



Viviane Folster Mendonça

**Comunicação entre os profissionais de saúde da Unidade Integrada de Saúde Mental:
implicações para a Segurança do Paciente.**

Rio de Janeiro

2023

Viviane Folster Mendonça

**Comunicação entre os profissionais de saúde da Unidade Integrada de Saúde Mental:
implicações para a Segurança do Paciente.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Orientadora: Prof^o Priscilla Caran Contrato

Rio de Janeiro

2023

Aos meus filhos, Gustavo e Manuela, pois vocês representam o amor incondicional e os melhores presentes que deixo para o mundo.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus por ter me dado a vida e ter me feito uma mulher forte, capaz de ir atrás de meus sonhos, mas que também sabe que sem o meu Senhor, eu nada sou. Agradeço a Direção, as chefias de Departamento e a equipe na qual eu faço parte na Unidade Integrada de Saúde Mental. Agradeço a todos os professores do curso, pela dedicação e conhecimento. Em especial, gostaria de expressar minha sincera gratidão a Professora e orientadora Priscila pelo apoio contínuo, por sua paciência e motivação.

RESUMO

Na saúde um dos desafios para garantir a segurança do paciente no ambiente hospitalar é enfatizar a comunicação efetiva como meta a ser atingida pela equipe interdisciplinar, de forma a garantir uma assistência de qualidade, gerar impacto direto sobre os resultados, como também, proporcionar um ambiente de trabalho harmonioso com assistência livre de danos, uma vez que as falhas nos processos de comunicação, sejam elas eletrônica, verbal e escrita, são reconhecidas como contribuintes para a ocorrência de eventos adversos. Melhorar a comunicação entre profissionais é meta do Programa Nacional de Segurança do Paciente e elemento essencial para a qualificação do cuidado. Nesse sentido, a comunicação oportuna, precisa, completa, clara e compreendida pelo receptor deve ser adotada por todos os profissionais da equipe de saúde como caminho para a excelência das práticas assistenciais. O objetivo geral deste projeto de intervenção é reduzir as fragilidades na comunicação entre os médicos e equipe de enfermagem da Unidade Integrada de Saúde Mental, uma vez que foram identificadas como causas críticas a fragilidade na cultura de segurança do paciente que pode desdobrar-se em cuidados inseguros e a padronização insuficiente para a passagem de plantão e transferência do cuidado. Para o alcance deste objetivo, a autora propôs uma matriz de programação de ações a fim de alcançar a melhoria na segurança do paciente. Entre as ações que foram implementadas temos as reuniões multiprofissionais para discussão de casos, as reuniões sobre o impacto de uma comunicação efetiva na segurança do paciente e o recebimento de novas respostas que avaliarão a cultura de segurança do paciente no ano 2023. Espera-se que com a conclusão deste projeto, a equipe esteja mais coesa e que os riscos de danos aos pacientes no que depender da comunicação na admissão e passagens de serviço sejam mitigadas.

Palavras-chave: equipe de enfermagem, comunicação, segurança do paciente.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	07
2 REFERENCIAL TEÓRICO	09
2.1 SEGURANÇA DO PACIENTE E PSIQUIATRIA	09
2.2 A COMUNICAÇÃO E A SEGURANÇA DO PACIENTE.....	11
3 O PROJETO DE INTERVENÇÃO	12
3.1 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DA SITUAÇÃO PROBLEMA.....	14
3.2 PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES.....	17
3.3 GESTÃO DO PROJETO.....	20
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	22
REFERÊNCIAS.....	23
APÊNDICES.....	25

1 INTRODUÇÃO

O tema deste trabalho, Segurança do Paciente, ganhou destaque após a publicação do relatório pelo Institute of Medicine (IOM), em 1999, intitulado “To err is human – Building a safer health system”, que revelou que entre 44.000 e 98.000 pacientes morriam a cada ano em virtude de danos causados durante a prestação de cuidados em saúde nos Estados Unidos (BRASIL, 2016), se tornando foco de discussão, tanto em âmbito nacional quanto internacional, dada sua importância para o sistema de saúde e as repercussões para a sociedade em geral (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015).

Devido a todas essas mortes por erros na prestação do cuidado, a Joint Commission International em parceria com a OMS elaboraram as seguintes metas internacionais com o propósito de promover melhorias específicas em áreas que são problemáticas na assistência: 1 - identificação correta do paciente; 2 - melhorar a segurança dos medicamentos; 3 - garantir o local correto, o procedimento e a cirurgia no paciente correto; 4 - reduzir o risco de infecção associada ao cuidado; 5 - reduzir o risco de danos aos pacientes resultantes de quedas; e 6 - melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde, tema central deste trabalho.

A comunicação tem papel fundamental na sociedade, em que a capacidade do homem de se relacionar com seus pares é um elemento básico de sobrevivência e satisfação de suas necessidades (RUDIGER, 2011). O ato de comunicar-se tem o objetivo de trocar informações, persuadir comportamentos, compartilhar experiências e ensinamentos, por meio da comunicação verbal (linguagem escrita e falada) e não verbal (gestos e símbolos gráficos) (MOURÃO *et al*, 2009).

Na área da saúde, a comunicação ineficaz está entre as causas-raízes de mais de 70% dos erros na assistência (REBRAENSP, 2013), ou seja, têm sido um dos principais fatores que contribuem para a ocorrência de eventos adversos e, conseqüentemente, diminuição da qualidade dos cuidados, uma vez que a comunicação efetiva e o trabalho da equipe multiprofissional são determinantes da qualidade e da segurança na prestação de cuidados aos indivíduos.

