos para eventos adversos no cuidado em saúde existem em diferentes ambientes. Dentre esses diferentes ambientes, destaca-se a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) que, por suas características, é considerada um cenário assistencial de alto risco⁽⁶⁾ por envolver muitos procedimentos e produzir um grande volume de informações. Além disso, é realizado por um número grande e variado de profissionais que, em face da gravidade dos pacientes, trabalha sob um forte estresse, por lidarem diretamente com situações de vida e morte em que as decisões devem ser tomadas rapidamente.⁽⁶⁾

Além disso, a ocorrência de eventos adversos na terapia intensiva representa um sério problema de saúde pública.⁽⁷⁾ Estima-se que um em cada dez pacientes no mundo é vítima desses eventos adversos evitáveis durante o período que necessita receber assistência e tratamento a sua enfermidade.⁽⁸⁾

Desta forma, estudos que mensuram o clima de segurança propiciam subsídios para reduzi-los e planejar estratégias para a segurança do paciente.⁽⁹⁾ Entretanto, muitas instituições de saúde não compreendem qual sua cultura ou clima de segurança do paciente e quais são seus maiores obstáculos neste aspecto.

Acredita-se que, por meio da compreensão destas informações, seria possível propor mudanças direcionadas para a melhoria dos serviços de saúde. Desta forma, o presente estudo se propõe a mensurar o clima de segurança do paciente em um CTI de Hospital Terciário.

Métodos

Estudo transversal, desenvolvido no CTI adulto de um Hospital Terciário de alta complexidade do Nordeste Brasileiro. As três Unidades de Terapia Intensiva (UTI) adulto deste CTI tem 38 leitos com pacientes clínicos, cirúrgicos e neurocirúrgicos.

Os profissionais participantes deste estudo foram enfermeiros, fisioterapeutas, médicos, terapeutas ocupacionais e técnicos/auxiliar de enfermagem.

Os profissionais farmacêutico, assistente social, fonoaudiólogo, nutricionista, técnico em nutrição/radiologia/laboratório, administrativos e suporte ambiental são profissionais compartilhados entre

as três UTI, ou seja, sem individualização de unidade, o que dificultaria responder as perguntas sobre administração da unidade. Médicos residentes são rotativos mês a mês, assim, não os abordamos pelo mesmo motivo citado em relação às categorias anteriores. A chefia de enfermagem não foi abordada pois as perguntas do questionário sobre administração da unidade implicariam em respostas sobre sua própria gestão.

Diante disso, os critérios de inclusão foram: 1) estar na escala de trabalho do CTI; 2) carga horária mínima de 20h/semanais em sua UTI; e 3) ter tempo de serviço superior a um mês na sua UTI. A população do estudo foi constituída de 262 profissionais. Houve exclusão daqueles profissionais que se negaram a participar, os que estavam de férias, de licença saúde, os profissionais que não foram encontrados por incompatibilidade de horários, os que não devolveram o questionário respondido. Assim, a amostra do estudo foi de 90 participantes.

Foi entregue envelope com duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os participantes assinarem, uma cópia colorida do *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) e um lápis 2B aos profissionais abordados. As orientações quanto ao preenchimento do questionário se deram verbalmente a todos aqueles que aceitaram participar da pesquisa.

O Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ) foi traduzido do inglês e adaptação transcultural em 2006 para o Brasil⁽¹⁰⁾ e foi utilizado nesse estudo por se tratar de um instrumento confiável para se observar o clima e a cultura de segurança do paciente em ambiente hospitalar. Os seis domínios do instrumento estão divididos da seguinte forma: Clima de Trabalho em Equipe, Satisfação no Trabalho, Percepção da Gerência da Unidade e do Hospital, Clima de Segurança, Condições de Trabalho e Percepção do Estresse.⁽¹⁰⁾

A aplicação dos questionários ocorreu entre março de 2018 e junho do mesmo ano. Os questionários eram entregues aos profissionais e estes preencheram no ato da abordagem ou em outro momento e eram recolhidos posteriormente. Neste período, foram contemplados turnos diurnos e noturnos, fins de semana, feriados e dias comuns.

Os dados foram tabulados em uma planilha eletrônica do *Microsoft Office Excel* e os procedimentos de análise estatística foram realizados no software SPSS, versão 23.0. Foram realizados cálculos de frequências absoluta e relativa, medidas de tendência central (mínimo, máximo e desvio-padrão) e testes de associação. Utilizou-se o teste ANOVA para verificar diferenças nos escores do SAQ comparando os grupos quanto ao cargo e quanto ao tempo de atuação. O teste de Spearman foi utilizado para a análise das correlações entre as subescalas do SAQ, por ser o teste indicado quando se pretende medir o grau pelo qual duas variáveis tendem a mudar juntas, em uma relação monotônica, isto é, quando se considera que as variáveis tendem a mudar juntas, mas não necessariamente a uma taxa constante. Este teste também foi utilizado para comparar as pontuações obtidas nas questões do SAQ referentes à gerência da unidade e do hospital. O nível de significância adotado foi de 0,05.

Os dados foram coletados e autorização pelos participantes da pesquisa conforme aspectos éticos mencionados na Resolução nº 466/12 estabelecidas para pesquisas com seres humanos (11).

O projeto foi aprovado pelo comitê de ética parecer nº 1.019.011 de 09/04/2015, certificado de aprovação para a consideração ética (CAAE) 31441814.9.3001.5040 da Plataforma Brasil.

Resultados

Dos 262 profissionais que trabalham na UTI, 90 (34,3%) participaram da pesquisa, dos quais 172 (65,7%) não participaram do estudo: 5 por motivo de recusa, 164 por não atenderem aos critérios de inclusão, 2 por licença saúde e 1 por licença sem remuneração.

Dentre os participantes, 78 (86,7%) eram do sexo feminino e 11 (12,2%) do sexo masculino, sendo 40 técnicos de enfermagem (44,4%), 30 enfermeiros (33,3%), 12 fisioterapeutas (13,3%), 6 médicos (6,7%) e 2 outros profissionais (2,2%). O tempo de trabalho médio em anos no setor foi de 4,7 anos, conforme demonstrado na tabela 1.

Quanto à percepção do clima de segurança, não houve associação estatisticamente significativa com cargo que a pessoa exercia e nem com o tempo de trabalho. Para tal, realizaram-se os testes de Pearson e Spearman para verificar conexões entre o tempo de atuação e a média final do SAQ. Assim como também não se observou associação estatística significativa para tempo de trabalho na unidade. Repetimos estes testes com cada subescala do SAQ mas, novamente, não houve associação significativa. Percebeu-se assim que a quantidade de tempo que se é trabalhado não interfere na qualidade do serviço que é oferecido.

Analisando resultados dos valores de média dos escores por domínio, observou-se que o domínio com média mais elevada foi "Satisfação no trabalho" (76,1), enquanto o domínio "Percepção da gerência da unidade e do hospital" mostrou a menor média (49,9).

No que diz respeito ao escore de média total (64,89), observou-se que há clima de segurança⁽¹⁰⁾, porém necessitando de intervenções com relação a gerência da unidade e hospitalar, conforme demonstrado na tabela 1. No entanto, escore abaixo de 60 significa um sinal de alerta e indicam a necessidade urgente de ações para implementação da cultura de segurança na instituição.⁽¹⁰⁾

Tabela 1 – Pontuações mínimas, máximas e médias das subescalas do SAQ (n=90).
Fortaleza, 2018.

Subescalas	Mínimo	Máximo	Média
Clima de trabalho em equipe	29,2	104,2	71,12
Clima de segurança	10,7	87,5	55,44
Satisfação no trabalho	0	100,0	76,10
Percepção do estresse	0	100,0	67,79
Percepção da gerência da unidade e do hospital	0	86,1	49,89
Condições de trabalho	8,3	100,0	61,89
Comportamentos seguros	8,3	100,0	72,01
Média total	16,4	87,2	64,89

Fonte: dados do estudo.

A tabela 2 mostra a associação significativa no teste de Spearman entre a subescala A e as subescalas B, C, E, F e G. Isso implica que quanto maior era o escore na subescala A, maior também nas outras subescalas, e vice-versa. Isso demonstra que a validade da escala utilizada.

Tabela 2 – Correlações entre as subescalas do SAQ (n=90). Fortaleza, 2018.

Clima de trabalho em equipe		
Clima de trabalho em equipe (subescala A)	Coef.	-
	Valor p	-
Clima de segurança (subescala B)	Coef.	0,420
	Valor p	0,000
Satisfação no trabalho (subescala C)	Coef.	0,424
	Valor p	0,000
Percepção do estresse (subescala D)	Coef.	0,117

	Valor p	0,271
Percepção da gerência da unidade e do hospital (subescala E)	Coef.	0,214
	Valor p	0,043
Condições de trabalho (subescala F)	Coef.	0,409
	Valor p	0,000
Comportamentos seguros (subescala G)	Coef.	0,473
	Valor p	0,000

Fonte: dados do estudo.

*O valor p corresponde à significância no teste de Spearman. Valores <0,05 são considerados significantes.

Já na tabela 3, todas as análises foram significativas. A tabela 4 contém variáveis relacionadas à gerência da unidade e gerência do hospital, onde (a) refere-se à gerência da unidade e (b) refere-se à gerência do hospital. Isso significa que sempre que o profissional emita uma opinião positiva ou negativa sobre a gerência da unidade, isso também ocorria com a gerência do hospital, ou seja, os dois tipos de gerência estão sendo percebidos de forma similar pelos entrevistados.

Tabela 3 – Correlações entre as perguntas do SAQ que foram realizadas considerando- se a gerência da unidade (a) e a gerência do hospital (b) (n=90). Fortaleza, 2018.

		Q24b
Q24.a Administração apoia meus esforços diários:	Coef.	0,336*
	Valor p	0,004
		Q25b
Q 25.a Administração não compromete conscientemente a segurança do paciente:	Coef.	0,454*
	Valor p	0,000
		Q26b
Q26.a Administração está fazendo um bom trabalho:	Coef.	0,516*
	Valor p	0,000
		Q27b
Q27.a Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa:	Coef.	0,642*
	Valor p	0,000
		Q28b
Q28.a Recebo informações	Coef.	0,505*

adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho do (a): Valor p

0,000

Fonte: dados do estudo.

*Teste de Spearman. Valores <0,05 são considerados significantes.

Discussão

O instrumento foi aplicado a 90 profissionais, em que 79 (87,8%) foram mulheres. Isso é justificado pelo fato de que algumas categorias profissionais da área da saúde ainda têm como predominância as mulheres como, por exemplo, a equipe de enfermagem, que apresentou 64 (71,1%) participantes femininas. Um estudo sociodemográfico, que teve embasamento os inscritos no Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) de 2015, aponta que a equipe de enfermagem é predominantemente feminina (85,1%)⁽¹²⁾, podendo a feminização da saúde pode ser relacionada ao fato de serem atividades que caracterizam a extensão das responsabilidades historicamente atribuídas às mulheres, como o cuidado aos enfermos.⁽¹³⁾

A categoria médica foi a que menos preencheu o questionário, pois os profissionais admitidos por concurso público não preencheram um dos critérios de inclusão do estudo: carga horária de 20h/semanais; os cooperados dificilmente apresentavam-se no serviço, contemplando esta carga horária. Esse dado nos alerta para a seguinte reflexão: será que com uma carga horária tão reduzida, os profissionais conseguem se engajar no processo de trabalho? Estudos futuros são necessários para avaliar tal situação.

Ademais, outros estudos já evidenciam menor aceitação em responder o SAQ por esta categoria⁽¹⁴⁾, o que não foi diferente neste estudo. Pode-se inferir que tal situação se deva ao fato de que a categoria médica entenda que esse tipo de instrumento não tem capacidade de produzir a real efetividade na segurança do paciente, como foi relatado pelos profissionais médicos abordados. Ao analisar as respostas obtidas, vimos que os profissionais apresentaram média de 71,12 para Clima de Trabalho em Equipe. Ou seja, há uma percepção de multidisciplinaridade e interdisciplinaridade no cotidiano do serviço. No entanto, o quesito Clima de Segurança foi avaliado com média de 55,44.

