



CATHARINE SILVA DE SOUZA

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES DE TERAPIA
INTENSIVA**

**RIO GRANDE
2017**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE (FURG)
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES DE TERAPIA
INTENSIVA**

CATHARINE SILVA DE SOUZA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem - Área de concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de pesquisa: Ética, Educação e Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Jamila Geri Tomaschewski-Barlem

**RIO GRANDE
2017**

Ficha catalográfica

S729c Souza, Catharine Silva de.
Cultura de segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva / Catharine Silva de Souza. – 2017.
83 p.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Rio Grande/RS, 2017.
Orientadora: Dr^a. Jamila Geri Tomaschewski-Barlem.

1. Enfermagem 2. Segurança do paciente 3. Cultura organizacional 4. Unidades de Terapia Intensiva
I. Tomaschewski-Barlem, Jamila Geri II. Título.

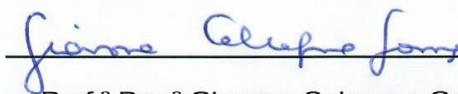
CDU 616-083

Folha de aprovação

CATHARINE SILVA DE SOUZA

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES DE TERAPIA
INTENSIVA**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de **Mestre em Enfermagem** e aprovada na sua versão final em dois de agosto de 2017, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.

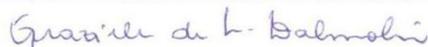


Prof.^a Dra.^a Giovana Calcagno Gomes
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem FURG

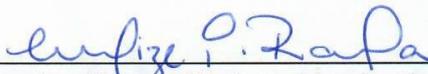
BANCA EXAMINADORA



Dra. Jamila Geri Tomaszewski Barlem – Presidente (FURG)



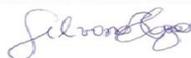
Dra. Grazielle de Lima Dalmolin – Membro Externo (UFSM)



Dra. Laureliz Pereira Rocha – Membro Interno (FURG)



Dra. Nalú Pereira da Costa Kerber – Membro Interno (FURG)



Dra. Silvana Bastos Cogo - Suplente Externo (UFSM)



Dr. Edison Luiz Devos Barlem – Suplente Interno (FURG)

DEDICATÓRIA

Ao meu pai, **José Luiz Pires de Souza**
(in memoriam), por todo apoio e incentivo.
Fonte de exemplo para que eu me
inspirasse a enfrentar este desafio.

*%o.) De tudo ficaram três coisas:
A certeza de que estamos começando,
A certeza de que é preciso continuar e
A certeza de que podemos ser
interrompidos antes de terminar.
Fazer da interrupção um caminho novo,
Fazer da queda um passo de dança,
Do medo uma escola,
Do sonho uma ponte,
Da procura um encontro,
E assim terá valido a pena existir!+*

Fernando Sabino

RESUMO

SOUZA, Catharine Silva de. **Cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva**. 2017. 83 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) . Escola de Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

A cultura de segurança pode ser compreendida como um fator do comportamento dos profissionais de saúde, que passam a visualizar a segurança do paciente como uma de suas prioridades durante a assistência de saúde. O fortalecimento da cultura de segurança é uma medida fundamental para o processo de garantia da segurança do paciente no contexto das instituições de saúde, especialmente, no que se refere às unidades de terapia intensiva. Teve-se como objetivos: conhecer a cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva e; identificar estratégias de promoção que contribuam para o fortalecimento da cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva. Pesquisa qualitativa, do tipo exploratório-descritiva. O contexto de investigação se referiu às Unidades de Terapia Intensiva adulto de duas instituições hospitalares localizadas no sul do Brasil, uma pública e uma filantrópica. Para a coleta de dados, realizada no período de setembro e outubro de 2016, foram utilizadas entrevistas semiestruturadas, gravadas, contendo questões fechadas, para a caracterização dos sujeitos, e questões abertas, enfocando aspectos relacionados a cultura de segurança em unidades de terapia intensiva. Os participantes da pesquisa foram cinco médicos, cinco enfermeiros e 24 técnicos de enfermagem atuantes nas referidas Unidades de Terapia Intensiva, selecionados por meio de amostragem não probabilística por conveniência. Os dados foram analisados mediante análise textual discursiva. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob Parecer nº 126/2016. Os resultados da pesquisa foram apresentados sob a forma de dois artigos. O primeiro intitulado **Cultura de segurança em Unidades de Terapia Intensiva: perspectiva dos profissionais de saúde** evidenciou que os profissionais reconhecem a existência do erro na assistência à saúde e atribuem a sua ocorrência a falhas individuais e do sistema organizacional. O segundo artigo intitulado **Estratégias para promoção e fortalecimento da cultura de segurança em Unidades de Terapia Intensiva**, identificou que os profissionais de saúde consideram a implementação de protocolos na assistência a saúde, a inclusão da temática da segurança na educação permanente e o envolvimento da instituição como as principais estratégias para promover e fortalecer a cultura de segurança do paciente. Conclui-se que o primeiro passo para a prevenção de erros na saúde é admitir que ele está presente no cuidado. Os profissionais necessitam compreendê-lo para poderem identificar estratégias de prevenção. Dessa forma, a cultura de segurança do paciente deve ser valorizada e estimulada nas instituições de saúde como um aspecto fundamental da qualidade do cuidado, por meio de adoção de práticas seguras.

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

ABSTRACT

SOUZA, Catharine Silva de. **Patient safety culture in intensive care units.** 2017. 83 p. Dissertation (Master in Nursing) . Postgraduate Program in Nursing, School of Nursing, Federal University of Rio Grande - FURG, Rio Grande.

Safety culture can be understood as a factor in the behavior of healthcare professionals, who begin to view patient safety as one of their priorities during health care. The strengthening of the safety culture is a fundamental measure for the process of guaranteeing patient safety in the context of health institutions, especially in the case of intensive care units. The objectives were: to know the safety culture of the patient in intensive care units and; identify promotion strategies that contribute to the strengthening of patient safety culture in intensive care units. Qualitative research, exploratory-descriptive type. The research context referred to the Adult Intensive Care Units of two hospital institutions located in the south of Brazil, one public and one philanthropic. For data collection, performed in the period of September and October 2016, semi-structured interviews, recorded, containing closed questions, were used for the characterization of subjects, and open questions, focusing on aspects related to safety culture in intensive care units. The participants of the study were five physicians, five nurses and 24 nursing technicians working in these Intensive Care Units, selected through non-probabilistic sampling for convenience. Data were analyzed through discursive textual analysis. The study was approved by the Research Ethics Committee under Opinion No. 126/2016. The results of the research were presented in the form of two articles. The first one entitled "Safety Culture in Intensive Care Units: Health Professionals' Perspective" showed that the professionals recognize the existence of the error in health care and attribute its occurrence to individual and organizational system failures. The second article entitled "Strategies for promoting and strengthening the safety culture in Intensive Care Units", identified that health professionals consider the implementation of protocols in health care, the inclusion of security in permanent education and the institution as the main strategies to promote and strengthen a patient's safety culture. It is concluded that the first step in the prevention of errors in health is to admit that it is present in the care. Professionals need to understand it so they can identify prevention strategies. Thus, patient safety culture must be valued and encouraged in health institutions as a fundamental aspect of quality of care, through the adoption of safe practices.

Key words: Nursing. Patient safety. Organizational culture. Intensive Care Units.

RESUMEN

SOUZA, Catharine Silva de. **Cultura de seguridad del paciente en unidades de terapia intensiva**. 2017. 83 p. Disertación (Maestría en Enfermería) . Programa de Postgrado en Enfermería, de la Escuela de Enfermería, Universidad Federal del Rio Grande - FURG, Rio Grande.

La cultura de seguridad puede ser entendida como un factor del comportamiento de los profesionales de la salud, que pasan a visualizar la seguridad del paciente como una de sus prioridades durante la asistencia de salud. El fortalecimiento de la cultura de seguridad es una medida fundamental para el proceso de garantía de la seguridad del paciente en el contexto de las instituciones de salud, especialmente en lo que se refiere a las unidades de terapia intensiva. Se tuvo como objetivos: conocer la cultura de seguridad del paciente en unidades de terapia intensiva y; identificar estrategias de promoción que contribuyan al fortalecimiento de la cultura de seguridad del paciente en unidades de terapia intensiva. Investigación cualitativa, del tipo exploratorio-descriptivo. El contexto de investigación se refirió a las Unidades de Terapia Intensiva adulto de dos instituciones hospitalarias ubicadas en el sur de Brasil, una pública y una filantrópica. Para la recolección de datos, realizada en el período de septiembre y octubre de 2016, se utilizaron entrevistas semiestructuradas, grabadas, conteniendo cuestiones cerradas, para la caracterización de los sujetos, y cuestiones abiertas, enfocando aspectos relacionados a la cultura de seguridad en unidades de terapia intensiva. Los participantes de la investigación fueron cinco médicos, cinco enfermeros y 24 técnicos de enfermería actuantes en las referidas Unidades de Terapia Intensiva, seleccionados por medio de muestreo no probabilístico por conveniencia. Los datos fueron analizados mediante el análisis textual discursivo. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación bajo el dictamen nº 126/2016. Los resultados de la investigación se presentaron en forma de dos artículos. El primero titulado "Cultura de seguridad en Unidades de Terapia Intensiva: perspectiva de los profesionales de la salud" evidenció que los profesionales reconocen la existencia del error en la asistencia a la salud y atribuyen su ocurrencia a fallas individuales y del sistema organizacional. El segundo artículo titulado "Estrategias para la promoción y fortalecimiento de la cultura de seguridad en las Unidades de Terapia Intensiva", identificó que los profesionales de la salud consideran la implementación de protocolos en la asistencia a la salud, la inclusión de la temática de la seguridad en la educación permanente y la participación como las principales estrategias para promover y fortalecer la cultura de seguridad del paciente. Se concluye que el primer paso para la prevención de errores en la salud es admitir que está presente en el cuidado. Los profesionales necesitan entenderlo para poder identificar estrategias de prevención. De esta forma, la cultura de seguridad del paciente debe ser valorada y estimulada en las instituciones de salud como un aspecto fundamental de la calidad del cuidado, por medio de la adopción de prácticas seguras.

Descriptor: Enfermería. Seguridad del paciente. Cultura de la organización. Unidades de Terapia Intensiva.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 OBJETIVOS.....	15
3 REVISÃO DE LITERATURA	16
3.1 SEGURANÇA DO PACIENTE: em busca da qualidade nos ambientes de saúde.....	16
3.2 CULTURA DE SEGURANÇA: uma nova concepção na gestão da saúde.....	19
3.3 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: aspectos relacionados à segurança do paciente.....	26
4 MÉTODO.....	30
4.1 TIPO DE PESQUISA.....	30
4.2 LOCAL DA PESQUISA	30
4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	31
4.4 COLETA DE DADOS.....	32
4.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	32
4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	34
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	
5.1 ARTIGO 1 - Cultura de segurança em Unidades de Terapia Intensiva: perspectiva dos profissionais de saúde.....	37
5.2 ARTIGO 2 - Estratégias para promoção e fortalecimento da cultura de segurança em Unidades de Terapia Intensiva.....	53
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
REFERÊNCIAS	70
APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados	

APÊNDICE B - Termo de consentimento Livre e Esclarecido

APÊNDICE C É Autorização para realização da pesquisa - Gerência de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Côrrea Jr.

APÊNDICE D É Autorização para realização da pesquisa - Centro de Ensino e Pesquisa da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande

ANEXO I

1 INTRODUÇÃO

A temática relacionada à segurança do paciente tem sido o tema central de discussões na área da saúde em diversos locais do mundo, encontrando-se totalmente interligada com a qualidade nos serviços de saúde. Ao longo da história, a preocupação com a segurança do paciente foi citada por diferentes personagens que contribuíram com a melhoria da qualidade em saúde, primeiramente por Hipócrates, e posteriormente, em meados do século XIX, por Florence Nightingale (TASE et al, 2013; BRASIL, 2014; TRINTADE, LAGE, 2014).

No entanto, sua verdadeira importância associada à assistência à saúde somente começou a ser reconhecida e impulsionada após a publicação do relatório americano, em 1999, do *Institute of Medicine* (IOM) dos Estados Unidos, *To err is human: building a safer health care system*, o qual apontou que milhões de pessoas sofrem lesões ou morrem decorrentes das práticas em saúde (KONH, CORRIGAN, DONALDSON, 2000). No contexto da segurança do paciente, os erros¹ em saúde podem ser caracterizados como atos de negligência ou imprudência, inerentes ao ser humano, cuja mensuração é complexa e exige um planejamento específico e elaborado para evitar sua ocorrência. Podem resultar ou não em eventos adversos², de acordo com o nível de prejuízo ao paciente (WHO, 2009; WATCHTER, 2013).

Desse modo, a segurança do paciente constitui-se de um tema, em virtude de que os índices de eventos adversos nas instituições hospitalares são bastante elevados (WHO, 2009; SAMMER et al, 2010). Estima-se que a taxa de incidência de eventos adversos poderia ser reduzida pela metade por se tratarem de situações passíveis de prevenção (REIS, MARTINS, LANGUARDIA, 2013).

Diante das estatísticas dos danos causados, a Organização Mundial da Saúde (OMS), lançou em 2004 a *World Alliance for Patient Safety*, sendo um passo significativo na busca por melhorias na segurança dos cuidados de saúde, e tendo como um dos objetivos enfrentar os problemas relacionados aos erros decorrentes da assistência à saúde (WHO, 2005). Em âmbito nacional, o Ministério da Saúde instituiu a Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, a qual lança o Programa

¹Falha na realização de uma ação planejada, conforme a intenção ou aplicação de um plano incorreto (WHO, 2009).

²Evento adverso: incidente que resulta em dano ao paciente (WHO, 2009).

Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que possui como um de seus objetivos qualificar o cuidado em saúde, promovendo e apoiando a implementação de diversas iniciativas voltadas a segurança do paciente (BRASIL, 2013a).

O objetivo primordial do desenvolvimento da segurança do paciente é conseguir reduzir a um mínimo aceitável o risco de qualquer dano considerado desnecessário, que possa ser associado ao cuidado de saúde (BRASIL, 2013a). Para tanto, a partir de ações direcionadas à segurança do paciente tem-se buscado implantar uma nova cultura de segurança nas instituições de saúde, visto que culturalmente, a ideia de que profissionais de saúde não erram ou não podem cometer erros está disseminada na sociedade (KONH, CORRIGAN, DONALDSON, 2000; SAMMER et al, 2010; BRASIL, 2013a; PAESE, SASSO, 2013).

Desse modo, com vistas a implantar uma cultura de segurança nas instituições de saúde, a culpa individual pelos erros cometidos tem sido substituída pela reorganização dos processos assistenciais na intenção de antever os erros e corrigi-los previamente à lesão ou dano ao paciente (KONH, CORRIGAN, DONALDSON, 2000; SAMMER et al, 2010; BRASIL, 2013a; PAESE, SASSO, 2013). Para que tal objetivo seja alcançado, é necessário que se estabeleça de forma clara, independente do tipo de estabelecimento de saúde, uma cultura de segurança. A mesma deve enfatizar o aprendizado e o aprimoramento organizacional, em que os profissionais assumem a responsabilidade pela sua própria segurança, de seus pacientes, familiares e colegas de trabalho (BRASIL, 2013a).

A cultura de segurança é definida pelo Ministério da Saúde como um conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança [...] (BRASIL, 2013b). Além disso, a cultura de segurança incentiva os profissionais a serem responsáveis por seus atos, e a desenvolverem um novo olhar sobre os incidentes, assegurando a imparcialidade, e o abandono de práticas punitivas e de culpabilização dos profissionais que cometem algum erro não intencional (BRASIL, 2013b; ANVISA, 2013a).

A cultura de segurança é percebida de forma distinta pelos diferentes profissionais de saúde e pelos próprios gestores de uma mesma organização. Portanto, é importante considerar como um aspecto imprescindível, conhecer a

cultura de segurança do ambiente em que é prestada a assistência a saúde, para que se possa realizar melhorias de maneira efetiva (WACHTER, 2013).

Os riscos de que algum evento adverso ocorra durante a assistência à saúde existe em diversos ambientes onde as práticas assistenciais são realizadas, principalmente no âmbito hospitalar. No entanto, entre os diversos ambientes de assistência à saúde, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), devido as suas características de ser um ambiente em que se presta um cuidado de forma intensiva, com a utilização de diversos recursos tecnológicos mais complexos, merece destaque no que se refere às questões relacionadas à segurança do paciente (TOFFOLETTO, 2008; BECCARIA et al, 2009; LANZILLOTTI et al, 2015).

Uma UTI possui diversas peculiaridades, sendo a unidade do hospital que atende pacientes que necessitam de cuidados intensivos, e que devem ser oferecidos por uma equipe especializada e multiprofissional. O cuidado nessa unidade é, muitas vezes, realizado sob alta pressão psicológica, com procedimentos rápidos, que envolvem decisões e julgamentos individuais diários, além de envolver um maior uso da tecnologia no cuidado (BRASIL, 2009; OLIVEIRA, SPIRI, 2011).

Devido à forma como a assistência necessita ser prestada nesta unidade, diversos estudos têm evidenciado elevada prevalência de eventos adversos em UTI (BECCARIA et al, 2009; TOFFOLETTO, PADILHA, 2006; FRANCO et al, 2010; DUARTE et al, 2015). Um estudo realizado em um hospital público do sul do país identificou a perda da sonda gastroenteral e de cateter venoso central, o aparecimento de lesões por pressão, e a extubação acidental como os principais incidentes que ocorrem na unidade de terapia intensiva (LIMA, BARBOSA, 2015).

Diversos outros eventos adversos relacionados à segurança do paciente também foram evidenciados em outros estudos realizados em unidades de terapia intensiva, como por exemplo, a desconexão acidental do respirador, falhas na execução de tarefas rotineiras, má comunicação entre os profissionais de saúde, e erros relacionados a medicações (CLARO et al, 2011; PAGNAMENTA et al, 2012; FARACO, 2013; LIPSHUTZ et al, 2015).

Uma pesquisa realizada em São Paulo com enfermeiros intensivistas identificou que em relação aos eventos adversos observados, houve o predomínio de erros de medicação e o surgimento de lesões por pressão, seguidos por problemas com cateteres, drenos e sondas. Além disso, diante da ocorrência destes

incidentes, os participantes afirmaram ainda existir a presença de punição no seu local de trabalho, gerando sentimentos de vergonha e medo (CLARO et al, 2011).