Os principais desafios encontrados para a comunicação efetiva estão relacionados na transição do cuidado, nas passagens de plantão, na relação entre os profissionais de saúde e desses com os pacientes (PENA; MELLEIRO, 2018), nos rounds multiprofissionais, nos registros no prontuário do paciente, nas prescrições médicas e nas comunicações sobre quaisquer alterações no quadro de saúde ou nas condutas terapêuticas para o paciente (BIASIBETTI *et al*, 2019). Além disso, podemos citar: a diversidade na formação dos profissionais, em que o treinamento para comunicação pode diferir entre os indivíduos; a tendência de uma mesma

categoria profissional se comunicar mais uns com os outros; o efeito da hierarquia, geralmente com o médico ocupando posição de maior autoridade, situação que pode inibir os demais membros da equipe interdisciplinar (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015).

Além do exposto, as linhas de comunicação entre profissionais são influenciadas pelo modelo de gestão e da cultura organizacional vigente (REIS *et al*, 2013). Neste aspecto, surge o conceito de cultura de segurança, o qual é entendido como um comportamento individual e organizacional, que busca continuamente estabelecer o compromisso com o almejo contínuo da minimização dos riscos relacionados à assistência e, conseqüentemente, auxiliar no alcance da qualidade dos serviços prestados (BRASIL, 2013).

A instituição de saúde foco deste trabalho é a Unidade Integrada de Saúde Mental (UISM), um hospital especializado em Psiquiatria da Marinha do Brasil, no qual exerço a função de Coordenadora do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP).

Como explicitado anteriormente, a cultura de segurança influencia as linhas de comunicação. Nesse sentido, nos anos 2021 e 2022, o NSP da UISM avaliou a cultura de segurança, mediante aplicação do instrumento intitulado “Hospital Survey on Patient Safety Culture” (HSOPSC) e obteve como resultado, que as dimensões que retratam a cultura de segurança do paciente na sua interface com o processo de comunicação foram apontadas como frágeis ou neutras e com necessidades de melhorias.

Adicionalmente a fragilidade na comunicação já apontada na pesquisa, este problema foi citado inúmeras vezes pela equipe de enfermagem nas reuniões do NSP, e falhas de comunicação especialmente durante a internação, pode desdobrar-se em práticas inseguras reduzindo a segurança do paciente.

Este trabalho se justifica devido a relevância da temática em foco no campo da saúde associado à vivência prática da autora em situações de fragilidade no trabalho em equipe por conta da comunicação entre os profissionais da saúde. Além disso, ainda pode ser justificado pelo fato de que melhorias nesta fragilidade irá proporcionar um trabalho em equipe mais coeso, um aumento da promoção da cultura de segurança e principalmente a redução nas possíveis falhas assistenciais e promovendo assim uma assistência mais segura para os usuários do SSM.

A não resolução dessa fragilidade contribui para possibilidade de erros assistenciais e eventos adversos (EAs), uma vez que informações não transmitidas e/ou informações dada, mas recebidas de modo imprecisos, pode levar a diversos erros, como em: exames e/ou procedimentos, falhas na administração de medicamentos ou até mesmo relacionadas à dietoterapia, fuga de pacientes, deterioração clínica, ou seja, diminuição da qualidade dos cuidados.

Diante dessa introdução, a presente pesquisa tem como objetivo geral reduzir as fragilidades na comunicação entre os médicos e equipe de enfermagem da Unidade Integrada de Saúde Mental e como objetivos específicos fortalecer a cultura de segurança e instituir uma padronização adequada para a passagem de plantão e a transferência de cuidado.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 SEGURANÇA DO PACIENTE E PSIQUIATRIA

De acordo com a OMS (2021) a segurança do paciente pode ser definida como sendo uma estrutura de atividades organizadas que cria culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes na área da saúde que reduz riscos de forma consistente e sustentável, diminui a ocorrência de dano evitável, torna os erros menos prováveis e reduz o impacto do dano quando este ocorrer.

A preocupação com a segurança do paciente propagou-se mundialmente a partir do início dos anos 2000 com a publicação do relatório *To Err is Human: Building a Safer Health System*, desenvolvido pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos e percebeu-se que todos os anos, um grande número de pacientes é ferido ou morre por causa de cuidados de saúde inseguros, criando uma elevada carga de morte e invalidez em todo o mundo, especialmente em países de baixa e média renda (OMS, 2021).

Em média, uma estimativa de um em cada 10 pacientes está sujeito a um evento adverso, enquanto está recebendo atendimento hospitalar em países de alta renda. A evidência disponível sugere que 134 milhões de eventos adversos devido a cuidados inseguros ocorrem em hospitais de países de baixa e média renda, contribuindo com cerca de 2,6 milhões de mortes todos os anos, com um custo social do dano ao paciente que pode ser avaliado em US \$ 1 trilhão a US \$ 2 trilhões por ano (OMS, 2021).

Nos Estados Unidos as mortes relacionadas a danos durante o cuidado à saúde foram posicionadas como sendo a terceira causa de óbito em 2016, tendo ficado atrás, apenas, das mortes por causas cardiovasculares e câncer, chegando a 400.000 óbitos por ano (MAKARY; DANIEL, 2016).