Há uma consciência coletiva quando se fala em Clima de Trabalho em Equipe, porém a confiança, a percepção de segurança dentro desta pluralidade disciplinar encontra-se algo prejudicada. Isto pode ser ocasionado por ser um fator real a rotatividade de profissionais, que são maioria cooperados, assim, o vínculo dos profissionais pode ser abalado e, a cada nova contratação, há, também, novo período de readaptação entre equipes.

Apesar desses profissionais expressarem média de 67,78 de Percepção de Estresse e de 61,89 das Condições de Trabalho, a Satisfação com o Trabalho superou esses domínios e ficou com média de 76,09. Isso pode ocorrer pelo fato de o CTI ser um setor hospitalar com bom suporte tecnológico, dimensionamento de pessoal mais próximo ao adequado, multidisciplinaridade profissional especializada e protocolos instituídos.

Sendo o quantitativo de profissionais da equipe de enfermagem o maior em um CTI, a percepção destes profissionais em estudos multiprofissionais causa impacto importante nos estudos. Em pesquisa desenvolvida com trabalhadores de enfermagem de uma UTI de um Hospital Universitário do Sul do país mostrou-se que o trabalho quando é desenvolvido em equipe proporciona sentimentos de satisfação.⁽¹⁵⁾

Apesar deste estudo ser multiprofissional, a população de médicos é a segunda maior população do CTI e, de acordo com o primeiro estudo brasileiro com médicos intensivistas, revela que em sua maioria, os médicos que trabalham em UTI estavam satisfeitos com os rumos profissionais e pessoais de suas vidas. A satisfação profissional e a satisfação pessoal estiveram positivamente correlacionadas.⁽¹⁶⁾

Outro estudo, no Nordeste brasileiro apresentou relato de profissionais da saúde onde as limitações de recursos e a baixa valorização salarial interferem na satisfação profissional.⁽¹⁷⁾

Quando o profissional é satisfeito com seu trabalho, torna-se menor o número de eventos adversos e erros. Talvez por isso, a média do domínio Comportamentos Seguros tenha sido de 72,00. A percepção da gerência da unidade e do hospital alarma uma necessidade de mudança pois, com média de 49,89, ela foi percebida com baixa atuação pelos profissionais.

Os fatores de estresse dentro de um ambiente de terapia intensiva podem variar. Em um hospital terciário e universitário, como o desta pesquisa, os pacientes são de alta complexidade e, conseqüentemente, hemodinamicamente instáveis, o que exige maior domínio e propriedade de conhecimento dos profissionais, maior habilidade e agilidade, consomem mais atenção e responsabilidades. Há, também, as pressões internas, que geram cobranças.⁽¹⁸⁾

No que diz respeito à percepção da gerência, nem sempre os profissionais assistenciais possuem experiência administrativa e gerencial. Isso pode causar expectativa de *feedback* positivo, atenção, percepção, reconhecimento e valorização de seu trabalho. No entanto, os cargos administrativos e gerenciais podem ser sobrecarregados de burocracias que distanciam os coordenadores e gestores dos profissionais assistenciais. Assim, pode-se criar esta lacuna da compreensão de gestão ineficiente.

Em São Paulo, estudo realizado apenas com enfermeiros de clínicas médicas e cirúrgicas, identificou que o domínio Percepção da Gerência do hospital e da unidade, para todos os profissionais, incluindo os enfermeiros gerentes, apresentou o menor escore e a percepção desses profissionais sobre a gerência hospitalar indica a distância entre a equipe de enfermagem e os superiores hierárquicos no que se refere ao diálogo sobre as questões de segurança do paciente.⁽¹⁹⁾

Desta forma, é importante que o gestor identifique os elementos que precisam ser qualificados para agregar ações com o intuito de melhorar essas pontuações, uma vez que uma mudança de cultura está embutida em resultados satisfatórios em todas as áreas.⁽²⁰⁾

Mesmo o presente estudo sendo multiprofissional e coletado em um CTI, a falta de diálogo relacionada a segurança do paciente pode ser viés para o escore baixo visto no domínio referente à percepção da gerência e da unidade.

É preciso mais estudos sobre mensuração de clima de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva para promover reflexões frente às atitudes gerenciais e que esses gerentes se apropriem de ferramentas de gestão em prol da melhoria da qualidade da segurança do paciente.

Com relação ao papel do líder no processo de iniciação e implantação da cultura de segurança, propõe-se que este deverá conduzir os liderados por meio da comunicação efetiva, da promoção do desenvolvimento profissional, através de capacitações, do incentivo às práticas seguras e da realização do *feedback* a partir da análise dos eventos.⁽²¹⁾

Uma possível tendência como abordagem gerencial em formato de oficinas de engajamento profissional, onde a educação permanente não foque apenas em capacitações técnico científicas, mas também aborde inclusive com os gestores temas sobre empatia e desenvolvimento humano. O estímulo à cultura de segurança do paciente e à implantação de metas que objetivem a prevenção de eventos adversos são imprescindíveis para a melhoria dos sistemas de saúde.⁽²²⁾

Houve dificuldade quanto à disponibilidade pelos profissionais para responder ao questionário. Relataram falta de tempo para preencher, mesmo quando sugeríamos o preenchimento fora do horário de serviço e a posterior entrega. Envelopes foram devolvidos em branco ou mal preenchidos, o que influenciou o quantitativo da amostra, configurando uma limitação do estudo.

Conclusão

Este estudo avaliou a necessidade de estratégias de intervenção para melhorar o clima de segurança do paciente neste centro de terapia intensiva. A partir disso, possibilitou o conhecimento a respeito da cultura de segurança do paciente.

Os resultados revelam que o escore referente a satisfação no trabalho destaca-se como ponto positivo na unidade, mostrando que se há satisfação no trabalho, irá propiciar um melhor clima de segurança para o paciente. Já o que refere a gerencia hospitalar e da unidade, é visto como um ponto deficiente, assim vendo a necessidade de intervenção para melhoria deste quesito a fim de que se desenvolva uma cultura de segurança do paciente.

Com isso, vê-se a importância de um maior investimento em estudos e estratégias gerenciais a fim de trazer melhorias para a segurança do paciente.

Referências

1. Matos JC, Rodrigues MCS, Borges MS et al. Cultura de segurança do paciente no cuidado em saúde: análise reflexiva. *Rev enferm UFPE on line*. 2016;10a(6):2223-9. doi: <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.6884-59404-2-SM-1.1002sup201626>
2. Santiago THR, Turrini RNT. Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(Esp):123. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000700018>
3. Halligan M, Zecevic A. Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. *BMJ Qual Safety*. 2011;20(4):338-43. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs.2010.040964>
4. Carvalho REFL, Cassiani SHB. Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2012;20(3):[8 telas].
5. Matiello RDC, Lima EFA, Coelho MCR, Oliveira ERA, Leite FMC, Primo CC. Patient safety culture from the perspective of nurses. *Cogitare Enferm*. 2016;21(esp):1-9.
6. Costa DVS, Fragoso LVC, Queiroz PA de et al. Segurança do paciente na visão de enfermeiros: uma questão multiprofissional. *Rev Enferm UFPE on line*. 2016;10a(6):2177-88.
7. Roque KE, Tonini T, Melo ECP. Eventos adversos na unidade de terapia intensiva: impacto na mortalidade e no tempo de internação em um estudo prospectivo. *Cad. Saúde Pública*. 2016;32(10):e00081815. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00081815>.
8. Health Organization (WHO). World Alliance for Patient Safety. WHO patient safety curriculum guide: multi-professional edition [Internet]. Geneva: WHO; 2011 Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44641/1/9789241501958_eng.pdf.
9. Minuzzi AP, Salum NC, Locks MOH. Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva na perspectiva da equipe de saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2016;25(2):e1610015.
10. Carvalho REFL. Adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire para o Brasil – Questionário de Atitudes de Segurança [tese]. Ribeirão Preto (SP) Universidade de São Paulo; 2011.
11. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012.
12. Machado MH, Aguiar Filho W, Lacerda WF et al. Características gerais da enfermagem: o perfil sócio demográfico *Enferm. Foco*. 2016;7(esp): 9-14.
13. Wermelinger M, Machado MH, Tavares MFL, Oliveira ES, Moysés NMN. A força de trabalho do setor de saúde no Brasil: focalizando a feminização. *Rev Divulga Saúde Debate*. 2010;45:54-70.
14. Carvalho REFL. Adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire para o Brasil – Questionário de Atitudes de Segurança. Ribeirão Preto, 2011. 158: Il.;30 cm Tese (Doutorado) Universidade de São Paulo, 2011.
15. Moraes MP, Martins JT, Galdino MJQ, Robazzi ML do CC, Trevisan GB. Satisfação no trabalho de enfermeiros em um hospital universitário. *Rev Enferm UFSM*. 2016;6(1):1-9.
16. Junior APN, Azevedo LC. Fatores associados à satisfação profissional e pessoal em intensivistas adultos brasileiros. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2016;28(2):107-13.

17. Barros ERS, Ellery AEL. Colaboração interprofissional em uma Unidade de Terapia Intensiva: desafios e possibilidades. *Rev Rene*. 2016;17(1):10-9.
18. Martins CCF, Dantas MSP, Marinho FP et al. Agentes estressores na terapia intensiva: visão dos profissionais de enfermagem *Rev Enferm UFPE on line*. 2014;8(10):3386-91.
19. Rigobello MCG, Carvalho REFL, Cassiani SHB, Galon T, Capucho HC, Deus NN. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2012; 25(5):728-35.
20. Toso GL, Golle L, Magnago TSBS, Herr GEG, Loro MM, Aozane F. et al. Cultura de segurança do paciente em hospitais na perspectiva da enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm*. 2016;37(4):e58662.
21. Reis GAX dos, Hayakawa LY, Murasaki ACY, Matsuda LM, Gabriel CS, Oliveira MLF. Implantação das estratégias de segurança do paciente: percepções de enfermeiros gestores. *Texto Contexto Enferm*. 2017;26(2).
22. Costa DB, Ramos D, Gabriel CS, Bernardes A. Cultura de segurança do paciente: avaliação pelos profissionais de enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2018;27(3).

ARTIGO ORIGINAL



Avaliação da gestão hospitalar: contribuições do processo de acreditação na visão de gestores

Hospital management assessment: contributions of the accreditation process in the view of managers

Antônio Ademar Moreira Fontenele Júnior¹, Maria Thayane Jorge Freire², Maria do Socorro Melo Carneiro.³

1 Discente da Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual Vale do Acaraú. **2** Enfermeira, Graduada pela Universidade Estadual Vale do Acaraú. **3** Enfermeira, Mestre em Saúde Pública, Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual Vale do Acaraú.

Abstract

Autor**Correspondente:**

Antônio Ademar
Moreira Fontenele
Júnior

E-mail:

demas.jr@hotmail.com

Não declarados**conflitos
de interesse**

Objective: to evaluate the quality of management during the Hospital Accreditation process, according to the view of the managers of a Tertiary Hospital. **Methods:** quantitative, evaluative study. Data collection took place between June and August 2018 and involved hospital administration professionals. The study has Donabedian's theoretical framework and the research respected the ethical principles according to Resolution 466/2012. **Results:** 21 professionals participated, of which 66.6% are female, aged between 27 and 47 years. It was significant what assesses whether participation in the accreditation process was desired by the participant, obtaining 100% of the answers, certainly yes. **Conclusions:** it was noticed that the accreditation process promoted improvement of services, as well as better interaction between management professionals to achieve quality in the institut **Descriptors:** Accreditation. Hospital Administration. Health Management.

Resumo

Objetivo: avaliar a qualidade da gestão durante o processo de Acreditação Hospitalar, de acordo com a visão dos gestores de um Hospital Terciário. **Métodos:** estudo quantitativo, de cunho avaliativo. A coleta de dados ocorreu entre junho e agosto de 2018 e envolveu os profissionais da administração hospitalar. O estudo tem como referencial teórico de Donabedian e a pesquisa respeitou os princípios éticos conforme a Resolução 466/2012. **Resultados:** participaram 21 profissionais, dos quais 66,6% são do sexo feminino, com faixa etária entre 27 e 47 anos. Foi significativo o que avalia se a participação no processo de acreditação foi desejada pelo participante, obtendo 100% das respostas com certeza sim. **Conclusões:** percebeu-se que o processo de acreditação promoveu melhoria dos serviços, bem como melhor interação dos profissionais da gestão para o alcance da qualidade na instituição. **Descritores:** Acreditação. Administração Hospitalar. Gestão em Saúde.