A cultura de segurança do paciente está associada a diversos fatores, sejam eles individuais ou coletivos, em que cada profissional contribui com seus valores e experiências. Infelizmente, embora indesejável, a cultura de segurança negativa, ou seja, a cultura punitiva, ainda é uma realidade vivida por enfermeiros de UTI. Entretanto, este tipo de cultura deve ser superada diante da ocorrência de um evento adverso, para que possam ser implementadas melhorias para a segurança do paciente crítico (CLARO et al, 2011; MELLO, BARBOSA, 2013; TOMAZONI et al, 2014).

É fundamental enfatizar a relevância da identificação dos fatores que favorecem ou dificultam a promoção de uma cultura que vise à segurança do paciente, para que se torne possível o desenvolvimento de estratégias de promoção de acordo com as particularidades de cada local de trabalho, principalmente em unidades de cuidados intensivos.

Existe na literatura um grande número de estudos quantitativos, que utilizam instrumentos de coleta de dados já validados e que traçam de forma ampla um perfil da cultura de segurança presente em ambientes hospitalares (CLARO et al, 2011; PAGNAMENTA et al, 2012; GONÇALVES et al, 2012; SILVA et al, 2014b; LIMA, BARBOSA, 2015; LIPSHUTZ et al, 2015; MINUZZ, SALUM, LOCKS, 2016). No entanto, apesar desses estudos serem de extrema relevância, ainda existe a necessidade de que sejam realizados estudos de natureza qualitativa, para que se possa compreender com profundidade os aspectos relacionados a essa temática, **justificando** assim a realização desse estudo.

Diante disso, o presente estudo apresenta como **questão de pesquisa**: Qual a cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva? Que estratégias de promoção podem ser desenvolvidas para fortalecer a cultura de segurança positiva em unidades de terapia intensiva?

2 OBJETIVOS

Conhecer a cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva.

Identificar estratégias de promoção que contribuam para o fortalecimento da cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 SEGURANÇA DO PACIENTE: em busca da qualidade nos ambientes de saúde

A busca pela qualidade nos serviços de saúde tem ocupado cada vez mais espaço, visto que, a preocupação com a qualidade é algo inerente ao ser humano. Ao se tratar da qualidade do cuidado em saúde é necessário compreender que seu significado depende de diversos fatores que se originam em princípios científicos e valores sociais, sendo desta forma, um grande desafio abordar este conceito (FEKETE, 2000).

A partir da década de 2000, a segurança do paciente começa a ser reconhecida de forma internacional como uma dimensão fundamental da qualidade em saúde. Embora a segurança do paciente seja um subconjunto da questão mais ampla da qualidade da assistência, é importante diferenciar os conceitos envolvidos entre estas duas áreas. É preciso entender que buscar uma qualidade no cuidado em saúde não é simplesmente garantir um cuidado realizado de forma segura, e sim, ter a garantia de uma assistência completa em diversas outras dimensões, como por exemplo, a realização de um cuidado resolutivo e com acessibilidade (REIS, MARTINS, LAGUARDIA, 2013; MARTINS, 2014).

O conceito de qualidade por si só, vem sendo modificado ao longo dos anos, passando a incluir, cada vez mais, novos aspectos com o passar do tempo. Em 1990, Avedis Donabedian, um dos autores precursores dessa área, publicou o clássico *“The seven pillars of quality”*, que incluía os sete atributos de cuidado em saúde que definem a sua qualidade, sendo eles: a eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (DONABEDIAN, 1990; MARTINS, 2014).

Porém, foi em 2001, a partir de uma nova publicação do *Institute of Medicine* (IOM), intitulada *“Crossing the Quality Chasm: A new Health System for the 21st Century”*, que a segurança do paciente passou a ganhar destaque, aparecendo pela primeira vez, como uma dimensão constituinte do conceito de qualidade no cuidado. Assim, as dimensões de oportunidade, segurança e cuidado centrado no paciente foram incluídas ao conceito de qualidade nos serviços de saúde, ressaltando que a

divulgação realizada pelo IOM ganhou ampla adesão internacional (IOM 2001; MARTINS, 2014).

De acordo com o IOM, qualidade é o grau em que os serviços de saúde prestados a indivíduos e populações aumentam a probabilidade de ocorrência de resultados desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual. Nesse contexto, a dimensão da oportunidade se refere à redução do tempo de espera que podem causar danos tanto para os pacientes, como para quem presta a assistência a saúde; a dimensão da segurança significa a tentativa de evitar qualquer dano ou lesão decorrentes do cuidado; e o cuidado centrado no paciente, diz respeito a realização de um cuidado respeitoso e de acordo com os valores, necessidades e preferências de cada paciente (IOM, 2001; WATCHER, 2013; MARTINS, 2014).

Dessa forma, um sistema de saúde que leva em consideração essas dimensões para a prestação de cuidados, obtém diversos ganhos em relação à qualidade de seus serviços. Os pacientes passam a vivenciar um cuidado realizado de forma integral, seguro, e sensível às suas necessidades, e os profissionais se beneficiam por meio de uma maior satisfação em realizar o seu trabalho (IOM, 2001; MARTINS, 2014).

A literatura sobre segurança do paciente contém diversos termos que descrevem as questões relacionadas à segurança. A OMS definiu alguns conceitos e termos relevantes para melhorar o entendimento, de forma internacional, sobre o domínio da segurança do paciente, divulgando uma Classificação Internacional para Segurança do Paciente (*International Classification for Patient Safety* . ICPS), contendo 48 conceitos-chave, que se tornou a referência principal a ser utilizada no Brasil (WHO, 2009; BRASIL, 2014).

De acordo com a ICPS, o termo segurança é definido como a redução do risco de danos desnecessários a um mínimo possível (WHO, p. 15, 2009). Já no que se refere especificamente ao termo segurança do paciente, esse segue o mesmo conceito, porém associado com os cuidados em saúde (WHO, 2009)

Outra definição de extrema importância é o conceito de evento, que significa algo que acontece ou que acaba envolvendo um paciente. Sendo assim, um evento adverso, é um incidente que resultou em danos a um paciente (WHO, pg. 23, 2009).

As consequências das possíveis falhas decorrentes do cuidado em saúde trazem impactos negativos tanto para os pacientes e suas famílias, quanto para os profissionais, para as organizações e para a sociedade. Diversos estudos nacionais e internacionais são encontrados com o enfoque no reconhecimento dos eventos adversos em diferentes locais. Além disso, as taxas de eventos adversos têm sido incorporadas como uma das medidas para avaliar a qualidade dos serviços de saúde (PEÑALVER-MOMPEÁN et al, 2012; ANVISA, 2013a; ANVISA, 2013b; PEDREIRA, BRANDÃO, REIS, 2013; ROCHA et al, 2014).

Diante da dimensão do problema, a OMS, com o objetivo de reduzir os riscos e a ocorrência de eventos adversos, vem estimulando a adoção de Metas Internacionais de Segurança do Paciente (MISP). As seis primeiras metas divulgadas são direcionadas para prevenir situações de erros de identificação de pacientes, falhas de comunicação, erros de medicação, infecções associadas ao cuidado, erros em procedimentos cirúrgicos e quedas dos pacientes (ANVISA, 2013a).

Ainda em relação às MISP, diversos estudos estão sendo realizados com o objetivo de compreender os eventos adversos e investigar a qualidade da assistência prestada, para que a partir dos resultados encontrados possam ser identificadas ações e estratégias de cuidados, que possibilitem a prevenção principalmente de quedas, erros de medicação e em procedimentos cirúrgicos, infecções associadas ao cuidado de saúde e o desenvolvimento de úlceras por pressão (GIMENES et al, 2010; FASSARELLA et al, 2013; OLIVEIRA, PAULA, 2013; MCLNNES et al, 2014; PIRES, PEDREIRA, PETERLINI, 2015; CRUZ et al, 2015).

Buscando auxiliar no cumprimento de tais metas, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicou, em 2013, a RDC nº 36, que destaca a obrigatoriedade da existência de um Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) nos serviços de saúde, os quais são responsáveis por elaborar e implantar os protocolos de saúde, que são construídos para assegurar uma prática assistencial de qualidade e segura (BRASIL, 2013b; ANVISA, 2014; BRASIL, 2014).

Além disso, os NSP são responsáveis pela elaboração de um Plano de Segurança do Paciente, que descreva as principais estratégias que serão definidas pela instituição de saúde para promoção da segurança e conduta perante a ocorrência dos incidentes associados à assistência a saúde. Ainda, tem a

responsabilidade de prevenir, controlar, mitigar, e obrigatoriamente, notificar os eventos adversos para o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), de forma a contribuir para o fortalecimento do sistema, e a tornar mais segura a assistência à saúde (ANVISA, 2013a; BRASIL, 2013b; ANVISA 2014).

Conhecer os principais tipos de eventos adversos e as estratégias de prevenção são de extrema importância para o desenvolvimento da segurança do paciente nos serviços de saúde. As diversas abordagens que constam nos referenciais divulgados pelos órgãos nacionais e internacionais responsáveis pelo desenvolvimento da segurança do paciente, juntamente com os demais estudos realizados nessa área, permitem a construção de um modelo de cuidado de qualidade e uma ampla discussão sobre a temática.

3.2 CULTURA DE SEGURANÇA: uma nova concepção na gestão da saúde

A necessidade de fortalecer uma cultura de segurança no nível organizacional é uma medida fundamental para o processo de melhoria da segurança do paciente no contexto das instituições de saúde. Uma cultura de segurança positiva pode ser compreendida como um fator de comportamento dos profissionais de saúde, que passam a visualizar a segurança do paciente como uma de suas prioridades durante a assistência de saúde prestada (NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY, 2006)

Destaca-se que na literatura, os termos clima de segurança e cultura de segurança podem surgir como sinônimos. No entanto, o clima de segurança pode ser definido como um aspecto da cultura de segurança que é mais facilmente mensurável quando comparado a outros aspectos da cultura, como por exemplo, o comportamento, valores e competências (SEXTON et al, 2006).

Assim, segundo a Resolução da Diretoria Colegiada n°. 36/2013, a cultura de segurança é definida como um:

conjunto de valores, atitudes, competências comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde+(BRASIL, p. 2, 2013b).

A cultura de segurança impulsiona os profissionais de saúde a serem responsáveis por seus atos e contribui para que as instituições elaborem medidas de proteção que evitem a ocorrência do erro associado ao cuidado de saúde. Para tanto, o padrão de comportamento que os profissionais adotam, baseados em suas

crenças, valores e atitudes, influenciados pelo sistema organizacional, determinam a forma como os mesmos irão exercer seu processo de trabalho (VINCENT, 2009; REIS, MARTINS, LAGUARDIA, 2013; BRASIL, 2014).

De acordo com a Portaria nº 529/2013, a cultura de segurança ainda se configura a partir de algumas características principais dentro das organizações de saúde, como por exemplo, a inclusão da gestão e a participação de todos os profissionais na responsabilização pela sua própria segurança, de seus colegas, pacientes e acompanhantes, priorizando a segurança acima de qualquer meta financeira ou operacional. Além disso, a partir da ocorrência de algum incidente, deve ser encorajada a identificação, notificação e a resolução dos problemas ocorridos, promovendo o aprendizado organizacional (BRASIL, 2013a; ANVISA, 2014).

Em um estudo que buscou examinar de forma crítica a literatura com o objetivo de identificar a importância de crenças e os comportamentos que fazem parte da cultura de segurança dos hospitais, os pesquisadores identificaram sete subculturas existentes, as quais são de fundamental importância para o desenvolvimento de uma cultura de segurança, sendo elas: a liderança, o trabalho em equipe, comunicação, aprender com os erros, justiça, cuidado centrado no paciente e prática baseada em evidência (SAMMER et al, 2010; ANVISA, 2013a).

De acordo com este mesmo estudo, os líderes devem saber reconhecer que o ambiente de saúde é um local de alto risco para a ocorrência de erros, possibilitando que o processo de trabalho possa ser organizado visando a criação, promoção e a transformação de uma cultura de segurança, sempre incentivando a construção de habilidades profissionais, o espírito de coleguismo, a cooperação e o trabalho em equipe (SAMMER et al, 2010). Assim, organizações que apresentam uma cultura de segurança positiva são caracterizadas por uma comunicação clara e efetiva, baseada na confiança mútua e pela percepção comum da importância da segurança do paciente (VINCENT, 2009; ANVISA, 2013a; ANVISA, 2014).

De forma a melhorar o desempenho da instituição e a assistência prestada ao paciente, é importante que os líderes demonstrem disponibilidade de buscar novos aprendizados ao longo do tempo, incentivando que o aprendizado seja coletivo diante dos erros ocorridos ou dos sucessos obtidos. O processo de aprendizagem contínua, principalmente perante a ocorrência de eventos adversos, deve ser

valorizado por todos os profissionais de saúde, criando uma consciência de segurança entre as equipes que prestam a assistência (SAMMER et al, 2010; ANVISA, 2013a; KAWAMOTO et al, 2016; MINUZZ, SALUM, LOCKS, 2016).

O cuidado em saúde deve ser realizado sempre centrado no paciente, em que o mesmo deve participar ativamente no seu próprio cuidado, sendo respeitados seus valores, suas crenças e convicções. Os profissionais devem incentivar a participação da família, permitindo a formação de um vínculo maior entre os profissionais, a instituição de saúde e a comunidade. Um estudo realizado identificou que um dos fatores mais citados como promotor de segurança foi a realização de um cuidado centrado no paciente e na família, além de uma comunicação efetiva que favoreça as relações interpessoais (LIMA et al, 2014; ANVISA, 2014)

Além disso, uma cultura de segurança baseada na justiça, como ressalta o estudo de Sammer et al (2010), reconhece os erros como falhas que ocorrem no sistema e não somente como falhas individuais. Em uma cultura justa, o profissional não se sente intimidado pelas falhas cometidas, mas ao mesmo tempo, pode ser responsabilizado por suas ações. Dessa forma, a cultura justa é um conceito que tem por finalidade conseguir diferenciar os profissionais que são cuidadosos e competentes, mas que acabam cometendo alguma falha, dos profissionais que tem um comportamento conscientemente de risco e de forma injustificável (SAMMER et al, 2010; WATCHER, 2013; BRASIL, 2014; ANVISA, 2014).

Ainda hoje, a ideia de que os profissionais de saúde não erram está presente na sociedade. Dessa forma, poucos serviços consideram o fato de que os profissionais irão errar, o que agrava a promoção da segurança do paciente nas instituições, pois cabe ao sistema criar mecanismos que possibilitem evitar que o erro possa atingir os usuários (REASON, 2000; ANVISA 2013a, BRASIL, 2014).

Diversos autores realizaram estudos sobre os erros em saúde, porém, entre eles se destaca o psicólogo James Reason, da Inglaterra, que conseguiu ampliar as discussões sobre o erro e o comportamento humano frente a este. Assim, a partir da divulgação dos seus conceitos e modelos, admitiu que todos os seres humanos são falíveis (REASON, 2000; BRASIL, 2014).

Segundo Reason (2000) a problemática do erro humano pode ser visualizada sob duas formas diferentes: na perspectiva da pessoa ou na perspectiva do sistema. A primeira se fundamenta em ações realizadas pelos profissionais de forma

insegura, ou a partir de momentos de desatenção, imprudência ou, até mesmo, negligência. Já a perspectiva do sistema, centra-se na concepção de que os erros podem ocorrer até mesmo nas melhores instituições, pois todos os seres humanos são passíveis a falhas. Dessa forma, os erros são vistos como consequências e não como causas, além de originarem-se, na maior parte das vezes, a partir de fatores considerados sistêmicos (REASON, 2000; FERNANDES et al, 2014; BRASIL, 2014).

Segundo Reason, as falhas podem ser classificadas em falhas ativas ou latentes. Exemplificando para o setor da saúde, as falhas ativas são erros cometidos pelos profissionais que estão ligados diretamente à assistência ao paciente, já as falhas latentes são resultados de decisões tomadas pela gerência das instituições, que podem permanecer prejudiciais de forma latente por um período de tempo maior (REASON, 2000; FERNANDES et al, 2014; BRASIL, 2014).

Um dos modelos de cultura de segurança de James Reason, utilizado para fundamentar diversas pesquisas sobre a etiologia de acidentes, é o Modelo da Cultura Informada (*Informed Culture*). Nesse modelo, o autor refere que todos os membros de uma organização devem compreender e respeitar os perigos existentes para a realização do trabalho e estarem alertas para as formas em que as defesas do sistema organizacional podem ser ignoradas ou violadas (REASON, 1998).

Além disso, o autor enfatiza que a cultura de segurança possui algumas características principais, como: a cultura justa, em que as pessoas conseguem diferenciar um comportamento adequado, de um considerado inaceitável; e a cultura de relato, em que as pessoas devem se sentir encorajadas a relatarem os erros (REASON, 1998; REASON 2004).

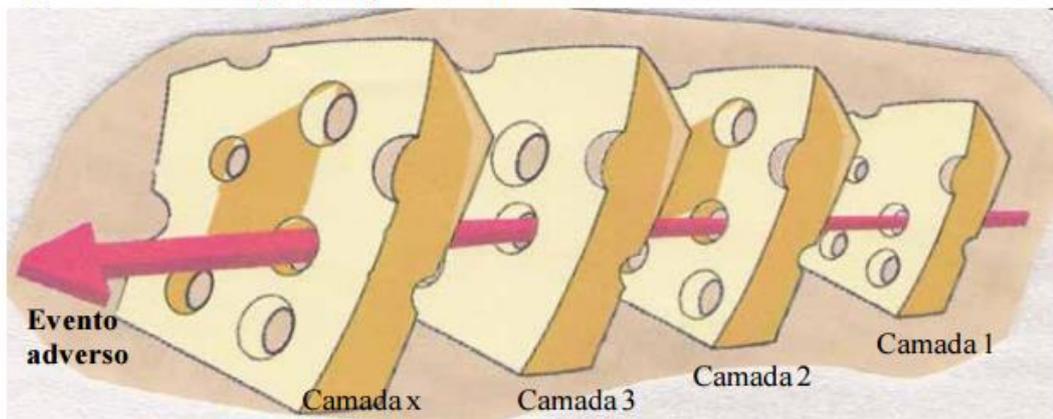
Além desses conceitos, Reason (2000), em outro modelo chamado de "*The swiss cheese model*", que significa "o Modelo do Queijo Suíço", o qual ficou internacionalmente conhecido há duas décadas, demonstra sua abordagem sistêmica sobre o erro humano e a forma de gerenciar o mesmo. Na abordagem do "Modelo do Queijo Suiço", o autor realiza uma associação entre as fatias de um queijo suíço e a estrutura de uma organização (REASON, 2000; FERNANDES et al, 2014; BRASIL, 2014).