No Brasil, um estudo evidenciou que 19.128.382 brasileiros foram internados na rede hospitalar no ano de 2016 devido a causas diversas. Em adição, neste mesmo estudo, os autores tomaram como base um estudo de caso-controle onde 70% dos óbitos relacionados a essas condições foram determinadas por eventos adversos. Diante desses achados, concluíram um

número de óbitos por condições adquiridas no hospital entre 120.514 e 302.610 em 2016. E caso esses erros associados à assistência hospitalar fossem considerados um grupo de causa de óbito, a mortalidade determinada por esses eventos estaria entre a segunda e a quinta posição no Brasil em 2016, estando abaixo, apenas, das doenças do aparelho circulatório, que causaram 349.652 mortes (COUTO *et al*, 2017).

Estudos como os citados anteriormente revelam que as organizações de saúde não são completamente seguras e que existe uma grande probabilidade na ocorrência de eventos adversos, ou seja, incidentes que resultam em danos não intencionais decorrentes da assistência e não relacionados à evolução natural da doença de base do paciente.

No entanto, a mudança de paradigma no pensamento sobre segurança no cuidado em saúde veio com a percepção de que este não era completamente diferente de outros setores de alto risco, e que raramente era devido a um erro de um único indivíduo. Pelo contrário, era frequentemente erro humano embutido em uma combinação de ações complexas e interações, processos, relacionamentos de equipe, comunicações, comportamento humano, tecnologia, cultura organizacional, regras e políticas, bem como a natureza do ambiente operacional (OMS, 2021).

O reconhecimento da ocorrência de incidentes e eventos adversos no cuidado em saúde mobilizou a Organização Mundial da Saúde (OMS) na elaboração de estratégias que possam servir de recurso para a prevenção dessas situações, tais como o estabelecimento de metas internacionais de segurança do paciente (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015).

A prática da segurança do paciente envolve ação coordenada para prevenir danos aos pacientes causados pelos próprios processos de cuidados em saúde. Assim, faz-se necessário que haja integralidade entre a equipe multiprofissional, transpondo a segregação de categorias profissionais que se constitui em um desafio nos processos de formação, nas relações de saúde, nos vínculos e especialmente na comunicação, e que contribui para a fragmentação dos serviços (CASANOVA *et al*, 2018) e falhas na assistência.

Ao aproximarmos a temática segurança do paciente com a área da saúde mental e psiquiatria, estudos revelam fatores que tornam o cenário mais propício à ocorrência de eventos adversos evitáveis, dentre os quais se destacam a falta de concepções da equipe sobre o que é segurança do paciente e a complexidade da clínica em questão, onde o cuidado é dotado de especificidades na medida em que manifestações sintomatológicas e comportamentais podem ser associadas ao alto risco de eventos adversos como ideação suicida, isolamento, risco para auto e heteroagressividade, prejuízo do juízo de realidade, risco de fuga e autodefesa reduzida (TAVARES *et al*, 2022).

Somam-se os riscos atribuídos a algumas condutas empregadas nesses casos, a exemplo das contenções química e mecânica e outros riscos e falhas que envolvem o paciente psiquiátrico descritos na literatura, a saber: abuso verbal e físico nas relações interpessoais; quedas; erros de medi cações; falhas no processo de cuidar; ausência de comunicação efetiva entre a equipe; falta de preparo profissional; precariedade das anotações de Enfermagem e problemas administrativos e estruturais da Instituição (TAVARES *et al*, 2022).

2.2 A COMUNICAÇÃO E A SEGURANÇA DO PACIENTE

A comunicação pode ser entendida como prática social que advém da interação entre seres humanos, e que é expressa por meio da fala (aspecto verbal), escrita, comportamentos gestuais, toque (aspectos não verbais) (CORIOLANO *et al*, 2014).

Nos serviços de saúde, é através da comunicação que ocorrem os encontros entre os próprios trabalhadores e entre os trabalhadores e os usuários do sistema de saúde. Desta forma, a qualidade da comunicação na saúde é essencial para a promoção da segurança do paciente (BIASIBETTI, 2019).

A comunicação efetiva é a segunda meta internacional para a prevenção de danos evitáveis ao paciente, sendo uma ferramenta terapêutica indispensável para o cuidado, pois as falhas nesta meta podem repercutir em um cuidado inseguro, contribuindo para desfechos desfavoráveis. Deve ser clara, estruturada e com técnicas corretas de comunicação, e visa a promoção da cultura de segurança do paciente (BIASIBETTI, 2019).

Além disso, o número expressivo de informações, de profissionais, de equipes e de procedimentos realizados com o paciente provocam a necessidade constante de atualização de informações entre pacientes/familiares e profissionais, tornando-se necessário qualificar a comunicação (BIASIBETTI, 2019).

A comunicação precisa ainda ser oportuna, completa, sem ambiguidade e compreendida pelo receptor, e pode ser feita de forma eletrônica, verbal ou escrita, ocorrendo em casos de transferências de pacientes entre setores, alta de paciente, de transmissão de informações por telefonemas, relatos verbais diretamente entre profissionais e entre esses e os pacientes, nos formulários e prontuários, nas orientações verbais em situações de emergências ou urgências entre outras situações (OLINO *et al*, 2019).