Submissão

23/12/2018

Aprovação

10/11/2019

Como citar: Fontenele Júnior AA, Freire MTJ, Carneiro MSM. Avaliação da gestão hospitalar: contribuições do processo de acreditação na visão de gestores. ReTEP [Internet] 2018 [citado em];10(4):21-26. Disponível em:

Introdução

A sociedade contemporânea cada vez mais se transforma de forma rápida e contínua, havendo um cuidado ainda maior nos diversos tipos de organizações, demonstrando preocupações com os setores no âmbito da qualidade dos serviços e produtos oferecidos. Seguindo esse contexto, o setor saúde é considerado um ramo em expansão por exercer forte influência na economia de diversos países, além de aprimorar-se em função das especificidades de sua clientela, buscando sempre a qualidade no atendimento das suas necessidades.⁽¹⁾

Assim, atualmente, uma das maiores preocupações dos serviços de saúde é a qualidade da atenção ofertada e a segurança do paciente, onde a busca pela melhoria da qualidade caracteriza-se por ser um processo contínuo e que necessita do engajamento de todos os profissionais envolvidos, sejam eles do campo assistencial ou administrativo.⁽²⁾

Em vista disso, em busca de melhorar o cuidado prestado nos diferentes níveis de atenção, ganhou espaço uma temática que está relacionada com a qualidade dos serviços de saúde, que é a Segurança do Paciente e que tem como conceito reduzir, a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.⁽³⁾

A segurança do paciente é uma dimensão da qualidade dos serviços de saúde. De maneira geral, qualidade aborda os resultados esperados com os sistemas de saúde, enquanto a segurança tem como foco as diversas possibilidades de falha no funcionamento de um sistema, que obrigatoriamente são maiores do que os modos de funcionamento aceitáveis.⁽⁴⁾

Vários são os aspectos que podem contribuir para a segurança dos processos, conferindo, assim, maior segurança à assistência. A Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou em 2009 seis metas internacionais de segurança: a identificação correta do paciente, a comunicação clara e efetiva, os cuidados relativos aos medicamentos considerados de alto risco, os aspectos que conferem maior segurança em cirurgias, diminuição dos riscos de infecção e riscos de queda do paciente. A realização dessas ações representa um significativo aumento na segurança do paciente além de possibilitar às instituições a melhoria de seus processos.⁽⁵⁾

No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) reconhece a Organização Nacional de Acreditação (ONA) como uma instituição séria e competente para a operacionalização do desenvolvimento do processo de Acreditação de organizações e serviço de qualidades.⁽⁶⁾

Nesse contexto, a Acreditação tem como conceito o método de avaliação de recursos institucionais, de forma periódica, voluntária, ordenadora e, principalmente, de educação continuada dos profissionais, com intuito de garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente aceitos.⁽⁷⁾ Configura-se como uma metodologia desenvolvida para apreciar a qualidade da assistência desenvolvida em todos os setores do Hospital⁽⁸⁾, sendo um incentivo para todos os profissionais que trabalham na instituição pelos serviços de qualidade e com segurança ali desenvolvidos, sejam eles do mais simples ao mais complexo.

Nessa perspectiva, avaliação da qualidade é um tema que preocupa os gestores dos serviços de saúde e por isso faz-se necessário que sua realização ocorra através de ferramentas e técnicas sistemáticas, para que o processo de gerência alcance uma visão íntegra e estratégica da qualidade, com decisões voltadas à melhoria contínua dos processos assistências e até mesmo gerenciais.⁽⁹⁾

O processo de Acreditação Hospitalar pode proporcionar segurança aos profissionais envolvidos, uma vez que o funcionário inserido em um serviço acreditado se sente melhor preparado para atender as necessidades dos seus clientes, à medida que pode oferecer recursos materiais, técnicos e humanos de maior complexidade, além de manter o nível de qualidade pela padronização de rotinas e uma maior organização.⁽¹⁰⁾

Diante do exposto, destaca-se a relevância da utilização dos programas de qualidade nas instituições de saúde, principalmente nas que possuem maior densidade tecnológica, pelo fato de estas ainda serem considerados como diferencial competitivo no país, além de proporcionarem aos profissionais uma segurança na prestação dos cuidados. Além disso, é um tema que está recorrente nos dias atuais, o que

instigou a estudar sobre o processo de Acreditação Hospitalar e suas interferências na sociedade através da percepção dos gestores que possuem grande responsabilidade e atuação durante esse processo.

Assim, o estudo teve como objetivo avaliar a qualidade do processo de Acreditação Hospitalar na visão dos gestores de um Hospital Terciário, no Estado do Ceará.

Métodos

Trata-se de um estudo quantitativo, de cunho avaliativo, realizado no período de junho a agosto de 2018, em um Hospital Terciário Público da região Norte do Estado do Ceará, que participou do processo de Acreditação, recebendo o certificado de Acreditado Pleno Nível II.

A amostra contou com 21 profissionais de nível superior que atuam na gestão dos serviços administrativos. Como critério de inclusão dos participantes, utilizou-se o tempo de atuação igual ou superior a um ano no serviço atual, contemplando assim a permanência destes no referido serviço durante o processo de Acreditação Hospitalar. Foram excluídos os profissionais que estiveram de licença médica ou em algum outro afastamento de suas atividades durante o período da coleta de dados.

A coleta de dados foi realizada por meio de um instrumento elaborado a partir do modelo da Tríade de Donabedian, que contempla em três pontos a avaliação da qualidade em saúde: estrutura, processo e resultado. Este foi constituído de 5 perguntas relacionadas à caracterização dos participantes e 23 perguntas relacionadas aos serviços, divididas em três dimensões sobre a avaliação da qualidade da gestão e assistência hospitalar, sendo 4 itens relacionados à estrutura; 14 itens referentes ao processo e 5 itens que abordam os resultados. O instrumento foi disponibilizado online, via e-mail do profissional, por meio da plataforma *Google Forms*.

As respostas do instrumento foram em escala tipo *likert*, que corresponde a um tipo de escala de atitude na qual o respondente indica seu grau de concordância ou discordância em relação a determinado objeto.⁽¹¹⁾ A escala tem como intervalo de 0 a 4 para cada item de resposta, sendo 0= não sei/não lembro; 1= Com certeza, não; 2= Parcialmente, não; 3= Parcialmente, sim e, 4= Com certeza, sim.

O estudo teve como referencial teórico Avedis Donabedian, que traz como um dos mecanismos de controle de qualidade a avaliação dos serviços de saúde, desenvolvendo um quadro conceitual fundamental para o entendimento da avaliação de qualidade em saúde, a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultado, utilizando-os como indicadores representativos de qualidade.^(12,13)

Os dados coletados foram tabulados no *software* Excel 2016, que auxiliou na elaboração de tabelas e gráficos. Já para a análise estatística descritiva, utilizou-se o *software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 23, armazenados em banco de dados.

O estudo atendeu aos princípios éticos conforme a Resolução 466/2012, com pesquisas com seres humanos, tendo parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú, sob o Parecer nº 2.577.977 e autorização pela instituição em estudo, sendo apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ao participante do estudo, garantindo o anonimato e o direito de desistência em qualquer fase da pesquisa.

Resultados e Discussão

De acordo com o perfil dos profissionais, observou-se que a maioria deles, 14 (66,6%), corresponde ao sexo feminino. Quanto à faixa etária, verificou-se que a mais predominante foi de 30 e 39 anos, representado por 12(57,1%) profissionais.

A titulação apresentou 10 (47,6%) profissionais que possuem especialização, sendo a maioria, seguido de 6 (28,5%), que possuem mestrado. Foi encontrado 1(0,3%) participante com doutorado.

De acordo com os setores de atuação, observou-se que a Administração Hospitalar corresponde a 21 (6,9%) profissionais. Quanto ao tempo de atuação, mostrou-se que a maioria possui a partir de 4 anos de atuação no setor, dos quais 12 (57,1%) correspondem à Administração Hospitalar.

Avaliação do Componente Estrutura

No componente Estrutura, as perguntas estão relacionadas à estrutura da unidade, tanto referente à estrutura física quanto ao dimensionamento de profissionais, levando em consideração equipamentos e materiais como também aos serviços de apoio, avaliando sua qualidade.

Na variável que pergunta se considera adequado o dimensionamento de pessoal do serviço em que atua, a maioria dos profissionais afirmou com certeza sim, 11 (52,4 %), seguido de 6 (28,6%) profissionais, 2 (9,5 %) provavelmente não e 2 (9,5%) com certeza não.

Outra pergunta que se destaca nessa componente é se considera adequada a estrutura física do serviço em que atua, onde 16 (76,2 %) responderam com certeza, sim e 5 (23,8%) provavelmente sim. Um estudo com gestores em um hospital universitário do Rio de Janeiro utilizando a metodologia da Acreditação hospitalar na gestão de pessoas, quando questionados acerca de infraestrutura e processos adequados, considerando a capacidade da área hospitalar, 75% dos respondentes apontaram discordância total ou parcial no que tange ao desempenho do hospital pesquisado; 21,43% concordaram total ou parcialmente e 3,57% não souberam avaliar, demonstrando haver uma carência com relação a adequação entre a capacidade da área e infraestrutura/processos adequados, o que difere do presente estudo.⁽¹⁴⁾

Avaliação do Componente Processo

No componente Processo, os itens respondidos estão relacionados ao processo de trabalho executado no serviço em busca da melhoria da qualidade, durante a preparação para a certificação hospitalar.

Quando perguntados se foram promovidas capacitações e/ou outras estratégias de educação permanente para os profissionais/ gestores, 15 (71,4%) responderam com certeza, sim, 5 (23,8%) provavelmente e 1 (4,8%) provavelmente, não.

Percebe-se a necessidade de que os hospitais devem conhecer e gerenciar seus processos, como também identificar e monitorar seus desempenhos, a fim de obter a melhoria deste e, por conseguinte, dos serviços prestados aos clientes/pacientes. Mas para que isso aconteça, é necessário a adoção de um programa de capacitação contínua e consistente.⁽¹⁵⁾

Em um estudo com profissionais de enfermagem de uma instituição hospitalar privada, acreditada nível I, verificou-se que 68,29% dos profissionais consideram que a Educação Permanente favorece a aquisição de conhecimentos relacionados ao processo de acreditação e 26,82% responderam parcialmente. Ainda a partir desse estudo, percebeu-se que estas ações educativas corresponderam com as necessidades do serviço, dos trabalhadores de enfermagem e dos pacientes, onde 70,73% foram afirmados pelos pesquisados e apenas 7,31% desconsideraram, o que correlaciona com o encontrado neste estudo.⁽¹⁶⁾

Quando perguntados se a comunicação entre a equipe em que você atua foi efetiva, 8 (38,1%) responderam com certeza, sim, 12(57,1%) provavelmente, sim e 1 (4,8%) provavelmente não.

A comunicação ou o repasse de informações sobre o processo da qualidade entre os funcionários em geral, pode ser apontado como um ponto desafiador no trabalho, uma vez que as informações, muitas vezes, não chegam a todos de maneira uniforme.⁽¹⁰⁾ Em se tratando de trabalho em equipe, a comunicação torna-se uma ferramenta essencial para o sucesso do grupo, onde as informações repassadas a todos, independentemente da função que exerçam, favorecem o surgimento do pensamento crítico, de soluções e de ideias inovadoras.⁽¹⁰⁾

Um item que se destacou dentro desse componente foi se a participação no processo de acreditação foi desejada pelos profissionais, onde 21(100 %) responderam com certeza sim. Esse quesito é bem importante, já que o processo de acreditação não acontece sozinho. É necessário que todos os profissionais se sintam envolvidos, motivados e interessados em participar desse processo, que almeja a uma melhor assistência e segurança do paciente. O profissional satisfeito e motivado pela aquisição de metas e indicadores desejados tende a produzir mais e melhor, tendo impacto na melhoria do serviço para o cliente/usuário/paciente.^(10,17)

No item as dificuldades/obstáculos existentes foram discutidas e trabalhadas em equipe, 16 (76,2 %) profissionais responderam com certeza sim, seguidos de 5(23,8%) provavelmente sim. Outro ponto que se destacou foi quanto a análise e acompanhamento de indicadores do setor fizeram parte desse processo, onde 19 (90,5 %) profissionais responderam com certeza sim e 2(9,5 %) provavelmente sim.