Nesse modelo, as defesas, ou seja, as barreiras (fatias do queijo) impostas para a não ocorrência de erros ocupam uma posição-chave. Essas barreiras podem ser exemplificadas na prática como barreiras físicas, intelectuais ou administrativas,

que visam proteger o sistema organizacional do erro. Porém, em todos os sistemas existem "furos" (buracos do queijo), que isoladamente não costumam causar dano, entretanto, quando esses "furos" acontecem em várias camadas, ou seja, setores, por exemplo, um desfecho indesejado acontece. Esses "furos" nos setores de defesa surgem a partir das falhas ativas e latentes (REASON, 2000; BRASIL, 2014; FERNANDES et al, 2014).

Atualmente, ainda existe a cultura predominante de que a ocorrência de um erro é de total responsabilidade somente do indivíduo que o cometeu. Assim, muitos profissionais de saúde se sentem extremamente culpados por determinadas situações e sofrem intensamente ao sentirem medo das possíveis punições que poderão sofrer. Em diversos estudos realizados, percebe-se que a punição perante um evento adverso foi bastante relatada pelos profissionais de saúde, ficando acima de muitas outras condutas, como por exemplo, a notificação do erro à gerência, ou até mesmo, ao paciente e à família (FRANCO et al, 2010; CLARO et al, 2011; ANVISA, 2013a; DIAS et al, 2014).

Figura 1 - Modelo do queijo suíço de James Reason⁴⁰



Fonte: Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente (BRASIL, 2014).

Avaliar os aspectos da cultura de segurança presentes nos ambientes de cuidado é de grande relevância para as instituições de saúde, visto que oportuniza a identificação dos diversos fatores que colocam em risco a segurança do paciente. A fim de identificar os aspectos relacionados à cultura de segurança, os serviços de saúde podem avaliar e medir tal cultura em suas instituições por meio de

instrumentos disponíveis e validados para esta finalidade (CARVALHO, CASSIANI, 2012; URBANETTO, GERHARDT, 2013).

Um dos instrumentos mais conhecidos e utilizados é o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), criado pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ). Este instrumento é utilizado mundialmente para medir a cultura de segurança entre os profissionais e permite avaliar a cultura a nível individual, por setor hospitalar e do hospital de uma forma geral. O mesmo foi adaptado transculturalmente para uma versão brasileira (AHRQ, 2004; REIS, LAGUARDIA, MARTINS, 2012; BRASIL, 2014). Diversas pesquisas que objetivaram explorar as atitudes e percepções dos profissionais sobre a cultura de segurança utilizaram como método a aplicação deste instrumento (GAMA, OLIVEIRA, HERNÁNDEZ, 2013; NIE et al, 2013; FUJITA et al, 2013; FUJITA et al, 2014; TOMAZONI et al, 2014).

Outro instrumento de avaliação sobre a cultura de segurança que se destaca entre os estudos é o *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ), que foi construído pelos pesquisadores Bryan Sexton, Eric Thomas e Bob Helmreich, da Universidade do Texas, e é amplamente utilizado para avaliar a cultura de segurança por meio de seis domínios: 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 (SEXTON et al, 2006).

No Brasil, este questionário foi validado e traduzido para a língua portuguesa por Carvalho e Cassiani (2012). Outros autores também utilizaram este questionário em seus estudos, em diversos locais de trabalho, como por exemplo, centro cirúrgico, unidade de terapia intensiva, unidade de transplante de medula óssea e setores de clínica médica e cirúrgica (RIGOBELLO et al, 2012; CORREGGIO, AMANTE, BARBOSA, 2014; CARVALHO et al, 2015; FERMO et al, 2015; SANTIAGO, TURRINI, 2015).

Além desses, ainda existem outros instrumentos disponíveis para mensurar a cultura de segurança do paciente, como por exemplo: *Strategies for Leadership: An Organizational Approach to Patient Safety* (SLOAPS), *Patient Safety Cultures in Healthcare Organizations* (PSCHO), *Culture of Safety Survey* (CSS), *Safety Climate Survey* (SCS) e *Hospital Transfusion Service Safety Culture Survey* (HTSSCS) (COLLA et al, 2005; SINGER et al, 2012).

Destaca-se que promover a cultura de segurança é um fenômeno complexo, e os desafios são diversos, o que exige compromisso e dedicação por parte dos profissionais, usuários, gestores e comunidade. Assim, se faz necessário adotar estratégias de uma cultura de segurança e abandonar as práticas de uma cultura punitiva, o que oportunizará a construção de novas práticas assistenciais em saúde (CARVALHO, CASSIANI, 2012; URBANETTO, GERHARDT, 2013).

O histórico de punições aos profissionais que prestam assistência a saúde perante a ocorrência de eventos adversos contribuem para a manutenção de uma cultura de segurança negativa, em que se mantém um comportamento de uma cultura de punição. Sendo assim, é necessário que as instituições incentivem os profissionais a serem responsáveis por seus atos e adotem um comportamento de aprendizagem contínua (ANVISA, 2013a; FRANÇOLIN et al, 2015).

Se a cultura da instituição estiver baseada somente na culpa e na punição, isso poderá ocasionar a omissão dos relatos dos eventos adversos ocorridos, dificultando desta forma, a promoção de uma cultura voltada para a segurança do paciente. Um dos grandes obstáculos encontrados nos estudos em relação aos eventos adversos está associado ao comportamento de omitir o incidente ocorrido, não permitindo desta forma, a notificação. A dificuldade que existe em discutir e gerenciar os eventos adversos ocasionados durante a assistência de saúde, além de comprometer a notificação dos casos, gerando uma subnotificação, prejudica o aprendizado coletivo (WHO, 2008; ANVISA, 2013a; VARALLO et al, 2014; FRANÇOLIN et al, 2015).

Visando superar os desafios relacionados à cultura de segurança, segundo o Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente (2014), são necessárias no mínimo seis grandes mudanças nas instituições de saúde para desenvolver adequadamente um processo de cultura de segurança: mudar a busca de erros somente como falhas individuais, por falhas no sistema; mudar o comportamento institucional de uma cultura punitiva para uma cultura justa; ter total transparência nas ações e condutas realizadas pela organização e seus profissionais; manter um cuidado centrado no paciente; valorizar um modelo de assistência a saúde realizado por uma equipe multiprofissional; e por fim, a instituição deve realizar a prestação de contas de forma universal, e não apenas de forma unidirecionada (BRASIL, 2014).

3.3. UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: aspectos relacionados à segurança do paciente

As instituições de saúde, cada vez mais, atendem pacientes em estado grave, com tratamentos de alta complexidade e que requerem recursos tecnológicos sofisticados. A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é uma unidade hospitalar crítica, voltada à internação de pacientes graves, que necessitam de assistência multiprofissional especializada e de materiais e tecnologias específicas para o cuidado à saúde (BRASIL, 2010).

Em 2010, foi instituída a Resolução nº 7 de 24 de fevereiro, que dispõe sobre os requisitos mínimos para o adequado funcionamento de uma UTI, visando à redução de riscos aos próprios pacientes, aos visitantes, aos profissionais e ao meio ambiente (BRASIL, 2010). Nesse sentido, devido à complexidade dos pacientes atendidos em uma UTI, que apresentam potencial risco de morte, é de extrema importância avaliar a assistência, como forma de se ter um controle dos processos de trabalho na saúde (FERNANDES et al, 2011).

Algumas características são peculiares ao ambiente de uma UTI, como por exemplo, pacientes gravemente doentes, tecnologia de ponta, inúmeros dispositivos terapêuticos, situações iminentes de emergência, manipulação excessiva de pacientes e de aparelhos, e a necessidade de uma constante agilidade e habilidade na assistência ao paciente por parte dos profissionais. Diante desses fatores, torna-se aceitável afirmar que em uma UTI exista uma maior propensão ao acontecimento de eventos adversos associados ao cuidado (BOLELA, JERICÓ, 2006; BECCARIA et al, 2009).

Todos os procedimentos em uma UTI são considerados essenciais para um bom prognóstico e recuperação do paciente, sendo de extrema importância que os mesmos sejam realizados de forma precisa, mesmo que em atendimentos emergenciais. A verificação da ocorrência de eventos adversos é uma das maneiras mais simples de se reconhecer os erros de forma quantitativa, por serem mais facilmente identificados, ressaltando a importância da realização de pesquisas nessa perspectiva em ambientes de terapia intensiva (BECCARIA et al, 2009; DUARTE et al, 2015).

Um estudo realizado no noroeste paulista, que objetivou identificar os eventos adversos na assistência de enfermagem em uma UTI, evidenciou que do total de 576 admissões de pacientes na UTI no período do estudo, foram registrados 550 eventos adversos, o que englobou todos os pacientes de uma maneira geral (BECCARIA et al, 2009). Entre os eventos adversos mais frequentes no estudo citado, estão os relacionados à administração de medicamentos (51,4%), e a maior parte relacionada especificamente à dosagem do medicamento (BECCARIA et al, 2009).

Em outros estudos também foram mencionados os erros de medicação em UTIs (RODRIGUES, OLIVEIRA, 2010), associados a omissão de doses (TOFFOLETTO, PADILHA, 2006; FRANCO et al, 2010) falta de checagem das medicações administradas na prescrição médica (DUARTE et al, 2015) e a manipulação inadequada de bombas de infusão (SILVA et al, 2014a). Ainda, outros tipos de eventos adversos também são citados em estudos realizados em UTIs, como por exemplo, o desenvolvimento de lesões por pressão (MATOS, DUARTE, MINETTO, 2010; LIMA, BARBOSA, 2015) e a ocorrência de queda do leito (PEDREIRA, BRANDÃO, REIS, 2013; DUARTE et al, 2015).

Uma das especificidades dos pacientes de uma UTI se refere ao uso de artefatos terapêuticos como o tubo endotraqueal, a ventilação mecânica invasiva e uma maior utilização de cateteres centrais, sondas e drenos. Diversos estudos em terapia intensiva identificaram o manuseio incorreto desses artefatos, resultando em extubações acidentais (VENTURA, ALVES, MENESES, 2012; PEDREIRA, BRANDÃO, REIS, 2013; DUARTE et al, 2015), desconexão acidental do respirador (FILHO et al, 2011; FARACO, 2013) e retiradas não programadas de cateteres centrais (FERREIRA, 2007; BECCARIA et al, 2009; LANZILLOTTI et al, 2015), sondas gastroenterais e drenos (CERVO, 2013; LIMA, BARBOSA, 2015).

Os eventos adversos ocorridos durante a assistência à saúde devem ser vistos como um desafio tanto para os profissionais de saúde quanto para a instituição. Os mesmos devem servir para um aprendizado coletivo, que vise melhorar a qualidade da assistência e identificar estratégias de prevenção, com o objetivo de garantir a segurança do paciente crítico. A UTI é um local permeado de constantes tensões, em que a equipe deve estar preparada para superar as dificuldades do dia-a-dia. É importante ressaltar que os profissionais intensivistas

precisam saber reconhecer o erro, além de desmistificar a cultura de segurança (BECCARIA et al, 2009; DUARTE et al, 2015; MINUZZ, SALUM, LOCKS, 2016).

Para auxiliar no desenvolvimento de uma cultura de segurança do paciente nas UTIs, a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) definiu dez premissas básicas para determinar a segurança e a qualidade da assistência nas UTI, por meio da publicação de um Guia da Unidade de Terapia Intensiva Segura (GUTIS). Este guia aborda que o desenvolvimento de uma cultura de segurança é um dos elementos imprescindíveis para se alcançar uma UTI considerada segura, sendo sua implantação um esforço de toda a equipe. (RÉA-NETO et al, 2010).

A cultura de segurança estabelecida é que irá determinar como o cuidado será realizado dentro de uma unidade de terapia intensiva. Dessa forma, são consideradas características básicas de uma UTI segura, os seguintes aspectos: liderança firme e respeitosa; comunicação aberta entre as equipes; espírito de equipe entre os profissionais; resposta rápida e eficiente as mudanças necessárias; estabelecimento de uma cultura de prevenção de riscos; e um relato de erros que seja baseado em uma cultura não punitiva (RÉA-NETO et al, 2010).

Alguns estudos tiveram como objetivo específico avaliar a cultura de segurança em ambientes de terapia intensiva. Em um estudo realizado em Florianópolis, notou-se que a cultura de segurança pode ser influenciada pelo cargo que o profissional ocupa e pelo tempo total de atuação na profissão, pois na medida em que os profissionais apresentavam um tempo maior de carreira, menos favorável eram as respostas em relação à cultura de segurança em seu local de trabalho, e menor era o número de eventos adversos relatados (TOMAZONI et al, 2014).

Outro estudo, também realizado na cidade de Florianópolis, evidenciou recomendações dadas pelos profissionais atuantes em terapia intensiva para melhorar a segurança do paciente no âmbito da unidade e da organização hospitalar, como por exemplo, a definição de protocolos, disponibilização de materiais e equipamentos com qualidade e em quantidade adequada, valorização profissional, possibilidade de treinamentos e capacitações. Destaca-se ainda, as recomendações referentes à própria conduta do profissional, como o comprometimento, a consciência no trabalho, a dedicação e o carinho (MELO, BARBOSA, 2013).

Muitos profissionais apesar de identificarem a importância de relatarem a ocorrência de eventos adversos no ambiente de terapia intensiva, ainda se sentem inseguros e amedrontados pelas possíveis punições que poderiam receber ao relatar um erro, sendo a advertência verbal o tipo predominante de punição vivenciada (CLARO et al, 2011). Embora indesejável, a cultura punitiva ainda é uma realidade vivenciada pelos profissionais da saúde. A transformação de uma cultura é construída de forma coletiva e com as experiências vivenciadas no local de trabalho, onde cada profissional contribui com seus valores (MELO, BARBOSA, 2013; CLARO et al, 2011; TOMAZONI et al, 2014; MINUZZ, SALUM, LOCKS, 2016).

Nesse sentido, o fortalecimento de uma cultura de segurança positiva se torna extremamente necessária no ambiente de uma UTI, traduzindo-se em uma oportunidade de minimizar as possibilidades de ocorrer um evento adverso, melhorando a qualidade da assistência e conseqüentemente, a segurança dos pacientes.

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE PESQUISA

Foi realizada uma pesquisa qualitativa do tipo exploratório-descritiva. A pesquisa qualitativa busca aprofundar a compreensão dos fenômenos que investiga a partir de uma análise rigorosa e criteriosa de materiais textuais, de modo que não tem por finalidade testar hipóteses para comprová-las ou refutá-las ao final de uma investigação, mas, sim, compreender fenômenos (MORAES, GALIAZZI, 2011).

O caráter exploratório teve por finalidade proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias para estudos posteriores. Já o caráter descritivo teve como propósito a descrição das características da população e do fenômeno em estudo, por meio da precisão dos detalhes (DESLAURIERS, KÉRISIT, 2008).

Tendo em vista que o objetivo da pesquisa esteve centrado em conhecer a cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva e identificar estratégias de promoção que contribuam para o fortalecimento da cultura de segurança do paciente, entendeu-se que a pesquisa qualitativa do tipo exploratório-descritivo mostrou-se adequada. Isso se justifica na medida em que a pesquisa qualitativa foi empregada nesse estudo como uma possibilidade de aprofundar a compreensão da cultura do paciente, com ênfase nos processos vivenciados e nos significados atribuídos pelos participantes do estudo (MORAES, GALIAZZI, 2011).

4.2 LOCAL DA PESQUISA

O estudo foi desenvolvido em duas instituições hospitalares, denominadas neste estudo como %H1+ e %H2+, localizadas em um município do extremo sul do Brasil, o qual conta com uma população de 207.860 habitantes (IBGE, 2015), e sua rede pública de atendimento é constituída de dois hospitais gerais e um cardiológico, com 600 leitos disponíveis ao Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2012).

O contexto de investigação se referiu às Unidades de Terapia Intensiva Adulto dos dois hospitais gerais, sendo um hospital público, o Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Côrrea Jr., (HU/FURG/EBSERH), e um filantrópico, a Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande (ACSCRG).

O HU/FURG/EBSERH possui 195 leitos, divididos em 51 leitos cirúrgicos, 49 leitos de internação clínica, 24 leitos de UTI (adulta, pediátrica, neonatal e intermediárias), 35 leitos obstétricos, 26 leitos pediátricos, quatro leitos referentes a outras especialidades e seis leitos do hospital dia (CNES, 2015). A UTI adulto do referido hospital possui seis leitos no total, sendo um destinado a pacientes que necessitem de precaução, seja de contato e/ou respiratório.

O perfil de atendimento desta UTI é voltado a diversas patologias clínico-cirúrgicas, mas se caracteriza principalmente por atender pacientes críticos com patologias infectoparasitárias, devido o HU/FURG/EBSERH ser referência no atendimento ao pacientes com HIV/AIDS desde 1989. Atuam nessa unidade dez médicos plantonistas, seis enfermeiros e 19 técnicos de enfermagem.

O hospital geral da ACSCRG conta com um total de 251 leitos, sendo 96 leitos cirúrgicos, 89 leitos de internação clínica, 10 leitos de UTI (adulta e intermediária), 25 leitos de internação obstétrica, 20 leitos de internação pediátrica e 10 leitos do Centro de Queimados (CNES, 2015). A UTI adulto do referido hospital conta com dez leitos no total, sendo três leitos de UTI Intermediária, destinados a pacientes em estado semi-crítico e, sete leitos de UTI Geral, sendo um destes destinado a pacientes com necessidade de precaução de contato e/ou respiratório. Os leitos são destinados para o atendimento de pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) e, caso necessário, para pacientes conveniados.

O foco do atendimento realizado volta-se principalmente para os diagnósticos de politraumatizados e acidente vascular cerebral, devido o hospital ser referência em trauma e neurologia, além de diversas outras patologias, como alterações clínicas, cirúrgicas e oncológicas. Atuam nesta UTI nove médicos plantonistas, nove enfermeiros e 27 técnicos de enfermagem.

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes da pesquisa foram cinco médicos, cinco enfermeiros e 24 técnicos de enfermagem atuantes nas duas UTIs selecionadas.

Os participantes foram selecionados mediante amostragem não probabilística, de acordo com sua presença e disponibilidade no local e momento da coleta de dados. Os critérios de inclusão para seleção dos participantes foram limitados a: ser médico, enfermeiro, técnico de enfermagem das UTIs selecionadas

para o estudo; possuir pelo menos seis meses completos de atuação profissional de forma fixa na unidade; e ter interesse em participar da pesquisa. Os critérios de exclusão foram limitados à ausência do trabalhador no local e no momento de coleta de dados devido a férias, afastamento ou licença e ser funcionário folguista ou ferista da unidade.

4.4 COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados, realizada no período de setembro e outubro de 2016, foram utilizadas entrevistas semiestruturadas (APÊNDICE A), com duração média de 30 minutos, contendo questões fechadas, para a caracterização dos participantes, e questões abertas, enfocando aspectos relacionados à cultura de segurança presente nas unidades de terapia intensiva.