Muitas barreiras dificultam a comunicação, que gera significados relevantes tanto para o trabalhador de saúde como para o usuário. Essas dificuldades decorrem de linguagens e saberes diferentes, nem sempre compartilhados entre os interlocutores, limitações orgânicas do receptor

ou emissor, imposição de valores e influência de mecanismos inconscientes. Acrescidos a esses fatores, diferenças de ordem sociocultural e o estágio de desenvolvimento cognitivo e intelectual dos diversos atores sociais influenciam a comunicação (CORIOLANO et al, 2014).

A comunicação é a troca de informação envolvendo emissor e receptor, que decodifica uma determinada mensagem. Além dos supracitados, outros fatores podem influenciar na comunicação: complexidade do cuidado, efeito da hierarquia, número inadequado de profissionais, limitações inerentes ao desempenho humano como fadiga, estresse, distrações e capacidade limitada de realizar tarefas múltiplas. Vale ressaltar que erros não devem ser limitados à falta de treinamento técnico e falhas pessoais, uma vez que até mesmo profissionais mais experientes cometem erros (FIGARO, 2014).

Os profissionais prestadores de cuidados de saúde têm dificuldades de manter uma comunicação que favoreça o trabalho em equipe e a continuidade dos cuidados em saúde, seja por falta de tempo, escassez de pessoal, ausência de padronização, imperícia ou desconhecimento da importância de tal ação (BAGNASCO et al, 2013).

Alguns serviços de alta confiabilidade, como a aviação, mostraram que a adoção de ferramentas e comportamentos padronizados na busca da comunicação efetiva são estratégias muito eficazes para melhorar o trabalho em equipe e reduzir o risco. Diante disso, percebe-se que é possível adotar comportamentos e habilidades necessárias para implementar a comunicação e a mudança na cultura organizacional em segurança do paciente nas unidades de saúde.

3 O PROJETO DE INTERVENÇÃO

Este projeto de intervenção está em desenvolvimento na Unidade Integrada de Saúde Mental e para o enfrentamento da situação-problema está ancorado nos conceitos e ferramentas do planejamento estratégico situacional.

A UISM é uma instituição hospitalar militar especializada em Saúde Mental e Psiquiatria pertencente ao Sistema de Saúde da Marinha (SSM). Está localizada no Rio de Janeiro e presta serviço de internação, ambulatório e hospital-dia para militares da ativa e da reserva, bem como seus dependentes e pensionistas.

É uma Organização Militar (OM) subordinada diretamente ao Centro Médico Assistencial da Marinha (CMAM) e apresenta como opções de primeiro atendimento ao usuário que procura a unidade, os ambulatórios de psiquiatria e psicologia e o serviço de emergência e pronto atendimento.

Quando a internação hospitalar é indicada, é realizada por meio de 61 leitos distribuídos em 05 unidades: Emergência, Unidade de Internação I, Unidades de Internação II Feminina e II Masculina, e Unidade de Internação III.

Uma outra modalidade de assistência em saúde ofertada pela UISM, é o Centro de Atenção Diária (CAD), que constitui um modelo de tratamento no qual os usuários retornam às suas residências ao final das atividades terapêuticas do dia. Este possibilita o desenvolvimento de habilidades que facilitam o convívio na comunidade, a reabilitação psicossocial e a reintegração dos pacientes psiquiátricos à sociedade. Oferece tratamento através da modalidade de oficinas terapêuticas, dentre as quais se destacam as oficinas de culinária, capoeira, informática, leitura, musicoterapia, cantina terapêutica, horta terapêutica, salão de beleza e silk screen. É válido mencionar que o CAD realiza atendimento, também, aos usuários em regime de internação.

Considerando a média de atendimentos, os ambulatórios de psiquiatria e psicologia realizaram mais de 1.260 consultas por mês no ano de 2023. No serviço de emergência e pronto atendimento observamos cerca de 550 atendimentos e, no CAD, 1.205.

Neste cenário, exercendo um órgão de assessoria encontra-se o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), cuja natureza é consultiva e deliberativa. Ligado diretamente ao Diretor, o NSP tem a finalidade de assessorar a Direção, por meio da elaboração de diretrizes de trabalho, da promoção de uma cultura hospitalar voltada para a segurança dos pacientes, da melhoria contínua dos processos de cuidado e uso de tecnologias de saúde, da garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde, da promoção da gestão do conhecimento sobre segurança do paciente e da articulação e integração dos processos de gestão de risco.

O NSP oferta um sistema eletrônico de notificação de incidentes (intranet e acesso via QR CODE) e um sistema de notificação físico, procurando prover um acesso amplo aos profissionais no que se refere à realização das notificações.

As notificações dos incidentes ocorrem de forma espontânea ou por busca ativa através das reuniões, auditorias clínicas, revisão de prescrições médicas e de cuidado, dentre outras, como forma de identificar as situações de risco que permeiam as oportunidades de melhorias.

Outra forma processual do NSP se faz pelos protocolos de segurança, cujo objetivo é fomentar práticas mais seguras, que potencializem as ações dos profissionais de saúde, na perspectiva de se ter melhores resultados para com a atenção aos pacientes. Na UISM foram instituídos os seguintes protocolos de segurança: Identificação segura do paciente; Comunicação efetiva; Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; Higienização das mãos; Prevenção de quedas e Prevenção de lesão por pressão.

E apesar da instituição dos protocolos de segurança, uma das situações-problemas frequentemente apontadas pela equipe de saúde nas reuniões do NSP e nas notificações, é a que se refere a fragilidade na comunicação entre os médicos e equipe de enfermagem, no contexto da internação.