Quando perguntados quanto ao acompanhamento na visita diagnóstica de certificação, 15(71,4%) responderam com certeza sim e 6 (28,6%) provavelmente sim. Observou-se que os setores administrativos estiveram intimamente ligados ao processo, possuindo um significativo quantitativo de respostas positivas.

Avaliação do Componente Resultado

Já no componente Resultado, os itens estão relacionados aos objetivos obtidos em busca da melhoria da qualidade em decorrência dos processos desenvolvidos com vistas à acreditação hospitalar.

Quando perguntados sobre a implantação de novos protocolos/rotinas no serviço de atuação, 20(95,2%) profissionais responderam com certeza sim e 1(4,8%) provavelmente sim.

Não são somente os indicadores de processo que devem ser implementados, mas também a padronização das rotinas, sendo denominada Procedimento Operacional Padrão (POP), o que faz parte da exigência do nível 2 de certificação. É por meio do POP, que cada setor no hospital tem suas rotinas padronizadas, sendo ideal que elas estejam disponíveis para todos os funcionários e que estes estejam aptos à realização do procedimento com qualidade.⁽¹⁰⁾

No que concerne na melhoria dos indicadores do serviço de atuação, 14(66,7 %) responderam com certeza sim e 7(33,3 %) provavelmente sim.

Os indicadores podem ser empregados como um guia para monitorar e avaliar a assistência. O uso constante de indicadores permite melhorar a qualidade da assistência, fortalecer a confiança da clientela, além de atender às exigências de órgãos financiadores, reduzir custos e estimular o envolvimento dos profissionais.⁽¹⁸⁾

A busca contínua da crescente melhoria dos processos de trabalho reflete a preocupação da instituição em relação ao atendimento de excelência. Assim, é muito possível que o hospital consiga o que deseja, que é o menor risco nos procedimentos e nas práticas, em busca do alcance de melhor qualidade.

Já quando perguntados quanto a melhoria da qualidade do serviço de atuação, 17 (81 %) dos profissionais respondeu com certeza sim e 4(19 %) responderam provavelmente sim.

Em um estudo de casos realizado em cinco hospitais, em diferentes cidades do Brasil, com distinção dos níveis de acreditação nacional e internacional pela JCI, os autores perceberam que a acreditação hospitalar proporciona melhoria contínua nos serviços de saúde, uma vez que a gestão da qualidade é utilizada voltada aos processos assistenciais.⁽¹⁹⁾

Não basta apenas pensar em qualidade, e não ter os processos definidos e disseminados entre os profissionais que atuam diretamente ou indiretamente na assistência. Os processos configuram-se como fontes de oportunidades de melhorias e a uniformização significa realizar, da melhor forma, o alcance da satisfação do cliente externo e interno.⁽²⁰⁾

Mesmo que os resultados sejam um componente de qualidade do serviço prestado, é essencial associá-lo às avaliações do Processo e da Estrutura para conseguir identificar as razões das diferenças encontradas, em busca de melhorar o planejamento e as intervenções e também aumentar o alcance da eficiência almejada.^(21,22)

Conclusão

Através desse estudo, foi possível avaliar a qualidade da gestão e perceber como esse aspecto mantém relação com o processo de Acreditação Hospitalar, verificando a importância da gestão no desenvolvimento desse processo, uma vez que realiza o desenho de um modelo gerencial a ser seguido, implementando focos com pontos em comum a fim de atingir padrões elevados de qualidade.

Sob a visão dos gestores, percebeu-se que o processo de acreditação promoveu melhoria dos serviços, bem como melhor interação dos profissionais da gestão para o alcance da qualidade na instituição. Além disso, com a avaliação da gestão, foi possível conhecer sobre a opinião desses profissionais e seu envolvimento com o processo de acreditação.

Espera-se que esse estudo sirva de modelo para outras instituições que tiverem interesse em qualificar a sua assistência, avaliando a gestão como também para que outras pessoas que se interessem por temáticas avaliativas e que proporcionam melhoria da qualidade em saúde.

Referências

1. Rocha TAH, Rodrigues JM, Silva NC, Barbosa ACQ. Gestão de recursos humanos em saúde e mapeamento de processos reorientação de práticas para promoção de resultados clínicos satisfatórios. *Rev Adm Hosp e Inova Saúde*. 2014;11(3):143-59.
2. Treviso P, Brandão FH, Saitovitch D. Construção de indicadores de saúde. *Rev Adm Saúde*. 2009;11(45):182-6.
3. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde, Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília: Anvisa; 2013.
4. Vincent C, Burnett S, Carthey J. The measurement and monitoring of safety. London: The Health Foundation; 2013.
5. Organização Mundial da Saúde. Segundo desafio global para a segurança do paciente: cirurgias salvam vidas: orientações para cirurgia segura da OMS. Tradução de Marcela Sanches Nilo e Irma Angelica Duran. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2009.
6. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução nº 921, de 29 de março de 2002: reconhece a Organização Nacional de Acreditação como instituição competente e autorizada a operacionalizar o desenvolvimento do processo de acreditação de organizações e serviços de saúde no Brasil. Brasília: ANVISA; 2002.
7. Schiesari LMC. Resultados de iniciativas de qualidade em hospitais brasileiros [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2003.
8. Organização Nacional de Acreditação. Manual para Avaliação e Certificação de Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares. Brasília; 2004.
9. Vituri DW, Cacciari P, Gvozdz R, Kuwabara CGT, Cardoso MGP. Indicadores de qualidade como estratégia para a melhoria da qualidade do cuidado em um hospital universitário. *Cienc Cuid Saude*. 2010; 9(4):782-90.
10. Manzo BF, Brito MJM, Correa AR. Implicações do Processo de Acreditação Hospitalar no Cotidiano de profissionais de Saúde. *Rev Esc Enferm*. 2012;46(2):388-94.
11. Appolinário F. Dicionário de Metodologia Científica. São Paulo: Editora Atlas; 2007.
12. Donabedian A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: Explorations in Quality Assessment and Monitoring (A. Donabedian), Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press; 1980.
13. Donabedian A. The Quality of Medical Care. *Science*. 1978;200(4344):856-64.
14. Santos SS. Modelo de autoavaliação da qualidade dos serviços de saúde com base nas metodologias de acreditação hospitalar: um enfoque em gestão de pessoas. [Dissertação]. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 2016.
15. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Assistência à Saúde. Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar. Brasília; 2002.
16. Domingues AL, Martinez MR. Educação permanente e acreditação hospitalar: um estudo de caso na visão da equipe de enfermagem. *Rev enferm UFPE*. 2017;11(5):2208-16.
17. Feldman L, Cunha I. Identificação dos critérios de avaliação de resultados do serviço de enfermagem nos programas de acreditação hospitalar. *Rev Lat Americ Enferm*. 2006;14(4):540-5.
18. Kurcgant P, Tronchin DMR, Melleiro MM. A construção de indicadores de qualidade para a avaliação de recursos humanos nos serviços de enfermagem: pressupostos teóricos. *Acta Paul Enferm*. 2006;19(1):88-91.
19. Emídio LF, Alonso LBN, Fereda E, Hedler HC. Acreditação Hospitalar: estudo de casos no Brasil. *Perspec Gestão Conhecimento*. 2013;3(1):98-113.
20. Cenci T. Gestão de processos administrativos no hospital beneficente Santa Terezinha. [Monografia]. Lajeado: Centro Universitário Univates; 2015.
21. Donabedian A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. *QRB Qual Rev Bul*. 1992;18(11):356-60.
22. Tanaka OY. Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta. *Saude Soc*. 2011;20(4) :927-34.

ARTIGO DE REVISÃO



Educação em saúde com adolescentes mediada por tecnologias da informação: revisão integrativa

Teaching health education mediated by information technologies: integrative review

Patrícia Solano Feitosa¹, Antonia Cinthya Gomes da Silva², Thábyta Silva de Araujo³, Queliane Gomes da Silva Carvalho⁴, Neiva Francenely Cunha Vieira.⁵

1 Enfermeira, Graduada pela Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil. **2.** Enfermeira, Graduada pela Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil. **3.** Enfermeira, Doutorando em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil. **4.** Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil. **5.** Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente da Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

Abstract

Objective: to identify the scientific production about educational strategies related to vaccination against human papillomavirus. **Method:** integrative review, conducted at the Medical Literature Analysis and Retrieval System Online databases, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, Scopus, Web of Science and Nursing Databases, November 2017 with the following descriptors: "papillomavirus vaccines", "Adolescent" and "health education". **Results:** studies with a descriptive and qualitative approach were predominant, and no Brazilian studies were found. Educational strategies aimed at vaccination against human papillomavirus were designed to improve knowledge and reduce barriers to vaccination. **Conclusion:** there are weaknesses in the knowledge of adolescents and their families about vaccination against human papillomavirus. The strategies used can contribute to enable the development of knowledge that favors the empowerment of adolescents and their families, especially the most dynamic and interactive strategies

Descriptors: Immunization Programs. Health Education. Adolescent.

Resumo

Objetivo: identificar a produção científica acerca das estratégias educativas relacionadas à vacinação contra o papilomavírus humano. **Métodos:** revisão integrativa, realizada na bases *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, Scopus, Web of Science e Bases de Dados em Enfermagem*, em novembro de 2017 com os seguintes descritores: "vacinas contra papilomavírus", "adolescente" e "educação em saúde". **Resultados:** foram predominantes os estudos com abordagem descritiva e qualitativa, não sendo encontrados estudos brasileiros. As estratégias educativas voltadas à vacinação contra o papilomavírus humano apresentaram o intuito de melhorar o conhecimento e reduzir barreiras em relação à vacinação. **Conclusão:** existem fragilidades no conhecimento de adolescentes e seus familiares sobre a vacinação contra o papilomavírus humano. As estratégias utilizadas podem contribuir para viabilizar o desenvolvimento de conhecimentos que favoreçam o empoderamento de adolescentes e familiares, com destaque para as estratégias mais dinâmicas e interativas.

Descritores: Programas de Imunização. Educação em Saúde. Adolescente.

Autor

Correspondente

Antonia Cinthya
Gomes da Silva.
E-mail:
cinythagomes2@g
mail.com

Não declarados conflitos de interesse

Submissão

08/04/2019

Aprovação

15/07/2019

Introdução

Os tipos de Papilomavírus Humano (HPV) de alto risco oncogênico são detectados em 99% dos cânceres de colo do útero, sendo os mais comuns os tipos 16 e 18, que em conjunto são responsáveis por cerca de 70% de todos os casos no mundo. Os tipos 6 e 11 estão associados a até 90% das verrugas anogenitais. No Brasil, o perfil de prevalência do HPV é semelhante ao mundial, sendo 53,2% para HPV 16 e 15,8% para HPV 18. A vacina quadrivalente (tipos 6, 11, 16 e 18) contra o HPV foi incorporada ao Sistema Único de Saúde (SUS) em março de 2014 e tem como objetivo a prevenção do câncer do colo do útero, vulva, vagina, região anal, pênis e orofaringe.⁽¹⁾

A literatura internacional demonstra a importância da vacina para os adolescentes, porém destaca a falta de conhecimentos deste público sobre o câncer de colo do útero e sobre a vacinação⁽²⁾. No cenário brasileiro, o conhecimento dos adolescentes sobre HPV, câncer do colo uterino e a vacinação também é deficiente⁽³⁾, mesmo assim, há boa receptividade das vacinas contra o HPV na população usuária do SUS, porém, essa aceitabilidade convive com a falta de informação e/ou com informações inadequadas sobre a vacinação.⁽⁴⁾

Existe também uma questão cultural a ser considerada: as mulheres temem falar sobre HPV ou permitir a vacinação das filhas por acreditarem que isto pode aumentar a liberdade sexual delas.⁽⁵⁾ Diante destes obstáculos, surge a necessidade de trabalhar estratégias educativas, a partir da utilização de tecnologias educacionais ou ações educativas desenvolvidas pelos profissionais da saúde, em diversos equipamentos sociais, tais como escolas, Unidades Básicas de Saúde, no ambiente familiar, visando à mudança de prováveis contextos de falta de informações acerca da vacina.