As entrevistas foram agendadas previamente com os participantes da pesquisa em seus locais de trabalho e realizadas na própria unidade de trabalho no horário de acordo com a preferência dos mesmos. As entrevistas foram registradas por gravador de áudio, buscando assim uma maior fidedignidade das falas, mediante a autorização dos participantes e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), sendo, logo após, transcritas. Para garantir o anonimato, os depoimentos dos participantes foram identificados pela letra M (médico), E (enfermeiro) e TE (técnico de enfermagem), seguido de um número seqüencial.

Foram informados que qualquer dúvida poderia ser esclarecida pessoalmente, por telefone ou mesmo por e-mail, sendo explicitados todos esses dados no TCLE (APÊNDICE B).

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

O processo de análise dos dados obtidos por meio das entrevistas foi realizado a partir da análise textual discursiva, a qual compreende uma metodologia de análise de dados qualitativos que tem por finalidade produzir novas compreensões sobre discursos e fenômenos. A análise textual discursiva valoriza os participantes em seus momentos de expressão dos fenômenos, buscando redes coletivas de construção subjetiva de significados, os quais serão compreendidos, descritos e interpretados (MORAES, 2003; MORAES, GALIAZZI, 2013).

Mais do que expressar realidades já existentes, a análise textual discursiva envolve-se em movimentos de constante produção e reconstrução das realidades que investiga. Assim, objetiva também a transformação das realidades que pesquisa por meio da construção de novas compreensões dos fenômenos e discursos com que se envolve (MORAES, 2003). Constitui-se de um processo auto organizado de construção e de compreensão, onde novos entendimentos surgem através de uma sequência de três etapas: a desmontagem dos textos ou unitarização; o estabelecimento de relações ou categorização; e o captando o novo emergente ou comunicação (MORAES, 2003; MORAES, GALIAZZI, 2013).

A análise textual discursiva pode ser entendida como um processo de desconstrução e reconstrução de um conjunto de textos denominado *corpus*, que foi constituído nessa pesquisa das transcrições das entrevistas realizadas. A primeira etapa, unitarização, consistiu na imersão do pesquisador nas transcrições das entrevistas realizadas, em um processo desconstrutivo das próprias ideias (MORAES, 2003; MORAES, GALIAZZI, 2013).

Os textos, por não possibilitarem um significado único em si próprios, foram desvelados, exigindo a construção de significados a partir da interpretação e pontos de vista de quem lê, requerendo do pesquisador a necessidade de se assumir como verdadeiro autor (MORAES, 2003; MORAES, GALIAZZI, 2013). Assim, as entrevistas foram examinadas em seus detalhes, fragmentando-as até atingir unidades de sentido, as quais se constituem de enunciados referentes ao fenômeno pesquisado.

Após a realização da unitarização, a segunda etapa compreendeu a articulação de significados semelhantes e constituição da categorização das unidades anteriormente obtidas. A categorização, por sua vez, é um movimento construtivo de uma ordem diferente da original, que necessita de comparação constante entre as unidades de sentido iniciais estabelecidas na primeira etapa da análise, conduzindo-as a agrupamentos de elementos de significação próximos (MORAES, 2003; MORAES, GALIAZZI, 2013).

A categorização exige, ainda, o envolvimento intenso do pesquisador com o *corpus* analisado, de modo que foi uma atividade construtiva do pesquisador e não apenas uma descrição de algo já constituído (MORAES, 2003; MORAES, GALIAZZI,

2013). Na categorização foram estabelecidas relações entre as unidades de sentido, agrupando-as na formação de conjuntos mais complexos, que foram as categorias.

A categorização implicou na construção de estruturas compreensivas dos fenômenos, expressa em formas de textos descritivos e interpretativos, o *metatexto*. Nesse sentido, a comunicação constituiu-se na terceira etapa do processo da análise textual discursiva, caracterizada pela obtenção do *metatexto*, que permitiu criar, a partir de vozes emergentes nos textos analisados, a produção de novos entendimentos sobre o fenômeno (MORAES, 2003; MORAES, GALIAZZI, 2013). Dessa forma, a última etapa da análise buscou explicitar a compreensão do fenômeno investigado, que se apresentou como um produto de uma nova combinação dos elementos construídos ao longo dos passos anteriores.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Os aspectos éticos foram respeitados conforme as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que normatiza as pesquisas envolvendo seres humanos. Após avaliação do Comitê de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ/EEenf), o projeto "Cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva" foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade, obtendo parecer favorável (Parecer nº 126/2016) (ANEXO I). Foi solicitada a autorização à Gerência de Ensino e Pesquisa do HU/FURG/EBSERH (APÊNDICE C) e do Centro de Ensino e Pesquisa da ACSCRG para a realização do estudo (APÊNDICE D).

A justificativa, objetivos e os procedimentos utilizados na pesquisa foram apresentados aos participantes por meio do TCLE com uma linguagem clara e acessível à realidade dos entrevistados. Também foi exposta a liberdade de recusar-se da participação da pesquisa, bem como a desistência em qualquer fase do estudo sem prejuízo algum.

Ocorrerá a devolução dos resultados obtidos às instituições nas quais os dados foram coletados e à comunidade científica, através do comprometimento em encaminhar artigos científicos aos periódicos de reconhecimento e relevância internacional. Após a pesquisa, os instrumentos e demais materiais utilizados foram

guardados em arquivos específicos para esse fim, e serão mantidos por um período mínimo de cinco anos após a publicação dos resultados.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, serão apresentados os dois artigos que compuseram essa dissertação.

O primeiro intitulado 'Cultura de segurança em Unidades de Terapia Intensiva: perspectiva dos profissionais de saúde' apresenta os resultados referentes ao modo como os profissionais de saúde identificam os aspectos da cultura de segurança presentes nos seus ambientes de trabalho, mediante pesquisa qualitativa realizada em duas unidades de terapia intensiva de dois hospitais do sul do Brasil.

Já o segundo artigo, cujo o título é 'Estratégias para promoção e fortalecimento da cultura de segurança em Unidades de Terapia Intensiva', aborda as principais estratégias que podem contribuir para o fortalecimento da cultura de segurança nas unidades de terapia intensiva, também realizada sob uma perspectiva qualitativa.

5.1 ARTIGO 1

Cultura de segurança em Unidades de Terapia Intensiva: perspectiva dos profissionais de saúde^{3*}

Catharine Silva de Souza¹, Jamila Geri Tomaschewski-Barlem²

Autor responsável: Catharine Silva de Souza

Vice Almirante Abreu, 398, apto 302

96200-270 ó Rio Grande, RS, Brasil

E-mail: catharinesouzaenf@hotmail.com .

Resumo: **Objetivo:** conhecer a cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva. **Método:** estudo qualitativo, exploratório-descritivo, realizado com cinco médicos, cinco enfermeiros e 24 técnicos de enfermagem atuantes em unidades de terapia intensiva de duas instituições hospitalares do sul do Brasil, uma pública e uma filantrópica. Realizou-se entrevistas semi-estruturadas no período de setembro e outubro de 2016, analisadas por meio da análise textual discursiva. **Resultados:** emergiram duas categorias: percepção sobre o erro e gestão do erro. **Conclusão:** evidenciou-se que os profissionais reconhecem a existência do erro na assistência à saúde e atribuem a sua ocorrência a falhas individuais e do sistema organizacional, além de estimularem uma cultura não punitiva e o aprendizado coletivo.

Descritores: Enfermagem; Segurança do Paciente; Cultura Organizacional. Unidades de Terapia Intensiva.

³ Artigo a ser encaminhado para a Revista da Escola de Enfermagem da USP. Normas disponíveis em: < www.scielo.br/revistas/reeusp/pinstruc.htm >

*Extraído da dissertação ãCultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensivaã Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, 2017.

Cultura de segurança em Unidades de Terapia Intensiva: perspectiva dos profissionais de saúde

Resumo: **Objetivo:** conhecer a cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva. **Método:** estudo qualitativo, exploratório-descritivo, realizado com cinco médicos, cinco enfermeiros e 24 técnicos de enfermagem atuantes em unidades de terapia intensiva de duas instituições hospitalares do sul do Brasil, uma pública e uma filantrópica. Realizou-se entrevistas semi-estruturadas no período de setembro e outubro de 2016, analisadas por meio da análise textual discursiva. **Resultados:** emergiram duas categorias: percepção sobre o erro e gestão do erro. **Conclusão:** evidenciou-se que os profissionais reconhecem a existência do erro na assistência à saúde e atribuem a sua ocorrência a falhas individuais e do sistema organizacional, além de estimularem uma cultura não punitiva e o aprendizado coletivo.

Descritores: Enfermagem; Segurança do Paciente; Cultura Organizacional. Unidades de Terapia Intensiva.

INTRODUÇÃO

A abordagem da segurança do paciente no ambiente hospitalar associada à busca das instituições de saúde pela melhoria na qualidade da assistência vem adquirindo força nos últimos anos. Logo, a segurança do paciente tem sido considerada um objetivo global e importantes iniciativas vêm sendo desenvolvidas visando adequar às necessidades de segurança dos pacientes nas instituições de saúde^(1,2).

No âmbito nacional, uma das iniciativas relacionadas à promoção da segurança do paciente refere-se à Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, a qual lança o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Tal programa possui como um de seus objetivos qualificar o cuidado em saúde, apoiando a implementação de práticas seguras, fundamentadas em protocolos básicos, assim como promovendo a cultura de segurança nas instituições de saúde⁽³⁾.

A cultura de segurança incentiva os profissionais a serem responsáveis por seus atos e a desenvolverem um novo olhar sobre os eventos adversos, assegurando a imparcialidade e o abandono de práticas punitivas e de culpabilização dos profissionais que cometem algum evento adverso não intencional^(4,5), de forma a tentar modificar a representação social de que os profissionais de saúde não erram^(3,6). A cultura de segurança é percebida de forma distinta pelos diferentes profissionais de saúde e pelos próprios gestores de uma mesma organização, de forma que conhecer a cultura de segurança do ambiente em que é prestada a assistência a

saúde constitui-se de um aspecto imprescindível para que se possam realizar melhorias de maneira efetiva⁽²⁾.

A avaliação da cultura de segurança de um ambiente de saúde possibilita o reconhecimento das principais fragilidades do sistema, oportunizando a implementação de estratégias que incentivem os profissionais a abandonarem as práticas de punição diante da ocorrência de um evento adverso, contribuindo para a promoção de um cuidado seguro, tornando assim, a segurança do paciente uma prioridade^(7,8). Dessa forma, realizar a promoção de uma cultura de segurança positiva é além de saber identificar as falhas cometidas, conseguir visualizar uma oportunidade de melhorar o processo de cuidado⁽⁹⁾.

Entre os diferentes ambientes onde a assistência à saúde é prestada, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) merece destaque no que se refere às questões relacionadas à segurança do paciente, visto que em virtude de suas próprias características é considerada um cenário assistencial de alto risco, devido principalmente a complexidade clínica dos pacientes atendidos e dos procedimentos terapêuticos adotados. Logo, as especificidades da UTI exigem múltiplos cuidados visando garantir a segurança do paciente, o que demanda a realização de iniciativas que fortaleçam a cultura de segurança em tais ambientes^(10,11).

Infelizmente, embora indesejável, a cultura de segurança negativa, ou seja, a cultura punitiva, ainda é uma realidade vivida por enfermeiros de UTI. Entretanto, este tipo de cultura deve ser superada diante da ocorrência de um evento adverso, para que possam ser implementadas melhorias para a segurança do paciente crítico⁽¹¹⁻¹³⁾.

Existe na literatura um grande número de estudos quantitativos, que utilizam instrumentos de coleta de dados já validados e que traçam de forma ampla um perfil da cultura de segurança presente em ambientes hospitalares^(12,14-18). No entanto, apesar desses estudos serem de extrema relevância, ainda existe a necessidade de que sejam realizados estudos de natureza qualitativa, para que se possa compreender com profundidade os aspectos relacionados a essa temática, justificando assim a realização desse estudo.

Diante do exposto, buscando compreender as questões que envolvem o fenômeno da cultura de segurança do paciente, emergiu a seguinte questão de pesquisa: Qual a cultura de segurança presente em unidades de terapia intensiva? Teve-se como **objetivo**: conhecer a cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva.

MÉTODOS

Pesquisa qualitativa, do tipo exploratório-descritiva, realizada em duas UTIs gerais de duas instituições hospitalares do sul do Brasil, das quais uma se caracteriza como um hospital

filantrópico, com um total de 251 leitos e, a outra como um hospital público, universitário, com um total de 195 leitos.

A UTI geral pertencente ao hospital filantrópico conta com 10 leitos, dos quais três são de UTI Intermediária. O foco do atendimento dispensado volta-se principalmente para os diagnósticos de politraumatizados, acidente vascular cerebral, pós-cirúrgicos, pacientes oncológicos, entre outros. Atuam nesta UTI, nove enfermeiros, 27 técnicos de enfermagem e nove médicos. Já a UTI geral pertencente ao hospital público, conta com seis leitos destinados a pacientes acometidos pelas mais diversas patologias, com foco do atendimento a patologias infecto-parasitárias. Nessa unidade, atuam seis enfermeiros, 19 técnicos de enfermagem e dez médicos plantonistas.

Foram participantes da pesquisa cinco enfermeiros, 24 técnicos de enfermagem e cinco médicos, selecionados por meio de amostragem não probabilística por conveniência. Os critérios para a seleção dos participantes limitaram-se a ser profissional enfermeiro, técnico de enfermagem ou médico; atuar profissionalmente há pelo menos seis meses nas unidades pesquisadas; ter disponibilidade para responder ao guia de entrevista. Os critérios de exclusão limitaram-se à ausência do trabalhador no local e no momento de coleta de dados devido a férias, afastamento ou licença e ser funcionário folguista ou ferista da unidade.

A coleta de dados ocorreu no período de setembro e outubro de 2016, na unidade de trabalho e em horários indicados de acordo com a preferência dos participantes. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, gravadas, com duração média de 30 minutos, contendo questões fechadas, para a caracterização dos sujeitos, e questões abertas, enfocando aspectos relacionados à cultura de segurança do paciente no local de trabalho.

O processo de análise dos dados, obtidos por meio das transcrições das entrevistas, foi realizado a partir da análise textual discursiva, a qual compreende uma metodologia de análise de dados qualitativos que tem por finalidade produzir novas compreensões sobre discursos e fenômenos. Foram seguidas três etapas: a unitarização dos textos; o estabelecimento de relações; e a captação do novo emergente, focalizando a construção de um processo auto-organizado⁽¹⁹⁾.

A unitarização consistiu na imersão do pesquisador nas transcrições das entrevistas realizadas, mediante a desconstrução do texto e sua fragmentação em unidades de significado, as quais foram reescritas de modo que assumissem um significado mais completo possível. Após a realização da unitarização, realizou-se a articulação de significados semelhantes, o que constitui o processo de estabelecimento de relações ou categorização. A última etapa da

análise, captação do novo emergente, englobou a descrição e interpretação dos sentidos e significados construídos a partir do texto, o que permitiu a produção de novos entendimentos sobre a cultura de segurança em unidades de terapia intensiva⁽¹⁹⁾.

Os aspectos éticos foram respeitados, conforme as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de forma que o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa local (Parecer n. 126/2016) e a justificativa, objetivos e os procedimentos utilizados na pesquisa foram apresentados aos participantes por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os depoimentos estão identificados pela letra E (enfermeiro), TE (técnico de enfermagem), M (médico), seguida de um número sequencial (E1 a E5; M1 a M5; T1 a T24).

RESULTADOS

A partir da caracterização dos trinta e quatro participantes, constatou-se que: sua idade variou entre 22 e 61 anos; 31 eram mulheres e o tempo de atuação profissional variou entre seis meses e 39 anos. Do total, 24 profissionais atuavam no hospital filantrópico e dez no hospital público.

A partir da análise dos dados, emergiram duas categorias, apresentadas a seguir: percepção sobre o erro e gestão do erro.

PERCEPÇÃO SOBRE O ERRO

Nessa categoria, foi possível evidenciar a percepção dos diferentes profissionais de saúde sobre a questão do erro humano no processo de trabalho em saúde. Assim, verificou-se que os profissionais de saúde, de maneira geral, reconhecem a possibilidade do erro na assistência à saúde, atribuindo sua ocorrência tanto a falhas individuais quanto a falhas do sistema.

Os profissionais de saúde entrevistados relataram que o erro é humano e que para minimizar os riscos a que os pacientes estão expostos são necessárias medidas institucionais que vão desde a capacitação profissional até a implementação de normas técnicas, o que demonstra um aspecto positivo em relação à cultura de segurança nas unidades de terapia intensiva pesquisadas. Contudo, verificou-se que alguns profissionais de saúde ainda apresentam certa dificuldade em aceitar ou reconhecer a existência de erros em seu local de trabalho, aparentemente, negando sua ocorrência, o que pode comprometer a cultura de segurança.

O erro existe. Existem normas que caracterizam os erros. Os erros médicos se dão por imprudência, imperícia e negligência. E isso ocorre com muita frequência. O que passa é que existem leis, existem códigos, devem ser seguidos, as leis devem ser cumpridas e a gente tem que estar dentro daquele campo, delimitado, por essas normas. Nunca vai se atingir a segurança 100%, mas se pode diminuir muito o risco, na medida em que tu te distancias do perigo e te aproximás da segurança. Então eu acho que os nossos pacientes são expostos a muitos riscos por falta de capacitação do pessoal, todo o pessoal, desde a funcionária que lava o chão até o chefe da UTI. (M01)

Os erros sempre têm em todas as equipes. Não sei se, às vezes, eu consigo ver mais do que algumas outras colegas. Mas erro sempre tem. Nós somos humanos. (E03)

No meu turno eu não vejo nada de errado. Pelo menos até agora todos esses anos que estou aqui, sempre trabalhei de noite, nunca ouvi falar nada, nem no meu turno, nem no turno das gurias. Acho que não tem nada. (TE24)

A ocorrência dos erros foi atribuída pelos profissionais de saúde tanto a falhas individuais quanto a falhas do sistema, o que se mostra favorável na busca por uma cultura de segurança positiva. No que se referem às falhas do sistema, os participantes relataram que tanto a falta de capacitação dos funcionários e a falta de normas e rotinas específicas para promover a segurança do paciente quanto a desvalorização profissional, a sobrecarga e as precárias condições de trabalho a que os profissionais de saúde estão expostos podem contribuir para a ocorrência de erros no ambiente de terapia intensiva.