Diante deste contexto, os dados primários para este projeto de intervenção foram coletados a partir da experiência compartilhada pela autora, que está envolvida com o NSP desde a sua criação, e por dois questionários de avaliação: um que avalia a cultura de segurança (HSOPSC) e o outro que avalia a identificação de problemas de comunicação entre a equipe de enfermagem e médica da UISM (Apêndice A).

3.1 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

Conforme informado anteriormente, nos anos 2021 e 2022, o NSP da UISM avaliou a cultura de segurança do paciente por meio da aplicação do questionário HSOPSC em versão traduzida, validada, adequada transculturalmente e eletrônica, chamada de “E-questionário de cultura de segurança do paciente”, cuja plataforma foi desenvolvida pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Ressalta-se, que esta plataforma apresentou boa consistência interna e excelente confiabilidade para mensurar a cultura de segurança em hospitais brasileiros de diferentes sistemas de gestão (ANDRADE et al., 2017).

Os participantes dos estudos foram os profissionais de saúde do Departamento de Saúde, de ambos os sexos, militares e civis. Como critérios de inclusão foram elencados: prestar assistência aos pacientes internados; possuir tempo de serviço na unidade de, no mínimo, seis meses e ser voluntário a participar da pesquisa. Foram excluídos aqueles que se encontravam afastados do trabalho no período da coleta de dados.

O programa E-questionário de cultura de segurança hospitalar, é um documento eletrônico autoadministrado que engloba as 12 dimensões da cultura de segurança do paciente: frequência de Eventos Adversos (EA) notificados; percepção de segurança; expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviço que favorecem a segurança; aprendizagem organizacional/melhoria continuada; trabalho em equipe na unidade/serviço; abertura para comunicação; feedback e comunicação sobre erros; resposta não punitiva aos erros; dimensionamento de pessoal; apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente; trabalho em equipe entre unidades; e problemas em mudanças de turno e transições entre

unidades/serviços. Também abrange características dos participantes, número de notificações de incidentes de segurança e nota geral da segurança do paciente.

Após ter sido realizado o cadastro dos participantes voluntários da pesquisa, o programa computacional enviou para cada participante através do endereço eletrônico informado, uma carta de apresentação e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após a concordância na participação do estudo, o instrumento digital foi aberto automaticamente e, depois de respondido, contabilizado no banco de dados disponível para o pesquisador.

As respostas ao questionário obedecem a uma escala de Likert de 1 a 5, englobando as opções: discordo totalmente; discordo; nem concordo, nem discordo; concordo; e concordo totalmente; ou nunca; quase nunca; às vezes; quase sempre; e sempre. O sistema permitiu visualizar a análise estatística das respostas em um painel informativo com percentual de resposta, tempo médio de preenchimento, frequência de participantes por profissão, sexo e outras características profissionais, bem como construiu tabelas e gráficos de indicadores para o Percentual de Respostas Positivas, Neutras e Negativas em relação aos itens individuais, às dimensões da cultura de segurança e ao questionário geral.

Os resultados obtidos por dimensões podem ser observados abaixo na Tabela 1:

Tabela 1 – Avaliação da cultura de segurança na UISM nos anos 2021 e 2022 e comparativo de melhorias

Dimensão	Avaliação 01 *		Melhoria Absoluta **
	Avaliação de CS - 2021 - Respostas Positivas	2022 - Respostas Positivas	
1 - Frequência de eventos notificados	40,1%	61,6%	21,5%
2 - Percepção de segurança	37,4%	42,7%	5,3%
3 - Expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviço que favorecem a segurança	73,1%	71,3%	-1,8%
4 - Aprendizagem organizacional/melhoria continuada	82,1%	65,9%	-16,2%
5 - Trabalho em equipe na unidade/serviço	80,8%	79,6%	-1,2%
6 - Abertura para comunicações	39,5%	45,5%	6,0%
7 - Feed-back e comunicação sobre erros	52,8%	62,9%	10,1%
8 - Resposta não punitivas para erros	20,4%	17,1%	-3,3%
9 - Dimensionamento de pessoal	52,7%	27,1%	-25,6%
10 - Apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente	59,5%	32,9%	-26,6%
11 - Trabalho em equipe entre unidades	61,3%	54,4%	-6,8%
12 - Problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços	64,3%	53,8%	-10,5%

Fonte: E-questionário (2022)

Legenda: * Porcentagens de respostas positivas acima de 75% (áreas fortes) são sinalizadas em verde, porcentagens de respostas positivas abaixo de 50% (áreas frágeis) são sinalizadas em vermelho e porcentagens entre 50 e 75% (áreas neutras) foram sinalizadas em laranja; ** Melhorias positivas são sinalizadas em verde e melhorias negativas em vermelho.

As dimensões que retratam a cultura de segurança do paciente na sua interface com o processo de comunicação, são as seguintes: “Trabalho em equipe na unidade/serviço”, “Trabalho em equipe entre unidades”; “Abertura para comunicações”; “Problemas em mudanças de turno e transições entre unidades e serviços”; e “Feedback e comunicação sobre erros”.

Com exceção da dimensão “Trabalho em equipe na unidade/serviço” que foi apontada como área forte, as demais dimensões foram apontadas como frágeis ou neutras, em especial as referentes a: “Problemas em mudanças de turno e transições entre unidades e serviços” e “Trabalho em equipe entre unidades” que tiveram piora em seus resultados em 10,5% e 6,8% respectivamente e isso remete para a necessidade de melhorias.