Para que o fortalecimento do processo de adesão à vacinação aconteça de forma autônoma e consciente, as lacunas do conhecimento devem ser investigadas e sanadas. A falta de conhecimento, das adolescentes e pais, sinaliza a necessidade de estratégias educativas, que, por sua vez, subsidiem a elaboração de intervenções, principalmente no contexto da Atenção Básica (AB).

Destaca-se, assim, a relevância em se realizar uma revisão da literatura para encontrar tecnologias para direcionar o trabalho dos profissionais que atuam na AB, na elaboração de estratégias que impactem na elucidação de dúvidas acerca da temática, buscando ampliar o acervo de referências de pesquisas baseadas em evidências que contribuam com o aumento do conhecimento e se reduza barreiras acerca do HPV pelos adolescentes e familiares.

Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi identificar a produção científica, nacional e internacional, das estratégias educativas relacionadas à vacinação contra o HPV.

Métodos

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, na qual a busca foi realizada no período de novembro de 2017. A pesquisa seguiu as seguintes etapas: 1) elaboração da pergunta de pesquisa; 2) busca na literatura; 3) seleção dos artigos; 4) extração dos dados; 5) avaliação da qualidade metodológica; 6) síntese dos dados; 7) avaliação da qualidade das evidências; e 8) redação e publicação dos resultados.⁽⁶⁾

O estudo teve como pergunta norteadora: quais são as estratégias educativas utilizadas junto à adolescentes e/ou familiares para abordar a vacinação contra o HPV para adolescentes? A busca na literatura foi realizada a partir da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e do PubMed, na Base de Dados em Enfermagem (BDENF), na *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), na Scopus e na *Web of Science* e na *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline).

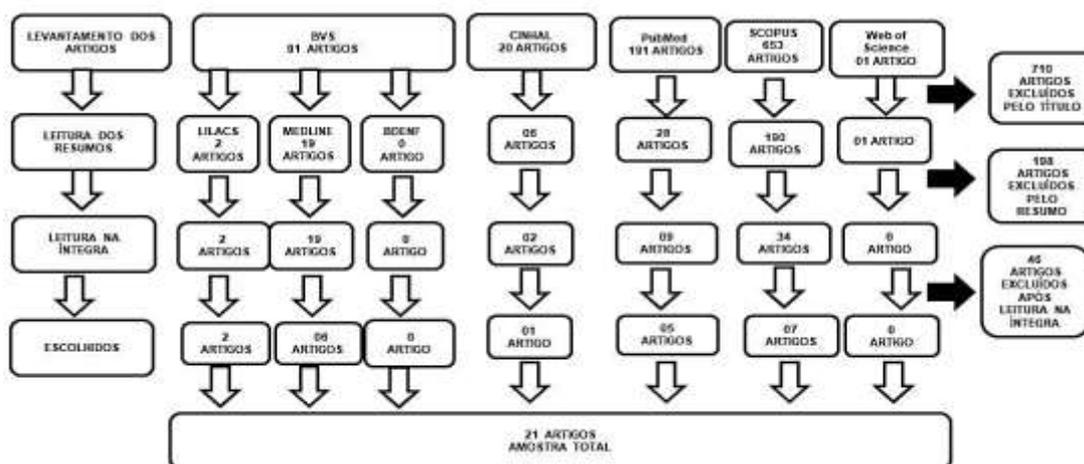
Os critérios de inclusão dos artigos foram: artigos em inglês, português ou espanhol, que abordassem as estratégias educativas relacionadas à vacinação contra o HPV, sem delimitação de recorte temporal. Foram excluídos artigos duplicados em mais de uma base de dados, editoriais, monografias, teses, dissertações, cartas ao editor, revisões de literatura e estudos de reflexão.

A busca e a seleção dos artigos foram realizadas por uma dupla de revisores. A leitura seguiu três passos, até a escolha dos artigos: títulos, resumos e artigo na íntegra (figura 1).

Resultados

No portal da BVS, foi realizada uma busca utilizando-se os Descritores em Ciências da Saúde, unidos por operadores booleanos, da seguinte forma: "Vacinas contra Papillomavírus" AND "Adolescente" AND "Educação em Saúde" nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem e MEDLINE (via endereço eletrônico <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online>). No portal PubMed e nas bases de dados CINAHL, *Web of Science* e Scopus, foram utilizados os *Medical Subject Headings* (MESHs), da seguinte forma: "Papillomavirus Vaccines" AND "Adolescent" AND "Health Education". A dinâmica da busca está descrita na figura 1.

Figura 1 – Fluxograma da busca dos artigos. Fortaleza, CE, 2018.



Fonte: dados do estudo.

Na LILACS, foram encontrados dois estudos e ambos foram selecionados. Na Base de Dados de Enfermagem, não foi encontrado nenhum artigo e na MEDLINE, foram encontrados 91 artigos, selecionados 19 e escolhidos 6.

No portal da PubMed, com o filtro *free full text*, foram encontrados 191 artigos, após leitura dos títulos e resumos, foram pré-selecionados 28 estudos, destes, em 9 foi realizada a leitura na íntegra, sendo escolhidos 5.

Na base de dados CINAHL foram encontrados 20 estudos, selecionados 6 e escolhido 1. Na *Web of Science* foi encontrado apenas 1 estudo e este não respondia a questão norteadora. Na Scopus, foram encontrados 657 estudos, selecionados 34 e escolhidos 7. Ressalta-se que estas bases foram acessadas via portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Dos 21 artigos escolhidos, 20 estavam no idioma inglês e 1 em espanhol. No que diz respeito ao país em que o estudo foi realizado, nenhum foi realizado no Brasil, 13 foram realizados nos Estados Unidos e um em cada um dos seguintes países: Sudão, Austrália, Peru, Países Baixos, Singapura, Japão, China e África do Sul. Em relação ao nível de evidência⁽⁶⁾, da maioria dos estudos, foi baixo, com 61,9% de nível 6 (estudo descritivo ou qualitativo), 28,6% nível 2 (pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado) e 28,6% nível 4 (estudos de coorte e de caso-controle bem delineados).

O quadro que segue traz as estratégias educativas utilizadas pelos 21 estudos incluídos na amostra.

Quadro 1: Estratégias educativas voltadas para o conhecimento acerca da vacinação contra o papilomavírus entre adolescentes e/ou pais. N=21 estudos. Fortaleza, CE, 2017.

Referências	Autor/Ano	Estratégias educativas utilizadas
(8, 22)	Kepka et al/ 2012; Kepka et al, 2011	Radionovela destinada a melhorar a conscientização e os interesses relacionados ao papilomavírus humano
(10)	Leader et al/ 2009	Três pequenos parágrafos descritivos sobre a vacina, cada um dos quais enfatizava um aspecto diferente da vacina. Todos os três incluíam informações gerais sobre a prevalência e sintomas da doença, bem como a frequência da dosagem da vacina, custo e efeitos colaterais potenciais.
(11)	Dreyer et al/ 2015	Palestras com pais e informações escritas sobre a vacina
(23)	Chan et al/ 2015	Fotonovela
(20)	Katz et al/ 2014	Desenvolvimento junto com os pais de Histórias em quadrinho para adolescentes
(7)	Diclemente et al/ 2015	Informativos online e anúncios em televisão
(14)	Skinner et al/ 2015	Filme animado
(13,24)	Tiro et al/ 2015; Reiter et al/ 2011	Projektor de multimídia
(9,12,21)	Barnack-Tavlaris et al/ 2013; Camaño-Puig et al/ 2014; Bartolini et al/ 2010	Grupos focais
(25)	Hofman et al/ 2013	Folhetos informativos enviados via correio
(26,27)	Rickert et al/ 2015; Fiks et al/ 2013	Mensagens enviadas via telefone
(17)	Baldwin et al/ 2017	Aplicativo de celular com vídeo
(15,16)	Lim et al/ 2017; Roussos-Ross et al/ 2017	Seminários educacionais com aplicação de um questionário pré e pós-intervenção
(18)	Hayashi et al/ 2012	Cartazes, palestras, divulgação na televisão
(19)	Kwan et al/ 2012	Apresentação didática com projetor de multimídia contendo seções de perguntas e respostas

Fonte: dados do estudo.

As intervenções educativas têm o intuito de esclarecer os tabus relacionados ao tema. A maioria das tecnologias educativas utilizadas nos estudos analisados foi dinâmica e atrativa ao público-alvo, como radionovelas, histórias em quadrinhos, filmes, estratégias estas que são importantes para favorecer a adesão consciente, considerando os benefícios e efeitos adversos da vacina. Outras estratégias mais comuns também foram utilizadas, como folhetos, apresentação de *PowerPoint* e divulgação nos meios de comunicação com utilização da mídia.⁽⁷⁻²¹⁾

Discussão

As limitações do estudo estão relacionadas ao baixo nível de evidência da maioria dos estudos sobre o tema e a busca de estudos disponíveis em acesso aberto.

As estratégias educativas foram utilizadas devido à falta de conhecimento entre adolescentes e pais nos diversos países. Dentre os estudos, 16 destacaram que poucos participantes tinham ouvido falar do HPV e muitos não conseguiam relacioná-lo ao câncer do colo uterino.⁽⁷⁻²¹⁾ O conhecimento é insuficiente sobre câncer de colo do útero e informações de que o HPV é a causa do câncer cervical precisam ser fornecidas.⁽⁷⁻⁹⁾ A consciência prévia sobre a vacina, bem como o conhecimento e a compreensão da relação entre o HPV e a vacina, foi considerada baixa.⁽¹¹⁻¹⁴⁾

Um estudo realizado no Sudão apontou que a maioria dos participantes não possuía conhecimento exato sobre câncer cervical, papilomavírus humano e rastreamento de câncer cervical, destacando que apenas 39,2% (196/500) tinham ouvido falar da vacinação contra a doença, e apenas 11,4% (57/500) receberam a vacina⁽⁸⁾, semelhantemente aos Estados Unidos, em que a maioria dos participantes da pesquisa (58,0%) não tinha ouvido falar de uma nova vacina para prevenir câncer cervical.⁽¹⁰⁾ Na Austrália, pesquisa realizada em

escolas, mostrou que a compreensão, a autoeficácia e o envolvimento dos adolescentes na tomada de decisões em relação à vacinação contra o HPV são baixas e que seu medo e ansiedade são altos.⁽¹⁴⁾

Um estudo realizado em Singapura mostrou que a maior fonte de informação sobre a vacinação contra o HPV citada pelos adolescentes foram amigos e membros da família.⁽¹⁵⁾ Outros estudos destacaram que o aumento do conhecimento em relação ao HPV, o câncer do colo do útero e a aceitabilidade da vacina contra o HPV se deu após intervenções educativas.^(15,19)

Sete estudos destacaram barreiras em relação à vacinação contra o HPV.^(12-14,25-26) As informações acerca do HPV, vacina e câncer cervical são limitadas e existem muitos mitos que podem atuar como barreiras à aceitação da vacina.⁽²⁰⁾

Três estudos fizeram intervenções semelhantes. Dois desenvolveram uma radionovela destinada a melhorar a conscientização e os interesses relacionados ao papilomavírus humano e à vacina contra esta doença entre famílias latinas.^(8,22) Outro estudo desenvolveu uma fotonovela, em que foi trabalhada a percepção do papilomavírus humano, os efeitos adversos e os benefícios da vacinação, por meio da organização de mensagens educacionais, em torno de lacunas de conhecimento.⁽²³⁾

Um estudo realizado nos Estados Unidos aplicou um livro contendo histórias em quadrinho para adolescentes de 9 a 14 anos sobre a vacina contra o HPV, com base na teoria orientada para adolescentes, em que houve aumento do conhecimento sobre esta doença e atitudes mais positivas em relação à vacina.⁽²⁰⁾ Os pais forneceram informações valiosas no desenvolvimento das histórias em quadrinho tendo sido bem aceita, os adolescentes gostaram da história, acharam fácil de ler e consideraram que esta estratégia educativa foi uma boa maneira de aprender.⁽²⁰⁾