(...) propostas de curso, de capacitação, de treinamento, (...) a primeira atitude do enfermeiro ao chegar na unidade seja reunir o pessoal e falar cinco minutos sobre alguma coisa de algum assunto, isso pode provocar uma mudança de cultura, mas isso requer tempo e que as pessoas estejam bem, com um salário bom, com as contas pagas, com a saúde em dia, e assim por diante. Tu não podes ter um trabalhador que trabalha na UTI em Síndrome de Burnout, que é o que acontece frequentemente. Os caras estão hipertensos, estão com dor no peito, com dor de cabeça, estão irritados, não conseguem pagar as contas, ninguém consegue trabalhar assim. As nossas instituições são muito frágeis, são muito ruins e não se aperceberam ainda que o principal patrimônio que elas têm são as pessoas. (M01)

Acho que a conscientização, o reconhecimento da importância desses atos; mas não somente isso, mas uma implementação de um sistema de protocolo e de ações em harmonia com a instituição, com a hierarquia, com todas as etapas e a equipe de enfermagem. Também não adianta um profissional que está diretamente lidando com o paciente, ser responsável por isso [pelo erro]. Acredito que se você permite que aumente a sobrecarga de pacientes ou a sobrecarga de horário de trabalho do trabalhador, você também é responsável do erro que ele possa a vir a cometer. (TE05)

O trabalho em uma unidade de terapia intensiva foi considerado um fator positivo pelos participantes da pesquisa em relação à promoção da segurança do paciente, uma vez que tanto a estrutura quanto a dinâmica de tal unidade permite um maior controle sobre os cuidados realizados aos pacientes, minimizando a ocorrência de erros e eventos adversos. Do

mesmo modo, os profissionais de saúde relataram realizar um cuidado centrado no paciente, pautado na comunicação aberta e articulado por uma equipe multiprofissional, os quais favorecem o desenvolvimento de uma cultura de segurança.

A UTI é uma unidade crítica, acontecem muitas coisas complexas e tudo ao mesmo tempo, mas de uma forma geral a assistência prestada é organizada, então nós enfermeiros conseguimos ter um controle maior sobre tudo o que acontece com os pacientes, por isso conseguimos diminuir ou minimizar a ocorrência de diversos erros. (E02)

É que nem sempre tu tens uma forma, tu tens material, tu tens condições. Nós aqui, até que somos privilegiados, nós temos uma boa cama, com segurança, um local fechado, estamos sempre juntos, sempre olhando o paciente, eu acho que é mais fácil tu dar essa segurança ao paciente, mas se tu sair ali na porta a situação já é diferente porque é em cima de uma maca, de uma cadeira, então pode acontecer uma queda porque são pacientes que se agitam, se descompensam, e nós temos um número bem menor. (TE20)

Eu percebo [os erros], mas é mais difícil acontecer. Aqui dentro da UTI acredito que não estamos tão expostos aos erros, acredito que comparando, pelo menos aqui nesse hospital, o andar [enfermaria] lá eles são muito mais expostos a erros. Acredito que sendo uma UTI e tendo só paciente crítico, mesmo assim, é um local mais seguro para o paciente de se trabalhar do que no andar [enfermaria], porque aqui é tudo mais organizado, a gente não corre tanto de um lado para o outro, quando tu tens uma intercorrência com um paciente, tu sabe que vais ter uma equipe completa, não é eu e meu paciente que estaremos em uma intercorrência, é o paciente e uma equipe inteira para atender, então é o leito tal que está em intercorrência, então o resto da equipe toda vai para ali, então a chance de errar diminui, porque sempre um está ajudando o outro. (TE01)

Em relação às falhas individuais, os profissionais de saúde atribuem a ocorrência de eventos adversos a falta de atenção e a negligência dos profissionais em relação aos cuidados, principalmente, nas etapas de prescrição, preparo e administração de medicamento. Contudo, evidenciou-se que os profissionais de saúde entrevistados diferenciam os trabalhadores cuidadosos daqueles que tem um comportamento de risco consciente, o que demonstra que a cultura justa vem sendo considerada no ambiente pesquisado.

Acredito que os erros que mais acontecem ainda, são em relação a algum engano quanto alguma medicação, relacionado a alguma dose, que não fique bem clara na prescrição, ou que alguma das técnicas faça confusão, mas de resto é bem tranquilo. (E02)

Na maioria das vezes, o erro é por negligência, e não por falta de conhecimento. Não fazem algumas coisas porque não querem, não porque não sabem. Aqui mesmo, nós temos uma prescrição de enfermagem que, muitas vezes, nem é lida, e que acaba passando algumas coisas que não passariam se aquilo tivesse a devida importância. (E03)

(...) eu vejo que como o pessoal tem experiência e o pessoal sabe a atuação profissional durante determinado tempo, quando ocorre [o erro] tu percebe quando foi um desgaste que ocasionou isso ou uma sequência de erros que ocasionou essa questão. Então acho que tem uma credibilidade e quando ocorre sabe-se que foi, infelizmente, um acontecimento que não teve a previsão do ato ou da ação. (TE23).

Ainda mais se é um erro que aconteceu e tu já foi conversar com aquela pessoa. Já foi conversado, já foi falado diversas vezes, aí acontece esse erro. Nesse caso, foi realizada a troca dos funcionários da unidade, mas isso porque a conversa não adiantou. Esse acontecimento acabou sendo a gota d'água, realmente não tinha mais jeito, nem solução, era necessário tomar uma atitude um pouco mais drástica, então os funcionários desse caso foram trocados de setor. (E01)

Por fim, os profissionais de saúde entrevistados manifestaram os sentimentos que emergem a partir da ocorrência de erros na unidade de terapia intensiva, tanto aqueles cometidos pelo próprio entrevistado como aqueles vivenciados no trabalho em equipe. Desse modo, sentimentos de culpa, tensão, medo, raiva e vergonha foram elencados pelos profissionais após a ocorrência de erros. Entretanto a vivência de tais sentimentos não parece comprometer a cultura de segurança, visto que a comunicação dos erros foi referida por todos os profissionais, visando sempre o aprendizado coletivo.

Presenciar um erro me deixa tensa, porque eu fico naquela: falo ou não falo para minha chefia que a minha colega errou ou fico do lado da minha colega? Em primeiro lugar é o paciente. E quando eu erro também, fico na mesma situação de ficar tensa e não saber o que fazer. Na hora de comunicar a enfermeira, dá um medo, por que tu pensas: e agora? O que vai acontecer com o paciente e o que vai acontecer comigo? Mas de qualquer forma eu comunico. (TE05)

Dependendo do erro, primeiro a gente tem a vergonha da enfermagem em si, mas a gente tem aquele choque da vergonha alheia, da vergonha da classe, mas a gente tenta usar esse erro para alguma coisa. A gente tenta não punir, que isso, na verdade não é o correto. A gente tenta usar dessa forma: hoje aconteceu esse erro, então vamos ver alguma coisa que a gente possa fazer para esse erro não acontecer mais, se conversa com todas as equipes. (E01)

GESTÃO DO ERRO

Nesta categoria, são apontados os aspectos relativos à gestão do erro nas unidades de terapia intensiva pesquisadas, contemplando a ação dos profissionais diante da ocorrência de um erro ou evento adverso. Assim, foi possível evidenciar que os profissionais de saúde buscam a transparência nas ações e condutas realizadas diante da ocorrência dos erros, por meio da comunicação e, defendem a cultura justa em detrimento da cultura punitiva.

Verificou-se que os profissionais de saúde afirmaram identificar, comunicar e buscar a resolução dos problemas relacionados à segurança nas unidades de terapia intensiva, evidenciando aspectos positivos da cultura de segurança em tais unidades. Assim, foi possível perceber que os profissionais de saúde diante da ocorrência do erro, atuam comunicando a chefia da unidade, os colegas e os pacientes e familiares.

A primeira coisa que eu faço é comunicar os enfermeiros, e depois o médico. Tem que sempre comunicar, para que aquele erro seja revertido o mais rápido possível [...] O erro

sempre é construtivo, o erro sempre deve ser comunicado. O erro serve para ajudar a ensinar os outros, além de acrescentar para os outros, serve para te ensinar. (TE01)

Quando ocorre algum erro eu sempre acabo falando para a chefia, e se for erro de algum colega, eu converso com ela. Eu comunico o erro para ver o que pode ser feito. Agora mesmo eu cometi um erro, a paciente era diabética e eu dei café com açúcar. Já avisei a enfermeira, que o HGT vai lá em cima e eu sei que isso prejudica o paciente. Eu acho que a partir do momento que ocorre (um erro), e isso todos estão cientes que possa vir a acontecer, é reconhecer e agir conforme a necessidade. Se houve um erro, o que esse erro proporciona, o que isso pode ocasionar de perigo, de dano ao paciente e tentar minimizar e corrigir, informando. (TE05)

A gente não tem essa política de punição, isso nunca teve, A gente chama, a gente conversa e tenta passar o erro, não expondo a pessoa que errou, mas tentando fazer que esse erro não aconteça mais, tentando arrumar formas para que isso não aconteça. (E01)

Além disso, os profissionais de saúde referiram que buscam o aprendizado organizacional a partir da ocorrência dos erros e consideram a punição individual uma ação incorreta. Tais profissionais afirmaram que a ocorrência de um erro provoca uma mudança positiva nas ações de todos os membros da equipe de saúde, suscitando o comprometimento com a segurança do paciente.

A proposta não é punir ninguém. Porque ninguém faz nada errado porque quer, faz errado por falta de cultura, de supervisão, de capacitação, por falta de treinamento e porque as pessoas perdem muito tempo com coisas que não interessam ao funcionamento da unidade. Eu acho que uma das nossas funções, que atuam em chefia, é caracterizar, e apontar as dificuldades e tentar resolve-las racionalmente, sem punir ninguém, porque o objetivo não é a punição, o objetivo é a melhora. E a melhora só vai ocorrer, no momento em que a gente tentar persuadir a pessoa que cometeu o erro de que aquilo pode ser encaminhado de forma melhor na próxima oportunidade. (M01)

Quem aprende não é só aquela pessoa que errou, a equipe inteira pode aprender com o erro. Porque na hora de fazer o procedimento tu podes lembrar o que aconteceu e se a pessoa fez algo errado tu não vai querer fazer o mesmo. Quando acontece um erro alguma coisa sempre muda, uma mudança positiva, porque tu ficas mais atento, fica com medo de que aconteça de novo a mesma coisa. (TE05)

A gente sempre tira alguma coisa. Eu tiro pelo menos. Sempre vai se prestar mais atenção naquilo, naquele fato depois que aconteceu um erro. E com certeza isso serve para toda a equipe. A gente sempre aprende como um todo. (TE15)

Apesar de a punição individual ter sido considerada uma ação incorreta pelos profissionais de saúde, alguns participantes relataram que já se sentiram punidos ao cometerem um erro, o que pode despertar sentimentos negativos no profissional e comprometer a cultura de segurança. Além disso, os profissionais informaram que mesmo após a ocorrência de uma mudança positiva diante da ocorrência de um erro, a transformação no processo de trabalho acontece de forma lenta, e em determinados casos, a mesma não se

apresenta de forma duradoura, o que demanda um investimento na promoção da cultura de segurança nas unidades pesquisadas.

Um erro é um erro normal, mas, sempre esse erro vai ser bem falado, muitas vezes, para não se repetir, e uma punição às vezes acontece também, que é uma coisa que nem sempre é certa. O erro acaba sendo uma coisa que fica frisada, o problema é quando todo mundo sabe foi tu que errou, te olha com olhos de que tu é o culpado, é o errado, e de fato tu é o errado. Isso acaba atrapalhando um pouco o desenvolvimento da equipe. (TE01)

Às vezes as pessoas começam a fazer certo no início, daqui a pouco já estão fazendo errado de novo. É normal. Geralmente a nossa enfermeira chefe chama, conversa com todo mundo, mostra o que aconteceu de errado. Às vezes funciona por um tempo. (TE07)

DISCUSSÃO

A avaliação da cultura de segurança constitui-se de um processo contínuo e que proporciona melhorias na segurança do paciente no contexto das instituições de saúde. Uma cultura de segurança positiva pode ser compreendida como um fator de comportamento dos profissionais, em que os mesmos devem ter a consciência de que o ser humano está sempre susceptível ao erro.

No presente estudo foi possível evidenciar que os participantes da pesquisa reconhecem a possibilidade do erro durante a assistência à saúde, percebendo desta forma que os profissionais são falíveis e capazes de cometer erros, tanto por falhas consideradas individuais como do sistema organizacional, fato que auxilia no fortalecimento da cultura de segurança. No entanto, observa-se que alguns profissionais ainda demonstram dificuldade em reconhecer a existência de erros, acreditando que em seu local de trabalho eles não ocorrem, o que ainda pode ser visualizado como um comportamento negativo para a segurança do paciente, visto que o reconhecimento da possibilidade da ocorrência do erro é imprescindível para uma cultura de segurança positiva.

Muitos autores realizaram estudos sobre os erros em saúde, porém, entre eles se destaca James Reason, que ampliou as discussões sobre o erro e o comportamento humano, admitindo e divulgando em suas publicações, que todos os seres humanos são falíveis. Logo, os serviços de saúde necessitam reorganizar seus modelos assistenciais, considerando que os profissionais de saúde podem cometer erros e construindo mecanismos que minimizem a ocorrência destes^(20,21).

A problemática do erro humano pode ser visualizada sob duas formas diferentes: na perspectiva da pessoa ou na do sistema. A primeira se fundamenta em ações realizadas pelos profissionais de forma insegura, ou a partir de momentos de desatenção e imprudência. Já a perspectiva do sistema, centra-se na concepção de que os erros podem ocorrer nas melhores

instituições, pois os seres humanos são passíveis a falhas. Dessa forma, os erros são vistos como consequências e não como causas, além de originarem-se, na maior parte das vezes, a partir de fatores considerados sistêmicos⁽²⁰⁻²²⁾.

Apesar dos participantes do estudo atribuírem a ocorrência de erros durante a realização da assistência a saúde a falhas individuais, como falta de atenção e negligência profissional, os mesmos conseguem diferenciar os trabalhadores que são cuidadosos e dedicados daqueles que apresentam um comportamento considerado de risco, o que mostra a existência de uma cultura justa nos ambientes estudados. A cultura justa pode ser conceituada como um modelo que tenta ao longo do processo de trabalho diferenciar os trabalhadores que apresentam uma postura profissional competente e cuidadosa, mas que por alguma falha acabam errando, dos profissionais que possuem de fato um comportamento injustificadamente arriscado^(2,21).

Assim, uma cultura baseada na justiça, além de identificar de forma adequada cada perfil profissional, reconhece os erros como falhas não somente individuais, mas que em muitos casos, são decorrentes do sistema organizacional em que o trabalhador encontra-se inserido^(2,6). Neste estudo, no que se referem às falhas do sistema, foi possível perceber que os participantes consideram que fatores como a desvalorização profissional, a sobrecarga e as condições precárias de trabalho a qual estão expostos, podem acabar contribuindo para a ocorrência de erros nos ambientes pesquisados.

É evidente que a inadequação tanto quantitativa como qualitativa dos profissionais podem acabar possibilitando uma maior ocorrência de falhas durante a assistência prestada. No Sul do Brasil evidenciou-se que existe uma associação significativa entre as cargas de trabalho da equipe de enfermagem e a ocorrência de eventos adversos, como por exemplo, queda do leito e infecções relacionadas a cateteres venosos centrais, o que demonstra o impacto negativo para a segurança do paciente⁽²³⁾.

Assim, para auxiliar a minimizar o risco em que os pacientes estão expostos, são necessárias medidas individuais e institucionais. A falta de capacitação dos funcionários e a inexistência de normas técnicas e protocolos assistenciais foram relatados pelos participantes deste estudo como causas contribuintes para o acontecimento de erros e eventos adversos. Os achados se aproximam dos resultados encontrados por uma pesquisa realizada que identificou barreiras e limitações para o desenvolvimento de estratégias de segurança, em que a escassa protocolização, a falta de apoio das gerências para implementar e desenvolver intervenções

seguras e a falta de incentivo e motivação, foram elencados como fatores prejudiciais à segurança do paciente⁽²⁴⁾.

Há que se destacar que existe nos estabelecimentos de saúde uma cultura predominante de que a ocorrência de um erro é de total responsabilidade do profissional que o cometeu. Assim, muitos profissionais de saúde se sentem culpados por determinadas situações e acabam vivenciando sentimentos de tensão, medo, raiva e vergonha, como foi possível perceber nos resultados deste estudo.

Enfermeiros intensivistas, em São Paulo, diante da ocorrência de eventos adversos, afirmaram existir a presença de punição no seu local de trabalho, gerando sentimentos negativos de vergonha e medo⁽¹²⁾. Tal fato corrobora com os achados deste estudo, em que foi possível visualizar que apesar da punição individual ter sido considerada uma ação incorreta pelos trabalhadores entrevistados, alguns relataram que já se sentiram punidos diante de um erro, o que prejudica a implementação de uma cultura de segurança positiva.

Embora indesejável, o histórico de punições aos profissionais que prestam assistência a saúde perante a ocorrência de erros e eventos adversos dificultam a promoção de uma cultura de segurança adequada dentro das instituições. Logo, é necessário que as organizações de saúde incentivem os profissionais de saúde a serem responsáveis por seus atos e a adotarem um comportamento ético e de aprendizagem contínua^(5,25).

Como ponto positivo à cultura de segurança, verificou-se que embora os profissionais de saúde ainda visualizem aspectos relacionados à punição nos ambientes de trabalho, os mesmos referiram que priorizam a transparência em suas condutas perante um evento adverso, procurando sempre por meio de uma comunicação clara e efetiva, dialogar sobre os erros cometidos e buscar a resolução dos problemas relacionados à segurança do paciente, incentivando desta forma, o aprendizado organizacional.

A comunicação do erro é considerada como um dever ético das profissões que envolvem o cuidado ao ser humano. Ainda, a realização de uma comunicação efetiva, quando centrada na interação e compartilhamento de opiniões entre chefia e a equipe multiprofissional de trabalho, pode impactar positivamente na qualidade da assistência prestada à saúde⁽²⁶⁾.

Outro fator positivo a ser destacado, que foi identificado pelos profissionais deste estudo como um aspecto contribuinte à cultura de segurança, é o processo de trabalho desenvolvido na unidade de terapia intensiva, na medida em que a dinâmica desta unidade

possibilita um maior controle sobre os cuidados prestados aos pacientes críticos, o que facilita a prevenção da ocorrência de erros e eventos adversos.