Para entender melhor essa fragilidade apontada da pesquisa e as observações realizadas nas reuniões, no mês de abril de 2023, o NSP realizou uma pesquisa mais específica sobre a efetividade da comunicação (apêndice A).

Esta pesquisa obteve a participação de 59 profissionais (médicos e equipe de enfermagem), sendo 69,5% dos respondentes técnicos de enfermagem, 17,3% médicos, 8,5% enfermeiros e 4,7% não se identificaram.

E a situação-problema identificada foi a fragilidade na comunicação entre médicos e a equipe de Enfermagem na Unidade Integrada de Saúde Mental. Como possíveis causas para a situação-problema identificada, a equipe mencionou que sentem que as falas dos técnicos são desvalorizadas; que a hierarquia prejudica o processo de comunicação; que a padronização para as passagens de serviço e transferências de cuidado é insuficiente; que o acesso aos dados do prontuário pela equipe técnica de enfermagem é limitado e assim se torna prejudicial ao cuidado; que a fragilidade na cultura de segurança pode desdobrar-se em cuidados inseguros; que faltam adestramentos e reuniões multiprofissionais.

Diante do exposto, os descritores do problema encontrado por meio dos resultados da pesquisa foram: 74% dos respondentes afirmaram ter problemas na comunicação entre os profissionais de diferentes equipes (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e psicólogos) e 89% dos participantes informaram ter falhas de comunicação existentes no processo de cuidado, tais como na passagem de plantão e na admissão do paciente no processo de internação.

Assim, para este projeto de intervenção, dentre as causas mencionadas foram elencadas as seguintes como sendo críticas e de maior governabilidade pelo NSP: 1) a fragilidade na cultura de segurança que pode desdobrar-se em cuidados inseguros e 2) a padronização insuficiente para as passagens de serviço e transferências de cuidado. Para mitigar essas causas críticas foi estruturado um plano de ação em Matriz de Programação de Ações a serem realizadas pelo Núcleo de Segurança do Paciente.

3.2 PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES

Assim, o projeto de intervenção foi materializado através da elaboração de matriz de programação de ações descrita abaixo:

Matriz de Programação das Ações

Situação-problema:	Fragilidade na comunicação entre os médicos e a equipe de enfermagem na Unidade Integrada de Saúde Mental.
Descritor:	74% dos profissionais afirmaram ter problemas na comunicação entre os profissionais de diferentes equipes (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e psicólogos) e 89% dos participantes informaram ter falhas de comunicação existentes no processo de cuidado, tais como na passagem de plantão e na admissão do paciente no processo de internação.
Indicador:	% de profissionais que afirmam ter problemas na comunicação entre os profissionais de diferentes equipes e % de profissionais que informam ter falhas de comunicação existentes no processo de cuidado. Fonte de verificação: Pesquisas realizadas pelo NSP.
Meta:	Reduzir em 25% o percentual dos profissionais que afirmam ter problemas na comunicação entre os profissionais de diferentes equipes e que informam ter falhas de comunicação existentes no processo de cuidado até agosto de 2024.
Resultado esperado:	Melhorar a comunicação entre os médicos e a equipe de enfermagem na UISM para diminuir a possibilidade de erros associados ao processo assistencial e melhorar a qualidade do serviço prestado.

Causa crítica 1: Fragilidade na cultura de segurança que pode desdobrar-se em cuidados inseguros.

Ações	Recursos necessários	Produtos a serem alcançados	Prazo de conclusão	Responsável
Avaliar a cultura de segurança institucional através de nova pesquisa utilizando a plataforma “E-Questionário de Cultura de Segurança Hospitalar”.	Cognitivo e organizativo	Cultura de Segurança do Paciente no ano de 2023 avaliada.	NOV23	CC (S) Viviane Folster
Avaliar a efetividade da comunicação através da realização de nova pesquisa.	Cognitivo e organizativo	Efetividade da comunicação avaliada.	ABR24	CC (S) Viviane Folster
Elaborar um relatório comparativo com os resultados da avaliação da cultura de segurança utilizando os dados das pesquisas dos anos 2021, 2022 e 2023, principalmente nos itens avaliados e que tratam sobre abertura para comunicações e para problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviço, itens estes já avaliados de forma negativa.	Cognitivo e organizativo	Relatório com os dados das pesquisas dos anos de 2021 a 2023 prontificado.	JAN24	CC (S) Viviane Folster
Elaborar um plano de ação para alcançar melhoria nos resultados da cultura de segurança junto aos profissionais de saúde.	Cognitivo e organizativo	Plano de ação elaborado e posto em prática.	MAR24	CC (S) Viviane Folster
Estimular a notificação de incidentes.	Cognitivo e organizativo	Profissionais estimulados quanto a importância da notificação de incidentes.	JAN24	CC (S) Viviane Folster
Estimular a participação de profissionais e acadêmicos nos eventos de segurança do paciente.	Cognitivo e organizativo	Profissionais e acadêmicos estimulados para participar dos eventos de segurança do paciente.	JAN24	CC (Md) Hugo

Promover reuniões de equipes multiprofissionais semanais para discussão dos casos.	Cognitivo e organizativo	Reuniões mensais realizadas	AGO23	1° Ten (Md) Daniel
Promover reuniões bimestrais com dinâmicas sobre a importância da comunicação efetiva.	Cognitivo e organizativo	Reuniões bimestrais realizadas	SET23	CT (S) Fabíola

Causa crítica 2: Padronização insuficiente para a passagem de plantão e transferência do cuidado.