Em um estudo realizado nos EUA foi criado um aplicativo para tablete, nos idiomas inglês e espanhol, para induzir a autopersuasão dos pais de adolescentes para a vacinação contra o HPV. O aplicativo apresentava um vídeo educacional de curta duração que servia de base para a geração de argumentos a favor da vacinação, ajudando os pais de adolescentes não vacinados a decidir a favor da vacinação.⁽¹⁷⁾

A mídia também exerce influência nos conhecimentos sobre o tema. Foi realizado um estudo com aplicação de uma estratégia baseada em mídia, via computador, no intuito de promover conhecimentos sobre HPV e adesão à vacina e esquema vacinal, adaptada à cultura e ao gênero, com base nas necessidades e percepções do público-alvo.⁽⁷⁾ Outro estudo utilizou-se de uma forma mais dinâmica de mídia, a partir de um filme animado com duração de 18 minutos em DVD sobre vacinação contra HPV e sobre a própria doença.⁽¹⁴⁾ A literatura também destaca a apresentação de multimídia por meio do *PowerPoint* sobre HPV e a vacina.^(13,24)

Destaca-se ainda a utilização de técnicas qualitativas, como grupos focais, para o levantamento de dúvidas e esclarecimentos acerca dos mitos sobre o HPV e a vacina.^(9,12,21) No Peru, a estratégia educativa foi baseada em grupos focais e entrevistas em profundidade com os pais, para conseguir informações que ajudaria na decisão de adolescentes pela vacinação contra o HPV.⁽²¹⁾

O folheto de informações via correio sobre HPV e as características da vacinação foi utilizado em outro estudo.⁽²⁵⁾ Outra pesquisa enviou breves mensagens de saúde via celular, que destinava-se a combater as preocupações sobre a vacina e a aumentar a crença dos pais de que a vacinação protegeria seus adolescentes do câncer cervical.⁽²⁶⁾

Dois estudos, que desenvolveram seminários educacionais com aplicação de um questionário pré e pós-intervenção educacional, obtiveram como resultado o aumento do conhecimento e sensibilização sobre o HPV e a vacina.⁽¹⁵⁻¹⁶⁾

Um programa de vacinação proposto pela prefeitura de Shili, no Japão, obteve sucesso nas taxas de vacinação ao elaborar uma estratégia educativa que envolveu os profissionais da saúde, as escolas e a população em geral. A intervenção utilizou cartazes nas escolas, palestras, divulgação na mídia com informações sobre a vacina contra HPV para adolescentes.⁽¹⁸⁾ Na China, foi realizada uma intervenção educativa utilizando apresentações didáticas via projetor multimídia, seguida de uma sessão interativa de perguntas e respostas acerca da vacinação.⁽¹⁹⁾ Sugere-se que as intervenções educativas aconteçam na escola e sejam voltadas para o público-alvo da vacina e para seus pais.⁽¹²⁾

Na Pensilvânia, foram realizadas intervenções educativas com profissionais, adolescentes e familiares. Para os profissionais foram usados registros eletrônicos sobre a vacina, apresentação online ou presencial sobre as taxas de vacinação e informações sobre segurança, eficácia e estratégias para superar as barreiras da vacinação entre adolescentes. As adolescentes e familiares receberam lembretes educacionais automatizado, via telefone. As intervenções resultaram em taxas significativamente maiores de vacina e reduziram o tempo de recebimento entre as doses.⁽²⁷⁾

As intervenções educativas são necessárias devido o baixo conhecimento sobre o tema, evidenciado nos estudos analisados em diferentes países, que com seus diferentes contextos sociais, econômicos e culturais apontaram a falta de esclarecimentos da população em relação ao HPV, ao câncer cervical e à vacinação destacando, assim, a importância de utilizar estratégias educativas para o público alvo da vacina.

As intervenções educativas mais efetivas passam por planejamento por parte dos profissionais da equipe de saúde e pela sistematização do conhecimento científico para, assim, serem aplicadas para a população, sendo consideradas tecnologias educacionais que podem ser replicadas e adaptadas ao contexto brasileiro.

Diante dos estudos analisados, as tecnologias educacionais encontradas relacionadas à vacinação contra o HPV, apresentaram o intuito de melhorar o conhecimento e reduzir barreiras em relação à vacinação, algumas utilizando tecnologias dinâmicas e interativas, como histórias em quadrinhos, grupos focais, outras, meios convencionais, como projeção de multimídia, mensagens enviadas pelo correio ou celular, e ainda uso de meios de comunicação em massa, como televisão, jornal e rádio.

Conclusão

A lacuna no conhecimento relacionada à vacinação contra o HPV é relevante e demanda elaboração e planejamento de estratégias educativas voltadas para tal temática. As barreiras relacionam-se, principalmente, com a falta de informações e às crenças relatadas pelos pais, que acreditam que suas filhas não são vulneráveis ao HPV.

Apesar de terem sido identificados apenas estudos internacionais na revisão acerca do tema, a falta de informação é destacada em vários países em diferentes contextos sociais, econômicos e culturais, sendo possível que os resultados sejam aplicados a realidade brasileira e tendo em vista que trata-se de uma vacina introduzida recentemente no país.

Considera-se fundamental a implementação de estratégias educativas sobre o tema, com destaque das estratégias dinâmicas e interativas entre os adolescentes, a fim de promover o conhecimento da população e reduzir as barreiras citadas pela literatura.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. Informe técnico da ampliação da oferta das vacinas papilomavírus humano 6,11, 16 e 18 (recombinante) – vacina HPV quadrivalente e meningocócica C conjugada. Ministério da Saúde. 2018. Disponível em: <http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/14/Informe-T--cnico-HPV-MENINGITE.pdf>.
2. Mwaka AD, Wabinga HR, Mayanja-Kizza H. Mind the gaps: a qualitative study of perceptions of healthcare professionals on challenges and proposed remedies for cervical cancer help-seeking in post conflict northern Uganda. *BMC Fam Pract*. 2013;1(193):e1-14. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2296-14-193>
3. Panobianco MS, Lima AD, Oliveira IS, Gozzo TO. Knowledge concerning HPV among adolescent undergraduate nursing students. *Texto Contexto Enferm*. 2013; 22(1):201-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000100024>
4. Osis MJ, Duarte GA, Sousa MH. SUS users' knowledge of and attitude to HPV virus and vaccines available in Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2014; 48(1):123-33. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005026>
5. Hull PC, Williams EA, Khabele D, Dean C, Bond B, Sanderson M. HPV vaccine use among African American girls: qualitative formative research using a participatory social marketing approach. *Gynecol Oncol*. 2014; 132(suppl 1):13-20. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ygyno.2014.01.046>

6. Galvão CM. Níveis de evidência. *Acta Paul Enferm.* 2006;19(2):V. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n2/a01v19n2.pdf>
7. Diclemente RJ, Murray CC, Graham T, Still J. Overcoming barriers to HPV vaccination: A randomized clinical trial of a culturally-tailored, media intervention among African American girls. *Hum Vaccin Immunother.* 2015;11(12):2883-94. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/21645515.2015.1070996>
8. Kepka DL, Coronado GD, Rodriguez HP, Thompson B. Development of a radionovela to promote HPV vaccine awareness and knowledge among Latino parents. *Public Health Rep.* 2012; 127(1):130-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/003335491212700118>
9. Barnack-Tavlaris, Garcini L, Sanchez O, Hernandez I, Navarro AM. Focus group discussions in community-based participatory research to inform the development of a human papillomavirus (HPV) educational intervention for Latinas in San Diego. *J Cancer Educ.* 2013; 28(4):1-10. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s13187-013-0516-7>
10. Leader AE, Weiner JL, Kelly BJ, Hornik RC, Cappella JN. Effects of information framing on human papillomavirus vaccination. *J Womens Health (Larchmt).* 2009; 18(2):225-33. doi: <http://dx.doi.org/10.1089/jwh.2007.0711>
11. Dreyer G, van der Merwe FH, Botha MH, Snyman LC, Constant D, Visser C, et al. School-based human papillomavirus vaccination: An opportunity to increase knowledge about cervical cancer and improve uptake of screening. *S Afr Med J.* 2015; 105(11):912-6. doi: <http://dx.doi.org/10.7196/SAMJ.2015.v105i11.9814>
12. Camaño-Puig R, Sanchis-Martínez SM. Vacuna contra el virus del papiloma humano en adolescentes: Análisis mediante grupos focales. *Rev Salud Pública.* 2014; 16(5):647-59. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v16n5.41021>
13. Tiro JA, Sanders JM, Pruitt SL, Stevens CF, Skinner CS, Bishop WP, et al. Promoting HPV vaccination in safety-net clinics: a randomized trial. *Pediatrics.* 2015; 136(5):850-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2015-1563>
14. Skinner SR, Davies C, Cooper S, Stoney T, Marshall H, Jones J, et al. HPV.edu study protocol: a cluster randomized controlled evaluation of education, decisional support and logistical strategies in school-based human papillomavirus (HPV) vaccination of adolescents. *BMC Public Health.* 2015; 15:896. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-015-2168-5>
15. Lim SWC, Boo AYY, Tan WC, Png ES, Lee HK, Chang ZY, et al. A cohort survey of the effect of an educational intervention on human papillomavirus vaccine-related knowledge and attitudes among pre-university female students in Singapore. *Proceedings Singapore Healthcare.* 2017; 26(1):5-10. doi: <http://doi.org/10.1177/2010105816653137>
16. Roussos-Ross K, Foster L, Peterson HV, Decesare J. Do Educational Seminars for the Human Papillomavirus Vaccine Improve Attitudes Toward the Value of Vaccination? *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2017; 30(4):456-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpag.2016.12.003>
17. Baldwin AS, Denman DC, Sala M, Marks EG, Shay LA, Fuller S, et al. Translating self-persuasion into an adolescent HPV vaccine promotion intervention for parents attending safety-net clinics. *Patient Educ Couns.* 2017; 100(4):736-41. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2016.11.014>
18. Hayashi Y, Shimizu Y, Netsu S, Hanley S, Konno R. High HPV vaccination uptake rates for adolescent girls after regional governmental funding in Shiki City, Japan. *Vaccine.* 2012; 30(37):5547-50. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2012.06.038>
19. Kwan TT, Tam KF, Lee PW, Chan KK, Ngan HY. The effect of school-based cervical cancer education on perceptions towards human papillomavirus vaccination among Hong Kong Chinese adolescent girls. *Patient Educ Couns.* 2011; 84(1):118-22. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2010.06.018>
20. Katz ML, Oldach BR, Goodwin J, Reiter PL, Ruffin MT 4th, Paskett ED. Development and initial feedback about a human papillomavirus (HPV) vaccine comic book for adolescents. *J Cancer Educ.* 2014; 29(2):318-24. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s13187-013-0604-8>
21. Bartolini RM, Drake JK, Creed-Kanashiro HM, Díaz-Otoya MM, Mosqueira-Lovón NR, Penny ME, et al. Formative research to shape HPV vaccine introduction strategies in Peru. *Salud Publica Mex.* 2010; 52(3):226-33. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-36342010000300007>
22. Kepka D, Coronado GD, Rodriguez HP, Thompson B. Evaluation of a Radionovela to promote HPV vaccine awareness and knowledge among Hispanic parents. *J Community Health.* 2011; 36(6):957-65. <http://dx.doi.org/10.1007/s10900-011-9395-1>
23. Chan A, Brown B, Sepulveda E, Teran-Clayton L. Evaluation of fotonovela to increase human papillomavirus vaccine knowledge, attitudes, and intentions in a low-income Hispanic community. *BMC Res Notes.* 2015; 8:615. <http://dx.doi.org/10.1186/s13104-015-1609-7>
24. Reiter PL, Stubbs B, Panozzo CA, Whitesell D, Brewer NT. HPV and HPV vaccine education intervention: effects on parents, healthcare staff, and school staff. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2011; 20(11):2354-61. <http://dx.doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-11-0562>
25. Hofman R, Schiffers PA, Richardus JH, Raat H, de Kok IM, van Ballegooijen M, et al. Increasing girls' knowledge about human papillomavirus vaccination with a pre-test and a national leaflet: a quasi-experimental study. *BMC Public Health.* 2013; 13(1):611. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-13-611>
26. Rickert VI, Auslander BA, Cox DS, Rosenthal SL, Rupp RE, Zimet GD. School-based HPV immunization of young adolescents: effects of two brief health interventions. *Hum Vaccin Immunother.* 2015; 11(2):315-21. <http://dx.doi.org/10.1080/21645515.2014.1004022>
27. Fiks AG, Grundmeier RW, Mayne S, Song L, Feemster K, Karavite D et al. Effectiveness of decision support for families, clinicians, or both on HPV vaccine receipt. *Pediatrics.* 2013; 131(6):1114-24. <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2012-3122>