A unidade de terapia intensiva apesar de ser considerada uma unidade de trabalho complexa e com diversos fatores estressantes, devido a gravidade do quadro clínico apresentado pelos pacientes internados e das diversas tecnologias utilizadas, possui como representação, a partir da visão de trabalhadores de enfermagem, a garantia de uma assistência prestada com qualidade. Os profissionais intensivistas consideram que para alcançar um cuidado satisfatório é necessário respeitar a hierarquia, a divisão de funções entre os membros da equipe e ter disposição para ajudar e compartilhar os conhecimentos adquiridos com os demais profissionais⁽²⁷⁾, elementos que favorecem a cultura de segurança.

A cultura de segurança é percebida de forma distinta pelos diferentes profissionais de saúde e pelos gestores de uma mesma organização. Portanto, destaca-se que promover a cultura de segurança do paciente dentro de instituições hospitalares é um fenômeno complexo, e os desafios são inúmeros, o que exige compromisso e dedicação dos envolvidos. Assim, se faz necessário incentivar a adoção de estratégias para o desenvolvimento de uma cultura de segurança positiva, o que auxiliará a oportunizar a construção de novas práticas assistenciais em saúde^(2,19,28).

CONCLUSÃO

A partir da realização deste estudo foi possível evidenciar a percepção e a gestão sobre o erro humano no processo de trabalho na perspectiva dos diferentes profissionais de saúde. Dessa forma, verificou-se que os profissionais reconhecem a existência do erro na assistência à saúde e atribuem a sua ocorrência a falhas individuais e do sistema organizacional. Além disso, como forma de gestão do erro, estimulam uma cultura não punitiva, que tenha como base uma comunicação voltada para o aprendizado coletivo.

Logo, conclui-se que os serviços que prestam qualquer tipo de assistência à saúde necessitam implementar um modelo de gestão que possua como um de seus focos a segurança do paciente. Para tanto, a realização de um acompanhamento sistemático da cultura de segurança permite auxiliar no reconhecimento das fragilidades do sistema, o que constitui-se de uma oportunidade de melhorar a assistência à saúde.

Por fim, como limitação do estudo, evidencia-se que esses resultados não podem ser generalizados, uma vez que o mesmo foi realizado em unidades de terapia intensiva de um único município da região sul do Brasil, as quais possivelmente não se assemelham as

múltiplas realidades de saúde do país. Assim, indica-se a realização de outras pesquisas que possam auxiliar na compreensão da cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva.

Referências

1. Reis CT, Martins M, Laguardia J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado em saúde - um olhar sobre a literatura. *Ciência e Saúde coletiva*, 2013; 18(7): 2029-2036.
2. Wachter RM. *Compreendendo a segurança do paciente*. 2ª ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 529, de 1º de abril de 2013 (BR). Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília: 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html> Acesso em: 6 abr 2017.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução - RDC Nº 36, de 25 de julho de 2013: Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília: 2013. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html> Acesso em 6 abr 2017.
5. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Série: Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. *Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática*. Brasil, 2013.
6. Sammer CE, Lykens K, Singh S, Mains DA, Lacka NA. What is Patient Safety Culture? A review of the literature. *Journal of Nursing Scholarship*, 2010; 42 (2):156-165.
7. Carvalho PA, Göttems LBD, Pires MRGM, Oliveira MLCl. Cultura de segurança no centro cirúrgico de um hospital público, na percepção dos profissionais de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2015; 23(6): 1041-8.
8. Fermo VC, Radünz V, Rosa LM, Marinho MM. Patient safety culture in a bone marrow transplantation unit. *Rev Bras Enferm*, 2015; 68(6):827-34.
9. Urbanetto JS, Gerhardt LM. Segurança do paciente na tríade assistência ensino pesquisa [Editorial]. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013; 34(3):8-9.
10. Duarte SC, Queiroz ABA, Büscher A, Stipp MAC. O erro humano no cotidiano da assistência de enfermagem em terapia intensiva. *Revista Latino-America de Enfermagem*, 2015; 23(6):1074-81.

11. Mello JF, Barbosa SFF. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 2013; 22(4):1124-33.
12. Claro CM, Krocokz DVC, Toffolletto MC, Padilha KG. Adverse events at the Intensive Care Unit: nurses' perception about the culture of no-punishment. *Rev Esc Enferm USP* 2011; 45(1):162-7.
13. Tomazoni A, Rocha PK, Souza S, Anders JC, Malfussi HFC. Cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva neonatal: perspectivas da equipe de enfermagem e médica. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2014;22(5):755-63.
14. Gonçalves LA, Andolhe R, Oliveira EM, Barbosa RL, Faro ACM, Galloti RMD, Padilha KG. Nursing allocation and adverse events/incidents in intensive care units. *Rev Esc Enferm USP* 2012; 46(Esp):71-7
15. Silva LA, Terra FS, Macedo FRM, Santos SVMS, Maia LG, Batista MHJ. Notificação de eventos adversos: caracterização de eventos ocorridos em uma instituição hospitalar. *Revista de Enfermagem da UFPE*, 2014; 8(9):3015-23.
16. Lima CSP, Barbosa SSP. Ocorrência de eventos adversos como indicadores de qualidade assistencial em unidade de terapia intensiva. *Revista de enfermagem da UERJ*, 2015; 23(2): 222-8.
17. Lipshutz AKM, Caldwell JE, Robinowitz DL, Gropper MA. An analysis of near misses identified by anesthesia providers in the intensive care unit. *Anesthesiology*, 2015; 93(15).
18. Minuzz AP, Salum NP, Locks MOH. Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva na perspectiva da equipe de saúde. *Revista Texto & Contexto de Enfermagem*, 2016; 25(2).
19. Moraes R, Galiuzzi MC. *Análise Textual Discursiva*. 2. ed. rev. Ijuí: Ed. Unijuí, 2013
20. Reason, J. Human error: models and management. *BMJ Quality & Safety*, 2000; 320:768-770.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Documento de referência para o programa nacional de segurança do paciente. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.
22. Fernandes LGG, Tourino FSV, Souza NL, Menezes RMP. Contribuição de James Reason para a segurança do paciente: reflexão para a prática de enfermagem. *Revista de Enfermagem UFPE online*, 2014; 8(supl. 1): 2507-2512.
23. Magalhães AMM, Moura GMSS, Pasin S, Funcke LB, Pardal BM, Kreling A. The medication process, workload and patient safety in inpatient. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2015; 49(Esp):43-50.

24. Ques AAM, Montoro HC, González MG. Fortalezas e ameaças em torno da segurança do paciente segundo a opinião dos profissionais de enfermagem. *Rev. latino-am. enfermagem* [online]. 2010; 18(3): 339-45.
25. Françolin L, Gabriel CS, Bernardes A, Silva AEBC, Brito MFP, Machado JP. Gerenciamento da segurança do paciente sob a ótica dos enfermeiros. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, 2015; 49(2): 277-283.
26. Coli RCP, Anjos MF, Pereira LL. The attitudes of nurses from an intensive care unit in the face of errors: an approach in light of bioethics. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2010; 18(3):27-33.
27. Shimizu HE, Ciampone MHT. As representações dos técnicos e auxiliares de enfermagem acerca do trabalho em equipe na unidade de terapia intensiva. *Rev Latino-am Enfermagem* 2004 julho-agosto; 12(4):623-30.
28. Carvalho RE, Cassiani SH. Cross-cultural adaptation of the Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 for Brazil. *Revista Latino America de Enfermagem*, 2012; 20(3): 575-82.

5.2 ARTIGO 2

Estratégias para promoção e fortalecimento da cultura de segurança em Unidades de Terapia Intensiva ⁴

Catharine Silva de Souza¹, Jamila Geri Tomaschewski-Barlem²

Correspondência: Catharine Silva de Souza

Rua Vice Almirante Abreu, 398, apto 302

96200-270 ó Rio Grande, RS, Brasil

E-mail:catharinesouzaenf@hotmail.com

⁴ Artigo a ser encaminhado para a Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn). Normas disponíveis em: < www.scielo.br/revistas/reben/pinstruc.htm >

Estratégias para promoção e fortalecimento da cultura de segurança em Unidades de Terapia Intensiva

Resumo: Objetivo: identificar estratégias de promoção que contribuam para o fortalecimento da cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva. **Método:** estudo qualitativo, exploratório-descritivo, realizado com cinco médicos, cinco enfermeiros e 24 técnicos de enfermagem atuantes em unidades de terapia intensiva de duas instituições hospitalares do sul do Brasil. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas no período de setembro e outubro de 2016, analisadas por meio da análise textual discursiva. **Resultados:** emergiram três categorias: implementação de protocolos de segurança do paciente; envolvimento institucional e multiprofissional e segurança do paciente na educação permanente. **Considerações Finais:** os profissionais de saúde consideram a implementação de protocolos na assistência a saúde, a inclusão da temática da segurança na educação permanente e o envolvimento da instituição, bem como da equipe multiprofissional, como as principais estratégias para promover e fortalecer a cultura de segurança do paciente.

Descritores: Enfermagem; Segurança do Paciente; Cultura Organizacional; Unidades de Terapia Intensiva.

INTRODUÇÃO

As discussões sobre segurança do paciente tem se tornado uma tendência mundial. Mesmo com os diversos avanços que ocorrem no sistema de saúde, os pacientes estão expostos a inúmeros riscos quando submetidos a assistência à saúde, o que demanda a promoção da segurança do paciente nas organizações que prestam serviços assistenciais^(1,2).

No final da década de 1990 foi publicado pelo *Institute of Medicine* (IOM) o relatório intitulado *To Err is Human: Building a Safer Health Care System*, que demonstrou altas taxas de incidência de eventos adversos em instituições hospitalares, o que contribuiu efetivamente para mobilizar diversos países a desenvolverem um olhar diferenciado sobre a questão da segurança do paciente^(3,4).

Reconhecendo a importância do problema da segurança do paciente em um nível global, a Organização Mundial de Saúde (OMS) instituiu em 2004 a chamada Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (*World Alliance for Patient Safety*). Já em âmbito brasileiro, foi lançado em 2013 o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP),

instituído pela Portaria GM/MS nº 529/2013 do Ministério da Saúde (MS), tendo como um de seus objetivos primordiais, para desenvolvimento da segurança, conseguir reduzir a um mínimo aceitável o risco de qualquer dano considerado desnecessário, que possa ser associado ao cuidado de saúde⁽⁵⁾.

Assim, com vistas a implantar uma cultura de segurança nas instituições de saúde, a culpa individual pelos erros cometidos tem sido substituída pela reorganização dos processos assistenciais na intenção de antever os erros e corrigi-los previamente à lesão ou dano ao paciente^(3,6,7).

A cultura de segurança é definida pelo MS como um conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a segurança e a gestão da saúde⁽⁸⁾. A mesma incentiva os profissionais a serem responsáveis por seus atos, fortalecendo o abandono de práticas punitivas aos profissionais que cometem algum erro não intencional^(8,9). Neste sentido, para que a cultura de segurança do paciente se consolide é de extrema importância que exista por parte dos profissionais e gestores, a compreensão do erro e as consequências deste, envolvendo os profissionais em um compromisso ético na busca pela melhoria do cuidado e na implementação de estratégias que visem a segurança do paciente como um todo⁽¹⁰⁾.

Assim, é importante considerar como um aspecto imprescindível, conhecer a cultura de segurança do ambiente em que é prestada a assistência a saúde, para que se possa realizar melhorias de maneira efetiva⁽¹¹⁾. Portanto, torna-se fundamental buscar um entendimento de como trabalhadores visualizam em sua prática assistencial, a cultura de segurança do paciente. Dentre os ambientes assistenciais, destaca-se neste estudo, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), por ser considerada complexa e, com inúmeras ações que necessitam serem desenvolvidas de maneira emergencial.

Diante do exposto, buscando compreender as questões que envolvem o fenômeno da cultura de segurança do paciente, emergiu a seguinte questão de pesquisa: quais estratégias de promoção podem ser desenvolvidas para fortalecer a cultura de segurança positiva em unidades de terapia intensiva? Teve-se como **objetivo**: identificar estratégias de promoção que contribuam para o fortalecimento da cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva.

MÉTODO

Pesquisa qualitativa, do tipo exploratório-descritiva. O contexto de investigação se refere às UTI - Gerais de duas instituições hospitalares do Sul do Brasil, um universitário com 195 leitos e o outro que conta com um total de 251 leitos.

A UTI geral do hospital filantrópico tem 10 leitos, dos quais três são de UTI Intermediária. O atendimento é focado principalmente para os diagnósticos de politraumatizados, acidente vascular cerebral, hipertensos, diabéticos, pós-cirúrgicos, pacientes oncológicos, entre outros.

A UTI geral do hospital universitário, conta com seis leitos destinados a pacientes acometidos pelas mais diversas patologias clínica-cirúrgicas, mas se caracteriza principalmente por atender pacientes críticos com patologias infectoparasitárias.

Foram respondentes da pesquisa cinco enfermeiros, 24 técnicos de enfermagem e cinco médicos, selecionados por meio de amostragem não probabilística por conveniência, perfazendo um total de 34 participantes. Os critérios para a seleção dos participantes limitaram-se a ser profissional enfermeiro, técnico de enfermagem ou médico; atuar profissionalmente há pelo menos seis meses. Como critérios de exclusão estabeleceu-se os que se encontravam em férias, afastamento ou licença.

A coleta de dados ocorreu no período de setembro e outubro de 2016, no local de trabalho dos participantes e no horário indicado de acordo com a preferência dos mesmos. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, gravadas, com duração média de 30 minutos, contendo questões fechadas, para a caracterização dos sujeitos, e questões abertas, enfocando aspectos relacionados à segurança do paciente no local de trabalho.

O processo de análise dos dados foi realizado a partir da análise textual discursiva, a qual compreende uma metodologia de análise de dados qualitativos que tem por finalidade produzir novas compreensões sobre discursos e fenômenos⁽¹²⁾.

Para isso, foram seguidas três etapas: a unitarização dos textos; o estabelecimento de relações; e a captação do novo emergente, focalizando a construção de um processo auto-organizado.

A unitarização pode ser definida como a imersão do pesquisador nas transcrições das entrevistas realizadas, mediante a desconstrução do texto e sua fragmentação em unidades de significado. Após a realização da unitarização, realizou-se a articulação de significados semelhantes⁽¹²⁾.

Durante o processo de categorização, foram identificadas relações entre as unidades de significado, comparando-as e realizando o agrupamento de elementos de significação próximos em categorias finais. A última etapa englobou a descrição e interpretação dos sentidos e significados construídos a partir do texto, o que permitiu a produção de novas percepções sobre os aspectos envolvidos e as estratégias de promoção que contribuem para o fortalecimento de uma cultura de segurança.

Os aspectos éticos foram respeitados, conforme as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), de forma que o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Parecer n. 126/2016). Os depoimentos estão identificados pela letra E (enfermeiro), TE (técnico de enfermagem), e M (médico) seguida de um número sequencial (E1 a E5; M1 a M5; T1 a T24).

RESULTADOS

A partir da caracterização dos 34 participantes, constatou-se que a idade variou entre 22 e 61 anos; 31 eram mulheres e o tempo de atuação profissional variou entre seis meses e 39 anos. Do total, 24 profissionais atuavam no hospital filantrópico e dez no hospital público.

Assim, a partir da análise dos dados emergiram três categorias apresentadas a seguir: implementação de protocolos de segurança do paciente; envolvimento institucional e multiprofissional e; segurança do paciente na educação permanente.

IMPLEMENTAÇÃO DE PROTOCOLOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Nesta categoria foi possível verificar que o estímulo a uma prática assistencial segura fundamentada na implementação de protocolos de segurança do paciente foi relatada pelos profissionais de saúde como uma das estratégias de promoção para fortalecer a cultura de segurança nas unidades de terapia intensiva. Os participantes da pesquisa afirmaram que a falta de protocolos de padronização da assistência pode gerar condutas que comprometem a segurança do paciente e a cultura de segurança da unidade.

A gente ainda luta muito a questão, embora tenha diminuído bastante, da ulcera de pressão. (...) Caso tivesse um protocolo específico para isso, com certeza seria melhor a qualidade da assistência, porque teríamos um embasamento teórico fundamentado para executar a prática, mas teria que ser realmente seguido por todas as equipes, porque se não de nada adianta ter um protocolo, e não por nada em prática. (E01)

Nós não temos protocolos, cada médico faz de acordo com o seu turno, então é bem complexo [...] e como não tem um rotineiro, o paciente fica à mercê de cada

plantão, e cada plantão toma uma conduta. O que para mim é uma falta de cuidado, é um erro, para o colega pode não ser. [...] Talvez agora cheguem os protocolos de segurança do paciente e mude alguma coisa, a gente tem esperança. (TE21)

Os profissionais entrevistados destacaram a necessidade de que os protocolos sejam institucionalizados, de modo que o cuidado, embora tenha particularidades em função das diferentes unidades hospitalares, seja padronizado, minimizando a ocorrência de erros e eventos adversos. Desse modo, a criação de uma estrutura institucional que priorize a segurança do paciente constitui-se de uma importante estratégia para o fortalecimento da cultura de segurança.

Tinha que seguir um protocolo, não por unidades, e sim geral, para o hospital todo. Porque não adianta vim da clínica médica com um cuidado e chegar aqui e a gente faz outro. Sai daqui com um cuidado e chega lá e fazem outro. O paciente daqui a pouco começa apresentar lesões. De um setor para o outro diferencia, porque? Se é para amarrar dessa forma, vamos amarrar todo mundo do mesmo jeito. (TE 22)

Cada turno faz do seu jeito e o hospital inteiro trabalha assim. Por exemplo, se eu fizer plantão no SPA [serviço de pronto atendimento] e o paciente que estiver no SPA iniciou uma prescrição médica, iniciou antibiótico, se ele for pra UTI, chega aqui eles trocam todo o horário, não levando em conta a sequência, o horário, a curva, não levam em consideração nada que tu aprendes em farmacologia. Se o paciente for lá para clínica médica, entra na rotina e no esquema deles. Isso é muito negativo, como se a gente tivesse hospitais diferentes. Aqui na UTI não existe esquema de antibiótico, não é que não exista, não existe uma sequência, uma preocupação com a interação medicamentosa, por exemplo. (TE03)

Os profissionais entrevistados mencionaram, a importância da criação e da atuação de setores específicos que desenvolvam ações voltadas para o desenvolvimento da segurança do paciente, como a implementação de protocolos, além da realização de treinamentos e capacitações. Desse modo, a atuação dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) foi considerada pelos profissionais de saúde uma possibilidade para promover a cultura de segurança institucional.