Ações	Recursos necessários	Produtos a serem alcançados	Prazo de conclusão	Responsável
Elaborar protocolos referentes as passagens de serviço e transferências de cuidado utilizando a metodologia SBAR.	Cognitivo e organizativo	Protocolos para as passagens de serviço e das transferências de cuidado elaborados e aprovados.	JAN24	CC (S) Viviane Folster
Atualizar o protocolo de comunicação efetiva.	Cognitivo e organizativo	Protocolo de comunicação efetiva atualizado e aprovado.	JAN24	CC (S) Viviane Folster
Treinar 10 profissionais da saúde mensalmente através de palestras e/ou estudos de casos.	Cognitivo e organizativo	Profissionais treinados.	NOV23	CC (S) Viviane Folster
Sensibilizar os profissionais de saúde sobre a importância do cuidado pautado conforme descrito nos protocolos de segurança.	Cognitivo e organizativo	Profissionais de saúde sensibilizados quanto a importância do cuidado centrado nos protocolos de segurança.	FEV24	CC (S) Viviane Folster

3.3 GESTÃO DO PROJETO

Inicialmente foi realizada uma reunião com a equipe de consultores do NSP (médico, enfermeiro, psicólogo e técnicos de enfermagem) e elaborado o seguinte plano de ação: promoção de reuniões bimestrais com dinâmicas sobre a importância da comunicação efetiva; promoção de reuniões de equipes multiprofissionais semanais para discussão dos casos; estabelecimento da utilização da metodologia SBAR nos protocolos de transição de cuidado e passagens de plantão; atualização do protocolo de comunicação efetiva; nova avaliação da cultura de segurança através do instrumento HSOPSC; nova avaliação da efetividade da comunicação entre os profissionais de saúde; elaboração de plano de ação para fortalecimento da cultura de segurança e treinamento da equipe.

O projeto, atualmente, encontra-se em execução, e foi necessário ajuste na programação da execução de duas ações previstas na matriz apresentada no pré-projeto, em virtude desta autora ter assumido a função de encarregada da Comunicação Social, sendo cumulativa às demais funções. No entanto, a promoção das reuniões de equipes multiprofissionais semanais para discussão dos casos e das reuniões bimestrais com dinâmicas sobre a importância da comunicação efetiva foram efetivadas conforme as ilustrações abaixo:

Ilustração 1: Reunião para discussão de casos



Ilustração 2: Reunião sobre a importância da comunicação efetiva



A inscrição da instituição na plataforma para a realização da avaliação da cultura de segurança através do instrumento HSOPSC no ano de 2023 foi atualizada a fase de cadastro dos profissionais de saúde concluída. A plataforma ficará ativa para recebimento de respostas no período de 15NOV a 05DEZ e a responsabilidade por este gerenciamento é do próprio NSP.

As demais ações previstas, como a elaboração dos protocolos de transição de cuidado, passagens de plantão e atualização do protocolo de comunicação efetiva estão em andamento e respeitarão o cronograma previsto neste projeto. E em MAI24, o resultado deste projeto de intervenção será apresentado a Direção da UISM.

Como fatores de força ou facilidades para o desenvolvimento deste projeto de intervenção posso citar o apoio da direção e da chefia de departamento de saúde, as reuniões multiprofissionais do NSP, a busca contínua pela melhoria dos processos e a necessidade de mudança julgada necessária por parte da equipe na condução dos processos, em especial, na internação.

Como fatores de fraqueza ou de dificuldades, cito a baixa participação voluntária nos adestramentos e resistência as mudanças por parte da equipe médica.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este projeto de intervenção identificou fragilidades na comunicação entre médicos e equipe de Enfermagem na Unidade Integrada de Saúde Mental, em especial durante as admissões hospitalares e passagens de serviço. Estes, deveriam ter sistemas de comunicação, no qual deveriam ser repassadas informações relevantes, com intuito de manter a continuidade do cuidado e garantir a segurança do paciente.

Os resultados encontrados fomentam a necessidade de discussões dos gestores da instituição do presente estudo, a fim de implementar e quiçá planejar outras ações de melhoria contínua, com foco no fortalecimento da comunicação em equipe e também na reformulação de protocolos assistenciais, de forma a atenderem as necessidades e expectativas da equipe no que tange a comunicação.

Vislumbra-se a oportunidade de melhorias, a partir do momento que houver a conclusão das atividades propostas neste projeto, com vistas a qualificar a segurança do paciente no que tange à melhoria da comunicação efetiva e, por conseguinte, diminuir a possibilidade de ocorrências de eventos adversos.

Além disso, espera-se que os profissionais reconheçam a importância do trabalho em equipe, e a partir daí estabeleçam relações de trabalho mais dialógicas com ações de cuidado integradas e mudem seus comportamentos relacionados à prática comunicativa interprofissional.

Ainda, é importante que as instituições criem uma concisa cultura de segurança no ambiente de serviço, com o redesenho do processo de trabalho e a contínua atualização dos profissionais.

Assim, este trabalho já apresenta frutos de desenvolvimento e promoção de ações positivas para a segurança do paciente, com a execução de estratégias que minimizam os riscos aos pacientes, garantindo um cuidado seguro e de qualidade.