ARTIGO DE REVISÃO



Atuação da enfermagem no processo de cirurgia segura

Nursing performance in the safe surgery process

Maria da Conceição da Rocha Lopes¹, Lúcia de Fátima da Silva², Ticyanne Soares Barros³, Francisca Juliana Granjeiro Martins⁴, Maria Sinara Farias.⁵

1 Enfermeira, Especialista em Enfermagem em Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Central de Material e Esterilização, Fortaleza, CE, Brasil. **2.** Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente do Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil. **3.** Enfermeira, Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil. **4.** Enfermeira, Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil. **5.** Enfermeira, Doutoranda em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

Abstract

**Autor
Correspondente**
Maria Sinara Farias.
E-mail:
sinarafariasbc@gmail.com

Objective: to identify the role of nursing in the process of safe surgery with a focus on patient safety. **Methods:** integrative literature review of the last ten years, carried out in June 2018, in the databases: BDNF, SCIELO, LILACS and MEDLINE. We used the descriptors surgical centers, patient safety and nursing, connected by the boolean operator and. After applying the inclusion and exclusion criteria, 26 articles were selected to constitute the sample. **Results:** the importance of the work developed by nursing, especially by the nurse, with the practice of patient safety in the operating room, was encouraged, encouraging the use of the safe surgery protocol, with the safe surgery checklist as a major tool. **Conclusions:** it is perceived the need for constant updating, on the part of nursing, in relation to the process of safe surgery, aiming to provide quality care to the patient. **Descriptors:** Surgicenters. Patient Safety. Nursing.

**Não declarados
conflitos
de interesse**

Resumo

Objetivo: identificar a atuação da enfermagem no processo de cirurgia segura com foco na segurança do paciente. **Métodos:** revisão integrativa da literatura dos últimos dez anos, realizada no mês junho de 2018, nas bases de dados: BDNF, SCIELO, LILACS e MEDLINE. Utilizou-se os descritores centros cirúrgicos, segurança do paciente e enfermagem, conectados pelo operador booleano and. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados para constituir a amostra 26 artigos. **Resultados:** foi observada a importância do trabalho desenvolvido pela enfermagem, em especial pelo enfermeiro, junto à prática de segurança do paciente no centro cirúrgico, o incentivo ao uso do protocolo de cirurgia segura, tendo como ferramenta de grande avaliao *checklist* de cirurgia segura. **Conclusões:** percebe-se a necessidade da constante atualização, por parte da enfermagem, em relação ao processo de cirurgia segura, visando prestar assistência de qualidade ao paciente. **Descritores:** Centros Cirúrgicos. Segurança do Paciente. Enfermagem.

Submissão
11/04/2019
Aprovação
11/09/2019

Introdução

Desde os primórdios da humanidade, existe uma preocupação em manter as pessoas em segurança, *primum non nocere* (em primeiro lugar não causar danos), outorgado a Hipócrates, quando ele tentava demonstrar esse risco implicado à prática da medicina.⁽¹⁾

Considerando esse ensinamento, e aproximando esse saber com os cuidados com pacientes em unidades hospitalares, destaca-se a necessidade da segurança dos pacientes, que é compreendida como uma atuação na saúde com riscos reduzidos ao mínimo aceitável, em relação ao dano desnecessário ao paciente.⁽²⁾

Neste contexto, no âmbito hospitalar, a ocorrência de falhas é possível em todos os setores, em especial no Centro Cirúrgico (CC), pois considera-se o bloco cirúrgico como um ambiente que requer cuidados específicos, devido aos procedimentos invasivos e complexos nele executados, e necessita de uma equipe de enfermagem com conhecimentos, teórico e prático, em relação à assistência prestada a este tipo de pacientes, com intuito de prevenir eventos adversos.⁽³⁾

Eventos adversos são considerados ocorrências indesejáveis, que podem ou não causar prejuízos ao paciente, durante o seu tratamento, ou em decorrência do mesmo. Quando presentes no CC, há evidências destes acontecimentos em função da falta de comunicação, habilidade que proporciona à enfermagem informações essenciais para melhoria da assistência.⁽⁴⁾

Neste sentido, a equipe de enfermagem tem papel fundamental na prevenção dessas falhas e na minimização dos eventos causados pela assistência inadequada.

Assim, diante da necessidade apresentada, indaga-se: o que a literatura vem publicando que possa contribuir para as práticas de enfermagem no processo de segurança em cirurgia e beneficie a integridade da saúde dos pacientes?

Diante disso, a presente investigação tem como objetivo identificar a atuação da enfermagem no processo de cirurgia segura com foco na segurança do paciente.

Métodos

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada a partir de uma síntese e análise do conhecimento científico produzido e publicado acerca de uma temática, com a finalidade de agregar os saberes encontrados nos achados de pesquisas desenvolvidas em cenários da prática.⁽⁵⁾

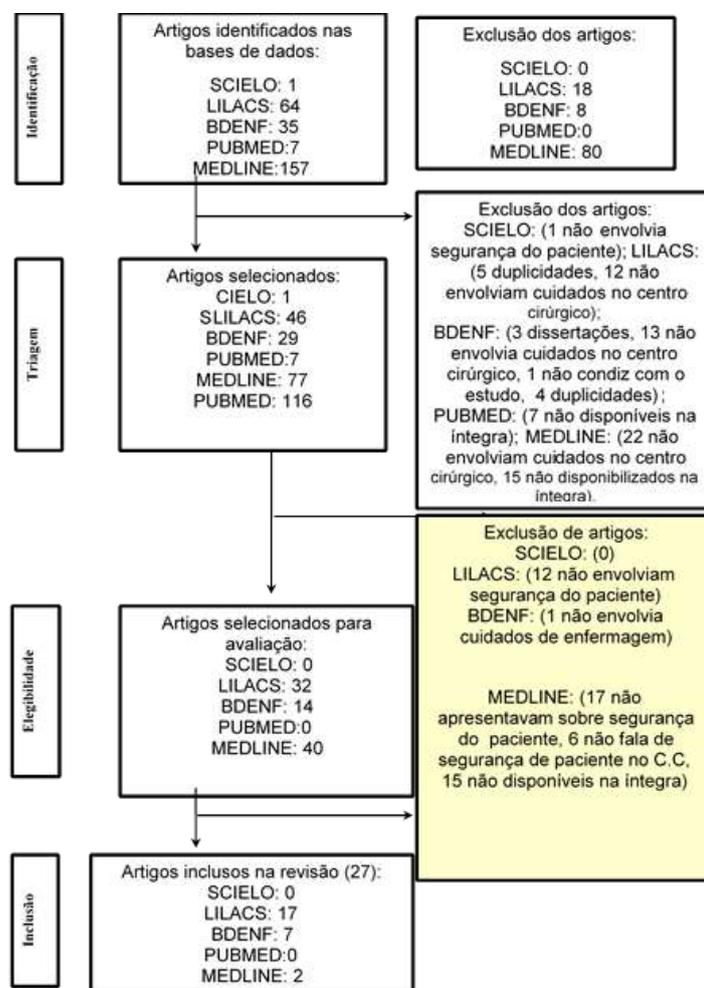
A busca na literatura foi realizada nas bases de dados que se seguem: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE/PUBMED), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados em Enfermagem (BDENF) e *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO).

Foi realizada no mês de junho de 2018, utilizando-se os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): "centros cirúrgicos" (*surgicenters/centros quirúrgicos*), "segurança do paciente" (*patient safety/seguridad del paciente*), e "enfermagem" (*nursing/enfermería*), conectados pelo operador booleano and.

Para compor o corpo da amostra, foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: manuscritos disponíveis na íntegra, com recorte temporal dos últimos 10 anos, ou seja, de 2007 a 2017, publicados nas línguas portuguesa, inglesa ou espanhola, que abordassem sobre a atuação da enfermagem nos processos de segurança de pacientes em centro cirúrgico. Excluíram-se artigos duplicados, incompletos e os que não correspondiam ao objetivo do estudo.

Para melhor compreensão do movimento de busca de artigos apreendida, a Figura 1, a seguir apresentada, sintetiza, no modelo fluxograma dos principais itens para relatar revisões sistemáticas e meta-análises (PRISMA), como se deu a seleção do material consultado nas referidas bases de dados, bem como o caminho percorrido na sua sistematização e organização.

Figura 1 - Seleção dos artigos sobre processo de segurança do paciente segundo estratégia PRISMA. Fortaleza-Ceará, 2018.



Fonte: dados do estudo.

Após a identificação dos artigos, realizou-se a leitura na íntegra do material selecionado, com o intuito de recolher informações relevantes que correspondessem à questão que norteou o estudo. Em seguida, deu-se a etapa de análise, interpretação e síntese do material que compôs o *corpus* da revisão. Ao dar continuidade, os principais achados da pesquisa foram discutidos com base nos resultados da avaliação crítica dos resultados apresentados, identificando conclusões e implicações para a prática clínica de enfermagem.

Considerando que o presente estudo teve cunho de análise exclusiva na literatura, foram respeitados os princípios éticos e legais da Lei 9.610, de 1998, que trata da obediência aos direitos autorais das obras publicadas e de domínio público.

Resultados e Discussão

A pesquisa nas bases de dados levou à identificação de 264 artigos, dos quais, 238 deles foram excluídos, posto que não guardavam relação direta com o tema da revisão. Portanto, constituíram o *corpus* do estudo 26 publicações devidamente pertinentes aos critérios de inclusão, provenientes das bases de dados: BDNF, LILACS e MEDLINE.

Na distribuição dos artigos por base de dados, foi observado o predomínio de estudos advindos da base LILACS, com 17 publicações, seguida pela BDENF com 8 e, posteriormente, MEDLINE com duas ocorrências.

Quanto ao delineamento metodológico dos artigos incluídos na amostra, eles assim se distribuíram: 11 deles foram definidos pelos autores como descritivos (BDENF^(6,11), LILACS^(13,16-19,25,28,29), MEDLINE⁽³⁰⁾), três foram caracterizados como quantitativos, dos quais um do tipo observacional e transversal⁽⁸⁾, um não experimental⁽⁹⁾ e um do tipo *Survey*⁽²⁷⁾; dois artigos eram qualificados como metodológicos^(22,23); três foram ditos como retrospectivos^(7,12,24); quatro eram revisões integrativas^(15,18,20,21); um era reflexão⁽¹⁴⁾; um estudo comparativo⁽²⁶⁾; e um definido como pesquisa-ação.⁽³¹⁾

Deste modo, considera-se que os estudos analisados não correspondem aos níveis mais elevados de evidência científica, pois se encontram nos níveis mais elementares. Para esta análise, considerou-se a classificação de Stillwell⁽³²⁾, que trata sobre as evidências científicas das pesquisas: nível I, revisões sistemáticas ou metanálises; nível II, estudos randomizados controlados; nível III, estudo bem desenhados e controlados, sem aleatorização; nível IV, estudos caso-controle ou de coorte; nível V, revisões sistemáticas de estudos qualitativos ou descritivos; nível VI, estudos qualitativos ou descritivos; e nível VII, opinião de especialistas ou relatórios de peritos.

Dos artigos analisados, treze^(6,8,10-13,16,18,22,23,25,26,28) ressaltaram a importância de instrumentos de *checklist* que busquem garantir a segurança de cirurgia. O *checklist* é uma ferramenta capaz de auxiliar e assegurar que o paciente seja operado dentro de rigorosos parâmetros de segurança, assim como que equipe envolvida igualmente esteja segura de seus processos de trabalho. O instrumento possibilita a checagem de todos os itens relevantes para que se garantam menores riscos de perda da integridade das pessoas atendidas.