A gente não tem um protocolo da instituição. Está sendo encaminhado, desde o ano passado estavam montando um grupo de segurança do paciente, mas ainda se caminha bem devagar. Mas a ideia é que seja realizado a instituição desses protocolos [...]. (E01)

Ouvi alguns comentários que existe uma implementação de um setor específico para isso. Não vejo ainda resultados presentes na atuação final, acho que por ser inicial, ele está em desenvolvimento. Acredito que em breve esse setor que hoje tem, e não é presente, possa estar diretamente ligado a atuação profissional com o paciente. (TE2)

ENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL E MULTIPROFISSIONAL

Nessa categoria verificou-se que apesar de relatarem que a implementação de protocolos é fundamental para minimizar a possibilidade de erros e garantir a segurança do paciente nas unidades de terapia intensiva, os profissionais ressaltaram a importância do comprometimento dos membros da equipe de saúde. Assim, entre as estratégias de promoção para o fortalecimento da cultura de segurança está a conscientização dos profissionais de saúde para que assumam a responsabilidade pela segurança dos pacientes.

Por exemplo, existe protocolo médico para diminuir a aspiração de pacientes, então o paciente tem que ter a cabeceira elevada, tem que ser aspirado, tem que ser oxigenado antes de fazer a aspiração, tem que trocar a ponta do cateter e usar uma luva estéril. Então, esses são protocolos que visam à segurança e estão em funcionamento na unidade. Apesar de que, o grande problema não são os protocolos, são as pessoas. O problema é o colega que entra na UTI e não usa luva, não usa touca, não põe o avental para fazer um procedimento, isso não pode ser considerada a casa de Arneque entendeu?! O maior problema é esse e, não, ter ou não protocolos específicos. (M01)

A gente trabalha com pessoas, com saúde, a segurança do paciente vem em todos os aspectos, desde qualquer atendimento que é feito, envolvendo sempre o comprometimento profissional (...). Então, são diversas ações que nós temos, tanto quanto registros, como ações práticas, e quanto do comprometimento. (E03)

Foi possível evidenciar que o envolvimento, o comprometimento e o trabalho em equipe multidisciplinar foram elencados pelos profissionais pesquisados como estratégias para minimizar a ocorrência de erros e eventos adversos, capazes de promover resultados positivos na assistência em prol da segurança do paciente. Tais fatores influenciam no fortalecimento da cultura de segurança nas unidades de terapia intensiva, uma vez que os membros da equipe trabalham por um objetivo coletivo.

Envolve a equipe multiprofissional, que todos têm que estarem envolvidos e engajados para isso, porque não adianta o trabalho de um se não tem o trabalho de outro. Embora muita coisa da segurança do paciente envolva diretamente o trabalho técnico de enfermagem, tem que ter o envolvimento de todos, de enfermeiros, de médicos. A gente teve uma diminuição de ulcera de pressão, de erro de medicação. Essa diminuição nas úlceras se deu pelo fato de que os enfermeiros começaram a cobrar mais e fiscalizar mais se as mudanças de decúbitos estavam realmente acontecendo, e começaram a ver melhora realmente e a se sentirem cada vez mais estimulados a auxiliarem as gurias [técnicas de enfermagem] com a visualização de um resultado positivo, começaram a valorizar mais a mudança de decúbito. (E01)

Do mesmo modo, os profissionais mencionaram a importância dos serviços de apoio na gestão dos riscos associados ao cuidado à saúde dos pacientes, considerando que o desenvolvimento de uma cultura de segurança não pode ser visualizada como responsabilidade única das equipes que prestam assistência direta ao paciente, mas sim como uma questão transversal e multiprofissional. Assim, o trabalho conjunto de setores como higienização, lavanderia, farmácia e serviço de controle de infecção hospitalar foram citados pelos profissionais como imprescindíveis para a promoção do fortalecimento da cultura de segurança.

É um contexto muito grande, porque não tem só a nossa parte enquanto enfermagem, mas tem todo o resto que está envolvido com o manejo com o paciente. A questão do serviço de apoio é uma coisa que a gente tem que trabalhar melhor, a gente trabalha pouco, a segurança. Deveria existir um setor mais coeso e mais ativo em relação a isso no hospital, não só em relação, da enfermagem. Muitas vezes os atos falhos não são só nossos, tem todo um entorno que precisa ser melhorado em questão de serviço de apoio, lavanderia, farmácia. Eles influenciam de diversas formas, podendo ser de forma positiva ou negativa. Algumas coisas melhoraram com o tempo, como o serviço da farmácia, o que acaba influenciando de forma positiva a segurança do paciente. (E02)

Toda uma equipe, todo um conjunto influencia naquele cuidado na segurança daquele paciente. O controle de infecção é muito importante nessa área porque a partir do momento que o paciente está internado conosco e ele está com uma bactéria de contato, que possa ser transmitida para outro paciente, o CCIH [Comissão de Controle de Infecção Hospitalar] nos fornece medidas de segurança, para o paciente, para os outros. A farmácia também é um setor muito importante devido à manipulação da medicação, o antibiótico que é usado naquele paciente, a partir do momento que o médico pede tal medicação quem manda essa medicação é a farmácia. Então tudo é uma equipe, tudo age em função do paciente, na segurança do paciente, na saúde do paciente. (TE12)

SEGURANÇA DO PACIENTE NA EDUCAÇÃO PERMANENTE

Verificou-se que os profissionais de saúde ressaltaram a importância da disseminação do conhecimento acerca da segurança do paciente por meio da educação permanente. Assim, treinamentos e capacitações, teóricas e práticas, foram sugeridos pelos profissionais de saúde como estratégias de promoção para o fortalecimento da cultura de segurança do paciente nas unidades de terapia intensiva.

Ensinaamentos, palestra. Não adianta nada implantar uma coisa se não explicas exatamente como é. Tu não passas aquilo que sabe, não passas para as pessoas. Não adianta tu querer implantar uma coisa se tu jamais explicou para alguém como funciona isso para a segurança do paciente. (TE11)

[...] O que está se tentando, é montar esse grupo de segurança do paciente. Tem a educação continuada, que faz algumas capacitações. Mas voltada para a segurança do paciente, eu creio que o melhor mesmo seria a definição desse grupo, que comece a andar, a funcionar. (E01)

Os profissionais de saúde destacaram a importância de atualizar as práticas desenvolvidas nas unidades e valorizar os profissionais que buscam atualização. Do mesmo modo, relataram que os treinamentos e capacitações devem ser adequados às necessidades da equipe de saúde, considerando o horário de trabalho, visando abranger um maior número de pessoas, o que contribuirá para modificar e fortalecer a cultura de segurança das unidades de terapia intensiva.

Eu acho que treinamentos são importantes, acho que a gente faz pouca coisa de atualizações. A questão de buscar aperfeiçoamento sempre, está bastante falha. A educação permanente tenta fazer bastante coisa, mas não se consegue porque não é cobrado ou porque muitas vezes é no horário de serviço. Acho que precisaria que a gente tivesse disponibilidade desse pessoal poder fazer esses treinamentos, essas capacitações, todas essas coisas em função desse aperfeiçoamento que é preciso, precisa fazer reciclagem. (E02)

DISCUSSÃO

A cultura de segurança é um componente essencial da qualidade do cuidado e diversas ações são necessárias para otimizar a segurança do paciente e minimizar a ocorrência de erros e eventos adversos nos ambientes de cuidado a saúde. Por meio dos resultados deste estudo, foi possível identificar estratégias de promoção vislumbradas pelos profissionais de saúde atuantes em unidades de terapia intensiva como alternativa de fortalecimento da cultura de segurança.

Verificou-se que os profissionais consideram que a utilização de protocolos assistenciais favoreceria o estabelecimento de uma cultura de segurança nos ambientes de trabalho por meio da padronização de condutas e técnicas de cuidados no âmbito hospitalar, de modo que seja criada uma estrutura institucional que priorize a segurança do paciente, sob o enfoque que os protocolos objetivam assegurar melhorias na qualidade do atendimento assistencial, guiando a prática e auxiliando na implementação de ações voltadas à segurança do paciente.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde instituiu como um dos eixos do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) a criação e o estabelecimento de um conjunto de protocolos básicos, que foram definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e que devem ser implementados de forma a garantir uma prática assistencial segura e contribuir com a qualificação do cuidado em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional⁽¹³⁾.

Partindo do exposto, seis protocolos básicos são considerados para a segurança do paciente: identificação do paciente; prevenção de úlcera por pressão; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; cirurgia segura; prática de higiene das mãos em serviços de saúde; e prevenção de quedas. A OMS elegeu tais protocolos por duas questões motivacionais: o pequeno investimento utilizado para a implementação dos mesmos e a magnitude dos erros e eventos adversos decorrentes da falta deles⁽¹³⁾.

Há que se destacar que diversos estudos vem sendo realizados com o intuito de compreender os eventos adversos relacionados a estes protocolos, para que a partir dos resultados encontrados possam ser identificadas ações e estratégias de cuidados que possibilitem minimizar a ocorrência de tais eventos adversos e fortalecer a cultura de segurança do paciente⁽¹⁴⁻¹⁹⁾.

Os profissionais entrevistados referiram ainda que, apesar de estar em fase inicial, existe uma mobilização das instituições de saúde pesquisadas para formar equipes que tenham como foco principal de atuação a criação de ações voltadas para o desenvolvimento da segurança do paciente, além da realização de treinamentos e capacitações. Os resultados permitem evidenciar a importância e a necessidade do surgimento desses setores específicos de apoio aos trabalhadores.

Nesse sentido, buscando auxiliar no fortalecimento da segurança do paciente nas organizações de saúde, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicou, em 2013, a RDC nº 36, que destaca a obrigatoriedade da existência de um Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) nos serviços de saúde, os quais são responsáveis por elaborar e implantar os protocolos de saúde, que são construídos para assegurar uma prática assistencial de qualidade e segura^(13,20).

Além disso, os NSP são responsáveis pela elaboração de um Plano de Segurança do Paciente, que descreva as principais estratégias definidas pela instituição de saúde para promoção da segurança e conduta perante a ocorrência dos incidentes associados à assistência a saúde. Os núcleos possuem como responsabilidade prevenir, controlar, mitigar, e obrigatoriamente, notificar os eventos adversos para o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), de forma a contribuir para o fortalecimento do sistema, e a tornar mais segura a assistência à saúde^(8,9,20).

As implicações negativas que são geradas a partir da falta de uma rotina assistencial implementada de forma clara e eficiente, seja no âmbito hospitalar, ou da própria unidade de saúde, podem ser inúmeras. Devido a isso, pode-se perceber que os profissionais deste estudo

demonstram uma preocupação, além da criação de protocolos, se estes serão devidamente cumpridos na instituição; sob esse aspecto, ressaltando a importância da conscientização e do comprometimento dos membros da equipe de saúde, como uma estratégia para o fortalecimento da cultura de segurança do paciente.

Foi possível observar com maior clareza a importância do envolvimento profissional com o paciente e do trabalho desenvolvido dentro de uma equipe multiprofissional para minimizar a ocorrência de erros. Os participantes percebem que a visualização de um resultado positivo na assistência conquistado a partir de uma mudança profissional multidisciplinar estimula as equipes a trabalharem por um objetivo coletivo, o que incentiva uma assistência de saúde realizada com foco na segurança do paciente.

A cultura da segurança do paciente tem como um de seus objetivos a transformação da prática assistencial, em que toda a equipe de saúde deve buscar uma corresponsabilidade entre os seus membros. Dessa forma, entende-se que os profissionais de saúde precisam aprimorar essa ideia de responsabilidade coletiva e ter o trabalho em equipe como um pressuposto básico para o segurança do paciente^(21,22).

No entanto, considerando que o desenvolvimento de uma cultura de segurança não pode ser somente visualizada como responsabilidade única das equipes que prestam assistência direta ao paciente, o reconhecimento da importância e necessidade que os demais serviços de apoio prestam em uma instituição hospitalar é considerada uma estratégia em que todos devem atentar para os diversos fatores que envolvem a qualidade do cuidado. Assim, o trabalho em conjunto com os demais setores do hospital foi citado pelos profissionais deste estudo como de extrema importância para o desenvolvimento de uma cultura de segurança.

A gestão do risco associado ao cuidado à saúde dos pacientes deve ser visualizada como uma questão transversal e multiprofissional que inclua todos os serviços de apoio pertencentes às instituições de saúde. Um estudo realizado em um hospital de ensino identificou que a falta de integração entre os serviços de apoio fragiliza o trabalho realizado em equipe interdisciplinar, o que prejudica a realização de uma assistência de qualidade e possibilita o surgimento de falhas⁽²³⁾, comprometendo a cultura de segurança.

Nesse sentido, o setor de educação permanente da instituição de saúde possui atuação fundamental para o fortalecimento de uma cultura de segurança positiva. Conforme foi possível perceber que os profissionais entrevistados ressaltam a importância da disseminação do conhecimento acerca da segurança do paciente por meio de ações desenvolvidas pelo serviço de educação permanente.

Ainda, os profissionais reforçaram a importância da realização de treinamentos e capacitações adequadas às necessidades da equipe de saúde, bem como a atualização de práticas assistenciais desenvolvidas nas unidades, visando contribuir para a segurança do paciente. Tal observação vem ao encontro do que é preconizado pelo terceiro eixo da PNSP, que destaca a necessidade de incluir a temática da segurança do paciente no ensino e na educação permanente em saúde⁽¹³⁾.

Os estabelecimentos de saúde necessitam cada vez mais incorporar novas tecnologias, e a segurança do paciente necessita ser problematizada e discutida em todos os âmbitos de ensino, tornando-se indispensável instrumentalizar os profissionais para a prevenção de eventos adversos e a desenvolver uma assistência à saúde potencialmente segura. Desse modo, a educação permanente de todos os profissionais é fundamental para que ocorra uma conscientização coletiva para o cuidado seguro^(23,24).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível evidenciar que os profissionais de saúde pesquisados consideram a implementação de protocolos, o envolvimento instrucional e multiprofissional e a inclusão do tema segurança do paciente na educação permanente como as principais estratégias de promoção para fortalecer a cultura de segurança do paciente nas unidades de terapia intensiva.

Ressalta-se a importância da implementação dos protocolos de segurança do paciente nas unidades pesquisadas assim como da atuação dos Núcleos de Segurança do Paciente nas instituições, visando minimizar a ocorrência de erros e eventos adversos e proporcionar maior segurança e qualidade na assistência à saúde. Ainda, destaca-se a necessidade de aperfeiçoamentos e treinamentos contínuos das equipes atuantes nas unidades de terapia intensiva e demais setores da instituição hospitalar, para que medidas simples e efetivas possam auxiliar a prevenir e reduzir os riscos associados ao cuidado à saúde dos pacientes, o que auxiliará no fortalecimento da cultura de segurança.

Por fim, como limitações dessa pesquisa, evidencia-se que esses resultados não podem ser generalizados, uma vez que a mesma foi conduzida em duas unidades de terapia intensiva de um único município da região sul do Brasil, as quais possivelmente não se assemelham as múltiplas realidades de saúde do país. Dessa forma, indica-se a realização de outras pesquisas que possam auxiliar na compreensão das estratégias que fortalecem a cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva.

Referências

1. Raduenz AC, Hoffmann P, Radunz V, Dal Sasso GTM, Marck PB. Cuidados de enfermagem e segurança do paciente: visualizando a organização, acondicionamento e distribuição de medicamentos com método de pesquisa fotográfica. *Rev. Latino-Am. Enferm.*,2010; 18(6): 1045-1054.
2. Duarte SC, Queiroz ABA, Büscher A, Stipp MAC. O erro humano no cotidiano da assistência de enfermagem em terapia intensiva. *Revista Latino-America de Enfermagem*, 2015; 23(6):1074-81.
3. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. *To err is human: building a safer health system* [Internet]. Whashington: National Academy Press; 2000.
4. Reis CT, Martins M, Laguardia J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado em saúde - um olhar sobre a literatura. *Ciência e Saúde coletiva*, 2013; 18(7): 2029-2036.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 529, de 1º de abril de 2013 (BR). Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília: 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html> Acesso em: 6 abr 2017.
6. Sammer CE, Lykens K, Singh S, Mains DA, Lacka NA. What is Patient Safety Culture? A review of the literature. *Journal of Nursing Scholarship*, 2010; 42 (2):156-165.
7. Paese F, Dal Sasso GTM. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. *Texto e Contexto*, 2013; 22(2):302-10.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução - RDC N° 36, de 25 de julho de 2013: Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília: 2013. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html> Acesso em 6 abr 2017.
9. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Série: Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. *Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática*. Brasil, 2013.
10. Costa TD, Salvador PTCO, Rodrigues CCFM,Alves KYA, Tourinho FSV, Santos VEP. Percepção de profissionais de enfermagem acerca de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva. *Ver Gaúcha Enferm.* 2016 set; 37(3):e61145.

11. Wachter RM. Compreendendo a segurança do paciente. 2ª ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.
12. Moraes R, Galiazzi MC. Análise Textual Discursiva. 2. ed. rev. Ijuí: Ed. Unijuí, 2013
13. Brasil. Ministério da Saúde. Documento de referência para o programa nacional de segurança do paciente. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.
14. Gimenes FRE, Mota MLS, Teixeira TCA, Silva ABC. Optiz SP, Cassiani SHDB. Segurança do paciente na terapêutica medicamentosa e a influência da prescrição médica nos erros de dose. *Revista Latino-America de Enfermagem*, 2010; 18(6):[7 telas].
15. Fassarella CS, Bueno AAB, Garrilha JB, Andrade MAA. Comunicação no contexto hospitalar como estratégia para a segurança do paciente : revisão integrativa. *Revista Rede de Cuidados em Saúde*, 2013; 10(supl.1): 1-16.
16. Oliveira AC, Paula AO. Infecções relacionadas ao cuidar em saúde no contexto da segurança do paciente: passado, presente e futuro. *Revista Mineira de Enfermagem*, 2013; 17(1): 216-220.
17. McInnes E, Phillips R, Middleton S, Gould D. A qualitative study of senior hospital managers' views on current and innovative strategies to improve hand hygiene. *BMC Infectious Diseases*, 2014; 10(supl.1).
18. Pires MPO, Pedreira MLG, Peterlini MAS. Cirurgia segura em pediatria: aplicação na prática do Checklist Pediátrico para Cirurgia Segura. *Revista Latino-America de Enfermagem*, 2015; 23(6).
19. Cruz JDA, Carmo AFS, Cruz NM, Moura LA, Lubarino DA, Brito RKM. Prevenção de úlceras por pressão e segurança do paciente: percepções de enfermeiros em terapia intensiva. *Revista Contexto e Saúde*, 2015; 15(28): 62-66.
20. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Série: Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente e, Serviços de Saúde. Brasil, 2014.
21. Wegner W, Silva SC, Kantorski KJC, Predebon CM, Sanches MO, Pedro ENR. Education for culture of patient safety: implications to Professional training. *Esc Anna Nery* 2016;20(3).
22. Mello JF, Barbosa SFF. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 2013; 22(4):1124-33.
23. Tobias GC, Bezerra ALQ, Moreira IA, Paranaguá TTB, Silva ABC. Conhecimento dos enfermeiros sobre a cultura de segurança do paciente em hospital universitário. *Revista de Enfermagem UFPE*, 2016; 10(3):1071-9.