Sua contribuição pauta-se em compartilhar esse desafio de modo a subsidiar a implementação das ações propostas na UISM e em outros estabelecimentos de assistência em saúde mental e a fomentar a reflexão sobre as especificidades de segurança do paciente na instituição psiquiátrica.

REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa; 2016.

ANDRADE, L. E. L.; MELO, L. O. M.; SILVA, I. G. D.; SOUZA, R. M.; LIMA, A. L. B.; FREITAS, M. R.; et al. Adaptação e validação do Hospital Survey on Patient Safety Culture em versão brasileira eletrônica. **Epidemiol Serv Saúde**, v. 26, v. 3, p. 455-68, 2017.

Bagnasco A, Tubino B, Piccotti E, Rosa F, Aleo G, Pietro PD, et al. Identifying and correcting communication failure among health professional working in the emergency department. **Int Emerg Nurs**. 2013;21(3):168-72. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2012.07.005>. Acesso em: 18SET2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, Brasília; 2013 abr 2. Seção 1, p. 33.

Biasibetti, C., Hoffmann, L. M., Rodrigues, F. A., Wegner, W., & Rocha, P. K.. (2019). Comunicação para a segurança do paciente em internações pediátricas. **Revista Gaúcha De Enfermagem**, 40(spe), e20180337. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180337>.

Casanova IA, Batista NA, Moreno LR. [Interprofessional education and shared practice in multiprofessional health residency programs]. **Interface** (Botucatu). 2018;22(supl 1):1325-37. Portuguese. doi:<https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0186>.

Coriolano-Marinus, M. W. de L., Queiroga, B. A. M. de., Ruiz-Moreno, L., & Lima, L. S. de. (2014). Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. **Saúde E Sociedade**, 23(4), 1356–1369. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000400019>.

Couto RC, Pedrosa TMG, Roberto BAD, Daibert PB. Anuário da segurança assistencial hospitalar no Brasil. Belo Horizon te: Faculdade de Medicina UFMG; 2017.

Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America; Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Washington DC: National Academies Press; 2000.

Makary MA, Daniel M. Medical error: the third leading cause of death in the US. **BMJ**. 2016;353(2139):1-5. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.i2139>. Acesso em: 23 abr 2023.

Mourão CML, Albuquerque AMS, Silva APS, Oliveira MS, Fernandes AFC. Comunicação em Enfermagem: uma revisão bibliográfica. **Rev Rene**. 2009 Jun-Set; 10(3):139-45.

Nogueira JWS, Rodrigues MCS. Effective communication in teamwork in health: a challenge for patient safety. **Cogitare Enferm**. 2015; 20(3):630-4. doi: <https://doi.org/10.5380/ce.v20i3.40016>.

Pena MM, Melleiro MM. Eventos adversos decorrentes de falhas de comunicação: reflexões sobre um modelo para transição do cuidado. **Rev Enferm UFSM**. 2018;8(3):616-25. Disponível em:<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/25432>. Acesso em: 23 abr 2023.

Plano de ação global para a segurança do paciente 2021-2030: Em busca da eliminação dos danos evitáveis nos cuidados de saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2021. Licença: CC BY-NC-SA 3.0

Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. Estratégias para a segurança do paciente: manual para profissionais da saúde. Porto Alegre (RS): EDIPUCRS; 2013.

Reis CT, Martins M, Laguardia J. Patient safety as a dimension of the quality of health care: a look at the literature. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2013;18(7):2029-36.

Rudiger F. As teorias da comunicação. Porto Alegre (RS): Penso; 2011.

Silva AEB de C, Cassiani SH de B, Miasso AI, Opitz SP. Problemas na comunicação: uma possível causa de erros de medicação. **Acta paul enferm**. 2007Jul;20(3):272–6. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000300005>. Acesso em: 23 abr 2023.

Tavares IGAM, Peres MAA, Silva RC. Eventos adversos em uma unidade de internação psiquiátrica. **Esc Anna Nery**. 2022;26, e20210385. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN 2021-0385pt>. Acesso em: 27 jun. 2023.

World Health Organization. Conceptual framework for the international classification for patient safety. Version 1.1. Final Technical Report. 2009. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_chapter1.pdf. Acesso em: 12 abr 2023

APÊNDICE A. (Questionário da pesquisa sobre efetividade da comunicação)

No dia a dia dos hospitais a comunicação é item básico e fundamental. Seja nas trocas de plantão entre equipes, nas transferências do paciente entre unidades internas ou externas, nas situações de emergência e em todos os registros do prontuário do paciente. Assim, a comunicação se dá de forma oral ou escrita.

Segundo a Joint Commission International (JCI), a efetividade da comunicação nas instituições de saúde reduz a ocorrência de erros e resulta na melhoria da segurança do paciente.

Para entender melhor este tema e contribuir melhor com as equipes, o NSP convida os profissionais de saúde a responderem as seguintes perguntas:

1 - Qual é a sua profissão?

2 - A comunicação na sua equipe é eficiente para um cuidado de qualidade?

3 - A comunicação entre as diferentes equipes é eficiente para um cuidado de qualidade?

4 - O que precisa existir para que esse processo ocorra de forma mais eficiente entre os membros da sua equipe?

5 - O que precisa existir para que esse processo ocorra de forma mais eficiente entre os membros das diferentes equipes?

6 - Quais as falhas de comunicação existentes no processo de cuidado?

7 - Dê exemplos, da sua vivência, de uma comunicação má sucedida e que prejudicou o seu trabalho.