No entanto, tais instrumentos devem ser ajustados à cada contexto hospitalar de bloco cirúrgico, em especial no Brasil, onde hospitais apresentam estraves e dificuldades para implementação de *checklist*^(10,16), tornando-se relevante que sejam realizadas capacitações para implementação destas ferramentas, bem como que sejam, frequentemente, reajustados sempre que necessário.

Neste contexto, a equipe de enfermagem, sob supervisão legal do enfermeiro, pode em muito contribuir para estes processos. Nesta direção, um dos estudos⁽²⁵⁾ analisados nesta revisão mostra que a taxa de preenchimento da lista de cirurgia segura é maior pela equipe de enfermagem do que pelo restante da equipe e a maioria dos estudos são coordenados pela enfermagem.

Os estudos avaliados na revisão integrativa também chamam a atenção quanto à importância da identificação correta do paciente a ser operado, assim como da necessidade de ser assegurado o local do corpo do paciente que sofrerá a intervenção cirúrgica.^(6,11) Outro aspecto considerado relevante para os autores^(6,13) é o *time out* das salas de cirurgia, que significa uma pausa em todos os tempos cirúrgicos, onde realiza-se a conferência dos itens pertinentes ao procedimento e paciente, como ferramenta fundamental para segurança do paciente.

No que diz respeito ao correto posicionamento do paciente na mesa operatória, os autores dos artigos^(6,20) ressaltam a importância de o enfermeiro e os demais componentes da sua equipe se responsabilizarem por este cuidado, serem os responsáveis pelo posicionamento do paciente na mesa operatória, onde deve ser realizada de modo a mantê-lo confortável, mesmo considerando suas recomendações técnico-científicas.

Outra atuação pertinente ao enfermeiro na sala operatória⁽²¹⁾ é auxiliar na etapa de anestesia, quando deve atuar diretamente na monitorização do paciente, indução anestésica, controle intra-operatório e cuidados após a reversão anestésica. Ressalta-se que o estudo refere-se aos Estados Unidos e alguns países europeus, onde a legislação assim permite. Já no Brasil, o enfermeiro não tem competência legal para planejar e controlar o plano de anestesia.

Os estudos^(24,27) referem sobre a importância do dimensionamento de pessoal de enfermagem ser satisfatório, de modo que estes profissionais sejam eficientes nos processos de segurança dos pacientes cuidados.

Outro fator essencial, relativo ao processo de cirurgia segura, é a importância da comunicação efetiva e eficaz, clara e que vise minimizar ou evitar qualquer dano decorrente de falhas nesta comunicação. Acerca deste aspecto, seis dos artigos analisam sua importância.^(6,8,15,27,30,31)

Foi selecionado um artigo⁽¹⁹⁾ que também corrobora com a importância do processo de comunicação. Ali está destacado que o esclarecimento das pessoas envolvidas em relação ao uso de profilaxia com antibiótico ajuda a adequar o uso e com isso melhorar a eficácia.

A equipe bem treinada e atualizada facilita a adesão de práticas de cirurgia segura e satisfação da equipe^(9,14,17,24,25,27,29) e a boa comunicação do enfermeiro com o paciente o auxilia a enfrentar melhor o procedimento.⁽¹⁵⁾

Os artigos também sinalizaram que a preocupação mais relevante nos processos de segurança do paciente envolve a prevenção de eventos adversos, a partir da prevenção de erros⁽²³⁾, de modo que se torna imprescindível propiciar, entre todos da equipe, a cultura de segurança.^(13,30,31)

Neste contexto, faz-se relevante estimular a notificação de eventos adversos e queixas técnicas^(6,7,9,16), bem como tratar os resultados de sua investigação com o máximo de transparência.⁽¹⁹⁾ Para os autores, os eventos adversos mais comuns envolvem erros de processos, seguidos de queixas técnicas, além de persistirem dúvidas em relação às falhas e seus responsáveis, especialmente, por medo que ações punitivas sejam implementadas. Por outra via, as análises de erros devem ter caráter pedagógico para a capacitação do pessoal envolvido.

Conclusão

Os estudos selecionados na presente revisão integrativa referenciam a importância da atuação da enfermagem nos centros cirúrgicos, visando a boa qualidade do cuidado prestado e da segurança do paciente. Deste modo, a adoção de ferramentas, como o *checklist*, que auxilie no bom desempenho da equipe cirúrgica, fornece suporte para assistência de qualidade.

Entretanto, enfatiza-se que esta ferramenta deve ser implementada de acordo com a necessidade de cada instituição e aplicada por uma equipe bem treinada e esclarecida. Visto que ainda há dificuldades de adesão ao protocolo de cirurgia, bem como falhas na comunicação entre os membros da equipe cirúrgica.

Assim, é suma importância que novos estudos sejam desenvolvidos, de modo a criar subsídios para aprimorar o cuidado, neste caso especial de enfermagem no âmbito do centro cirúrgico.

Referências

1. Motta Filho GR, Silva LFN, Ferracini AM, Bähr GL. Protocolo de Cirurgia Segura da OMS: o grau de conhecimento dos ortopedistas brasileiros. Rev. Brasileira Ortopédica. 2013; 48(6): 554-62. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rboe.2013.12.010>
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 529 de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União 2013, abril 23.
3. Callegaro GD, Baggio MA, Nascimento KC, Erdmann AL. Cuidado perioperatório sob o olhar do cliente cirúrgico. Rev. Rene. 2010;11(3):132-42.
4. Oliveira RM, Leitão IMTA, Silva LMS, Figueiredo SV, Sampaio RL, Gondim MM. Estratégias para promover a segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. Esc Anna Nery Revista de Enferm. 2014;18(1):122-1. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140018>
5. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2008;17(4): 758-64. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
6. Lima AM, Sousa CS, Cunha ALS. Segurança do paciente e montagem de sala operatória: estudo de reflexão. Rev Enferm UFPE on line. 2013; 7(1): 289-94. doi: <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.3049-24704-1-LE.0701201337>
7. Silva FG, Oliveira JNJ, Oliveira DO, Comin E. Análise de eventos adversos em um centro cirúrgico ambulatorial. Rev SOBEC. 2015;20(4): 202-9.
8. Studart RMG, Melo EM, Silva SLA, Santos AKL, Oliveira ANM, Falcão PV, et al. Avaliação sobre a segurança do paciente durante o procedimento anestésico-cirúrgico. Rev Enferm UFPE on line. 2017;11(5): 2195-201. doi: <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.9302-81402-1-RV.1105sup201725>

9. Da Corregio TC, Amante LN, Barbosa SFF. Avaliação da cultura de segurança do paciente em Centro Cirúrgico. *Rev. SOBECC*. 2014;19(2):67-73. doi: <http://dx.doi.org/10.4322/sobecc.2014.012>
10. Pancieri AP, Santos BP, Avila MAG, Braga EM. Checklist de cirurgia segura: análise da segurança e comunicação das equipes de um Hospital Escola. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013;34(1): 71-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000100009>
11. Santos JV, Santos KPB, Cardoso SC, Primo RNG, Barros LFNM. Segurança do paciente infantil no centro cirúrgico. *Rev SOBECC*. 2013;18(1): 44-53.
12. Souza LP, Bezerra ALQ, Silva AEBC, Carneiro FS, Paranaguá TTB, Lemos LF. Eventos adversos: instrumento de avaliação do desempenho em centro cirúrgico de um hospital universitário. *Rev Enferm UERJ*. 2011;19(1): 127-33.
13. Bohomol E, Tatarli JA. Utilização dos cenários para educação sobre segurança do paciente em centro cirúrgico. *Rev. SOBECC*. 2017; 22(3): 138-144.
14. Riegel F, Oliveira Junior NJ. Processo de enfermagem: implicações para a segurança do paciente em centro cirúrgico. *Cogitare Enferm*. 2016; 22(4): 01-05. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i1.45577>
15. Henriques AHB, Costa SS, Lacerda, JS. Assistência de enfermagem na segurança do paciente cirúrgico: revisão integrativa. *Cogitare Enferm*. 2016;21(4):1-9. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i4.45622>
16. Gomes CDP, Santos AA, Machado ME, Treviso P. Percepção de uma equipe de enfermagem sobre a utilização do checklist cirúrgico. *Rev SOBECC*. 2016;21(3):140-5. doi: <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201600030004>
17. Sene ESO, Jardim DP. Atuação da enfermagem em cirurgia cardíaca minimamente invasiva vídeoassistida. *Rev SOBECC*. 2016;21(3):170-7. doi: <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201600030008>
18. Gomes JAP, Martins MM, Fernandes CSNN. Instrumentos para avaliar a qualidade e segurança no bloco operatório: revisão integrativa. *Rev. Cogitare Enferm*. 2016;21:1-9. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i5.45640>
19. Tostes MFP, Maran E, Raimundo LS, MAI, L.D. Prática da profilaxia antimicrobiana cirúrgica como fator de segurança do paciente. *Rev SOBECC*. 2016;21(1):13-21. doi: <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201600010003>
20. Miranda AB, Fogaça AR, Rizzetto M, Lopes LCC. Posicionamento cirúrgico: cuidados de enfermagem no transoperatório. *Rev. SOBECC*. 2016;21(1):52-8. doi: <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201600010008>
21. Lemos CS, Peniche ACG. Assistência de enfermagem no procedimento anestésico: revisão integrativa. *Rev Esc Enferm*. 2016; 50(1): 158-66. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000100020>
22. Manrique BT, Bonmati NA, Soler LM, Milberg M, Vilca NA, Montesinos MJL, Chodá VMG. Análise cultural dos itens de duas listas de verificação cirúrgica de Espanha e Argentina. *Rev Gaúcha Enferm*. 2016; 37(3): 563-59. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.03.56359>
23. Roscani ANCP, Ferraz EM, Oliveira FAG, Freitas MIP. Validação de checklist cirúrgico para prevenção de infecção de sítio cirúrgico. *Acta Paul Enferm*. 2015;28(6):553-65. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500092>
24. Bezerra WR, Bezerra ALQ, Paranaguá TTB, Bernardes MJC, Teixeira CC. Ocorrência de incidentes em um centro cirúrgico: estudo documental. *Rev Eletr Enf*. 2015;17(4). doi: <https://doi.org/10.5216/ree.v17i4.33339>
25. Elias ACGP, Schimidt DRC, Yonekura CSI, Dias AO, Ursi ES, Silvs RPJ, Feijo VBER. Avaliação da adesão ao checklist de cirurgia segura em hospital universitário público. *Rev. SOBECC*. 2015; 20(3):128-33.
26. Manrique BT, Soler LM, Bonmati NA, Montesinos MJL, Roche FP. Segurança do paciente no centro cirúrgico e qualidade documental relacionadas à infecção cirúrgica e a hospitalização. *Acta Paul Enferm*. 2015; 28(4): 335-60. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500060>
27. Cauduro FLF, Sarquis LM, Cruz EDA. Cultura de segurança entre profissionais de centro cirúrgico. *Cogitare Enferm*. 2015; 20(1): 129-38. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i1.36645>
28. Pancieri AP, Santos BP, Avila MAG, Braga EM. Checklist de cirurgia segura: análise da segurança e comunicação das equipes de um hospital escola. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013;34(1):71-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000100009>
29. Bohomol E, Tartali JA. Eventos adversos em pacientes cirúrgicos: conhecimento dos profissionais de enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2013; 26(4): 376-81. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000400012>.
30. Prati G, Pietrantoni L. Attitudes to teamwork and safety among Italian surgeons and operation room nurses. *Work*. 2014;49(4):669-77. doi: <http://dx.doi.org/10.3233 / WOR-131702>
31. Alfredsdottir H, Bjornsdottir K. Nursing and patient safety in the operating room. *Journal compilation*. *J Adv Nurs*. 2008 Jan;61(1):29-37. doi: <http://dx.doi.org/10.1111 / j.1365-2648.2007.04462.x>
32. Stillwell SB, Fineout-Overholt E, Melnyk MB, Williamson KM. Searching for the evidence: strategies to help you conduct a successful search. *American Journal of Nursing*, 2010, 110(5):51-3. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/01.NAJ.0000372071.24134.7e>