24. Costa VT, Meirelles BHS, Erdmann AL. Melhores práticas do enfermeiro gestor no gerenciamento de risco. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2013; 21(5):[07 telas].

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados dessa dissertação, apresentados sob forma de dois artigos, permitiram compreender os aspectos e identificar estratégias de promoção que contribuem para o fortalecimento da cultura de segurança positiva em unidades de terapia intensiva.

No primeiro artigo intitulado "Cultura de segurança em Unidades de Terapia Intensiva: perspectiva dos profissionais de saúde", foi possível evidenciar os resultados referentes ao modo como os profissionais de saúde identificam os aspectos da cultura de segurança presentes nos seus ambientes de trabalho, mediante pesquisa qualitativa realizada em duas unidades de terapia intensiva de dois hospitais do sul do Brasil. A partir da análise dos dados emergiram duas categorias: percepção sobre o erro e gestão do erro.

Foi possível perceber, por meio da realização deste estudo que os profissionais reconhecem a existência do erro na assistência à saúde e atribuem a sua ocorrência tanto a falhas individuais, como a falhas encontradas no sistema organizacional. Além disso, como forma de gestão, os mesmos estimulam uma cultura não punitiva, e que tenha como foco o aprendizado coletivo. Logo, conclui-se a importância da realização de um acompanhamento sistemático da cultura de segurança, pois ações como essa permitem auxiliar no reconhecimento das fragilidades individuais e do sistema, o que se constitui como uma oportunidade de melhorar a assistência prestada à saúde.

Embora tenha sido verificada uma cultura de segurança positiva nas unidades de terapia intensiva pesquisadas, o segundo artigo, cujo o título é "Estratégias para promoção e fortalecimento da cultura de segurança em Unidades de Terapia Intensiva", abordou as principais estratégias que podem contribuir para a promoção e o fortalecimento da cultura de segurança nas unidades de terapia intensiva, também realizada sob uma perspectiva qualitativa.

A partir da análise dos dados, foi possível evidenciar que os profissionais de saúde consideram a implementação de protocolos na assistência, o envolvimento da instituição e dos profissionais e a inclusão da temática da segurança do paciente na educação permanente como as principais estratégias de promoção para o fortalecimento da cultura de segurança do paciente nas unidades pesquisadas.

Além disso, a realização de treinamentos e aperfeiçoamentos realizados de forma contínua às equipes de saúde e demais setores da instituição hospitalar, devem ser realizados visando minimizar a ocorrência de erros e eventos adversos, proporcionando maior segurança e qualidade na assistência à saúde, o que auxiliará no fortalecimento da cultura de segurança do paciente.

Destaca-se que o primeiro passo para a prevenção de erros na saúde é admitir que ele está presente no cuidado. Os profissionais necessitam compreendê-lo para poderem identificar estratégias de prevenção. Entende-se que o profissional da saúde precisa assumir uma atuação crítica, competente e reflexiva ao longo do desenvolvimento do seu processo de trabalho.

Assim, a cultura de segurança do paciente deve ser valorizada e estimulada nas instituições de saúde como um aspecto fundamental da qualidade do cuidado, por meio de adoção de práticas seguras. A enfermagem, por permanecer mais tempo junto ao paciente em uma assistência direta, acaba desempenhando um papel fundamental para a promoção de uma cultura de segurança. Contudo, é de extrema importância que sejam realizados estudos com demais profissionais de saúde, para que possam ser avaliados quais os aspectos que permeiam a cultura do seu ambiente de trabalho.

Como limitações dessa pesquisa, destaca-se que ela foi conduzida em duas instituições hospitalares do sul do Brasil, o que não permite uma generalização ampla de resultados, uma vez que, possivelmente não se assemelha aos inúmeros contextos de saúde existentes no Brasil.

REFERÊNCIAS

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY - AHRQ. **Hospital Survey on Patient Safety Culture**. AHRQ Publication: 2004.

ANVISA. Série: Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. **Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. Brasil, 2013a.

_____. Série: Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. **Investigação de eventos adversos em serviços de saúde**. Brasil, 2013b.

_____. Série: Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente e, Serviços de Saúde**. Brasil, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. O que é centro de terapia intensiva. Brasil, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/189_centro_terapia_intensiva.html> Acesso em 6 abr 2016.

_____. Ministério da Saúde. Resolução - **RDC Nº 07, de 24 de fevereiro de 2010**: Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Brasília: 2010. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html> Acesso em 6 abr 2016.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Unidades Básicas de Saúde por Município**. Rio Grande do Sul: 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 529, de 1º de abril de 2013** (BR). Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília: 2013a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html> Acesso em: 6 abr 2016.

_____. Ministério da Saúde. Resolução - **RDC Nº 36, de 25 de julho de 2013**: Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília: 2013b. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html> Acesso em 6 abr 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o programa nacional de segurança do paciente**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.

BECCARIA, L. M. et al. Eventos adversos na assistência de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 21, n. 3, p. 276-282. 2009.

- BOLELA, F.; JERICO, M. C. Unidades de terapia intensiva: considerações da literatura acerca das dificuldades e estratégias para sua humanização. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 10, n. 2, p. 301-8, 2006.
- CARVALHO, R. E.; CASSIANI, S. H. Cross-cultural adaptation of the Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 for Brazil. **Revista Latino America de Enfermagem.**, v. 20, n. 3, p. 575-82, 2012.
- CARVALHO, P. A. et al. Cultura de segurança no centro cirúrgico de um hospital público, na percepção dos profissionais de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 6, p. 1041-8, 2015.
- CLARO, C. M. et al. Adverse events at the Intensive Care Unit: nurses' perception about the culture of no-punishment. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n.1, p. 167-72, 2011.
- COLLA, J. B. et al. Measuring patient safety climate: a review of surveys. **Quality and Safety Health Care**, v. 14, p. 364. 366, 2005.
- CORREGGIO, T. C. D.; AMANTE, L. N.; BARBOSA, S. F. F. Avaliação da cultura de segurança do paciente em Centro Cirúrgico. **Revista SOBECC**, v. 19, n. 2, p. 67-73, 2014.
- CADASTRO NACIONAL DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES). **Relatórios**. Disponível em: <http://www.cnes.datasus.gov.br>. Acesso em: 04 de Maio de 2016.
- CERVO, A. S. **Eventos adversos em terapia nutricional enteral**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, 2013.
- CRUZ, J. D. A. et al. Prevenção de úlceras por pressão e segurança do paciente: percepções de enfermeiros em terapia intensiva. **Revista Contexto e Saúde**, v. 15, n. 28, p. 62-66, 2015.
- DESLAURIERS, J. P.; KÉRISIT, M. O delineamento de pesquisa qualitativa. In: POUPART, J. et al. **A pesquisa qualitativa E enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.
- DIAS, J. D. et al. Compreensão de enfermagem sobre segurança do paciente e erros de medicação. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 866-873, 2014.
- DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology & Laboratory Medicine Online**, v. 114, n. 11, p. 1115-1118, 1990.
- DUARTE, S. C. M. et al. O erro humano no cotidiano da assistência de enfermagem em terapia intensiva. **Revista Latino-America de Enfermagem**, v. 23, n. 6, p. 1074-81. 2015.

FARACO, M. M. **Eventos adversos associados a ventilação mecânica invasiva no paciente adulto em uma unidade de terapia intensiva.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) -Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

FASSARELLA, C. S. et al. Comunicação no contexto hospitalar como estratégia para a segurança do paciente : revisão integrativa. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, v. 10, p. 1-16, 2013.

FEKETE, M. C. A qualidade na prestação do cuidado em saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Organização do cuidado a partir do problema: uma alternativa metodológica para atuação da equipe de saúde da família.** Brasília: OPAS, p. 51-57, 2000.

FERMO, V. C. et al. Cultura de segurança do paciente em unidade de Transplante de Medula Óssea . **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 6, p. 1139-46, 2015.

FERNANDES, H. S. et al. Gestão em terapia intensiva: conceitos e inovações. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, v. 9, n. 2, p. 129-37. 2011.

FERNANDES, L. G. G. et al. Contribuição de James Reason para a segurança do paciente: reflexão para a prática de enfermagem. **Revista de Enfermagem UFPE online**, v. 8, p. 2507-2512, 2014.

FILHO, F. L. et al. Staff workload and adverse events during mechanical ventilation in neonatal intensive care units. **Jornal de Pediatria**, v. 87, n. 6, 2011.

FERREIRA, V. R. **Análise dos eventos adversos em uma unidade de terapia intensiva neonatal como ferramenta de gestão da qualidade da assistência de enfermagem.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

FRANCO, J. N. et al. Percepção da equipe de enfermagem sobre fatores causais de erros na administração de medicamentos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 6, p. 927-932, 2010.

FRANÇOLIN, L. et al. Gerenciamento da segurança do paciente sob a ótica dos enfermeiros. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 2, p. 277-283, 2015.

FUJITA, S. et al. The characteristics of patient safety culture in Japan, Taiwan and the United States. **BMC Health Services Research**, v. 13, n. 20, 2013.

FUJITA, S. Characteristics of unit-level patient safety culture in hospitals in Japan: a cross-sectional study. **BMC Health Services Research**, v. 14, 2014.

GAMA, Z. A. S; OLIVEIRA, A. C. S.; HERNANDEZ, P. J. S. Cultura de segurança do paciente e fatores associados em uma rede de hospitais públicos espanhóis. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 2, p.283-293, 2013.

GIMENES, F. R. E. et al. Segurança do paciente na terapêutica medicamentosa e a influência da prescrição médica nos erros de dose. **Revista Latino-America de Enfermagem**, v. 18, n. 6, 2010.

GONÇALVES, L. A. et al. Alocação da equipe de enfermagem e ocorrência de eventos adversos/incidentes em unidade de terapia intensiva. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, p. 71-7, 2012.

HEMESATH, M. P. et al. Estratégias educativas para melhorar a adesão à identificação do paciente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. 4, p. 43-48, 2015.

HOFFMEISTER, L. V.; MOURA, G. M. S. S. Uso de pulseiras de identificação em pacientes internados em um hospital universitário. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, n. 1, p. 36-43, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Rio Grande do Sul: dados gerais dos municípios**. Brasil: 2015.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). **Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century**. Washington DC: National Academy of Sciences, 2001.

KAWAMOTO, A. M. et al. Liderança e cultura do paciente: percepções de profissionais em um hospital universitário. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 8, n. 2, p. 4387-4398, 2016.

KONH, L. T., CORRIGAN, J. M., DONALDSON, M. S. **To err is human: building a safer health care system**. Washington (DC): Institute of Medicine; 2000. Disponível em: http://books.nap.edu/html/to_err_is_human/exec_summ.html. Acesso em: 6 abr 2016

LANZILLOTTI, L. S. et al. Eventos adversos e outros incidentes na unidade de terapia intensiva neonatal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 937-946, 2015.

LEE, W. C. et al. Hospital safety culture in Taiwan: a nationwide survey using Chinese version safety attitude questionnaire. **BMC Health Serv Res**, v.10, 2010.

LIMA, F. F. S. et al. Implicações da segurança do paciente na prática do cuidado de enfermagem. **Enfermería Global**, n. 35, 2014.

LIMA, C. S. P., BARBOSA, S. S. P. Ocorrência de eventos adversos como indicadores de qualidade assistencial em unidade de terapia intensiva. **Revista de enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 222-8, 2015.

LIPSHUTZ, A. K. M. et al. An analysis of near misses identified by anesthesia providers in the intensive care unit. **Anesthesiology**, v. 93, n. 15, 2015.

MARTINS, M. Qualidade do cuidado em saúde. In: SOUSA, P.; MENDES, W. **Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. Rio de Janeiro: 2014.

MATOS, L. S.; DUARTE, N. L. V.; MINETTO, R. C. Incidência e prevalência de úlcera por pressão no CTI de um Hospital Público do DF. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p.719-26, 2010.

MINUZZ, A. P.; SALUM, N. P.; LOCKS, M. O. H. Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva na perspectiva da equipe de saúde. **Revista Texto & Contexto de Enfermagem**, v. 25, n. 2, 2016.

MCLNNES, E. et al. A qualitative study of senior hospital managers' views on current and innovative strategies to improve hand hygiene. **BMC Infectious Diseases**, v. 10, 2014.

MELLO, J. F., BARBOSA, S. F. F. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 4, p.1124-33, 2013.

MORAES, R. Uma tempestade de luz: a compreensão possibilitada pela análise textual discursiva. **Ciência e educação**, v. 9, n. 2, p. 191-211, 2003.

MORAES, R.; GALIAZZI, M. C. **Análise Textual Discursiva**. 2. ed. rev. Ijuí: Ed. Unijuí, 2013.

NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY. **Seven steps to patient safety for primary care - The full reference guide** [internet]. London: 2006 Disponível em: www.nrls.npsa.nhs.uk/EasySiteWeb/getresource.axd?AssetID=60044& Acesso em: 10 maio 2016.

NIE, Y. et al. Hospital survey on patient safety culture in China. **BMC Health Services Research**, v. 13, 2013

OLIVEIRA, A. C.; PAULA, A. O. Infecções relacionadas ao cuidar em saúde no contexto da segurança do paciente: passado, presente e futuro. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 216-220, 2013.

OLIVEIRA, E. M., SPIRI, W. C. O significado do processo de trabalho cuidar para o enfermeiro da UTI. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 10, n. 3, p. 482-489, 2011.

OLIVEIRA, R. M. et al. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 18, n.1, 2014.

PAESE, F.; SASSO, G. T. M. D. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 22, n.2, p. 302-10, 2013.

PAGNAMENTA, A. et al. Adverse event reporting in adult intensive care units and the impact of a multifaceted intervention on drug-related adverse events. **Annals of Intensive Care**, v. 47, n. 2, 2012.

PEDREIRA, L. C.; BRANDÃO, A. S.; REIS, A. M. Evento adverso no idoso em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 3, p. 429-436, 2013.

PEÑALVER-MOMPEÁN, M. D. et al. Avaliação da normatização da preparação pré-cirúrgica em uma rede regional de hospitais. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 2, 2012.

PIRES, M. P. O.; PEDREIRA, M. L. G.; PETERLINI, M. A. S. Cirurgia segura em pediatria: aplicação na prática do Checklist Pediátrico para Cirurgia Segura. **Revista Latino-America de Enfermagem**, v. 23, n. 6, 2015.

REASON, J. Achieving a safe culture: theory and practice. **Work & Stress**, v. 12, n. 3, p. 293-306, 1998.

_____. Human error: models and management. **BMJ Quality & Safety**, v. 320, p. 768-770, 2000.

_____. Beyond the organisational accident: the need for "error wisdom" on the frontline. **BMJ Quality & Safety**, v. 13, 2004.

REIS, C. T.; LAGUARDIA, J.; MARTINS, M. Adaptação transcultural da versão brasileira do *Hospital Survey on Patient Safety Culture*: etapa inicial. **Caderno de Saúde Pública**, v. 28, n. 11, p.2199-2210, 2012.

RÉA-NETO, A. et al. **Guia da UTI segura**. São Paulo: Associação de Medicina Intensiva Brasileira; 2010.

REIS, C. T.; MARTINS, M.; LAGUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado em saúde - um olhar sobre a literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 7, p. 2029-2036, 2013.

RIGOBELLO, M. C. G. et al. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 5, p. 728-35, 2012.

ROCHA, J. P. et al. Eventos adversos identificados nos relatórios de enfermagem em uma clínica pediátrica. **Ciencia y Enfermeria**, v. 10, n. 2, p. 53-63, 2014.

RODRIGUES, M. C. S.; OLIVEIRA, L. C. Erros na administração de antibióticos em unidade de terapia intensiva de hospital de ensino. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 511-9, 2010.

SAMMER, C. E. et al. What is Patient Safety Culture? A review of the literature. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 42, n. 2, p. 156-165, 2010.

SANTIAGO, T. H. R.; TURRINI, R. N. T. Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva. **Rev Esc Enferm USP**, v. 49, p. 123-130, 2015.

SEXTON, J. B. et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. **BMC Health Services Research**, v. 6, n. 44, 2006. Disponível em <<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/6/44>> Acesso em: 16 maio de 2016

SILVA, G. D. et al. Erros de medicação em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. **Enfermeria Global**, n. 33, p. 386-399, 2014a.

SILVA, L. A. et al. Notificação de eventos adversos: caracterização de eventos ocorridos em uma instituição hospitalar. **Revista de Enfermagem da UFPE**, v. 8, n.9, p. 3015-23, 2014b.

SINGER, S. et al. Patient Safety Climate in Healthcare Organizations (PSCHO). **Measurement Instrument Database for the Social Science**: 2012. Disponível em: <www.midss.ie> Acesso em: 10 jun 2016.

TASE, T. H. et al. Identificação do paciente nas organizações de saúde: uma reflexão emergente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v. 34, n. 2, p. 196-200, 2013.

TOFFOLETTO, M. C.; PADILHA, K. G. Conseqüências de medicação em unidades de terapia intensiva e semi-intensiva. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v. 40, n. 2, p. 247-52. 2006.

TOFFOLETTO, M. C. **Fatores associados aos eventos adversos em unidade de terapia intensiva**. Tese (Doutorado em Enfermagem) . Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

TOMAZONI, A. et al. Cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva neonatal: perspectivas da equipe de enfermagem e médica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 5, p. 755-63, 2014.

TRINTADE, L., LAGE, M. J. A perspectiva histórica e principais desenvolvimentos da segurança do paciente. In: SOUSA, S., MENDES, W. **Segurança do Paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. Rio de Janeiro: 2014.

URBANETTO, J. S.; GERHARDT, L. M. Segurança do paciente na tríade assistência, ensino e pesquisa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, n. 3, p. 8-9, 2013.

VARALLO, F. R. et al. Causes for the underreporting of adverse drug events by health professionals: a systematic review. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 4, p. 739-747, 2014.

VINCENT, C. **Segurança do paciente: orientações para evitar eventos adversos**. São Caetano do Sul (SP): Yendis Editora, 2009.

VENTURA, C. M. U.; ALVES, J. G. B.; MENESES, J. A. Eventos adversos em unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 1, p.49-55. 2012.

WACHTER, R. M. **Compreendendo a segurança do paciente**. 2ª ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Alliance for Patient Safety: forward programme**. Geneva (Switzerland): World Health Organization, 2005.

_____. **Patient Safety: global priorities for research in patient safety**. Geneva: World Health Organization; 2008.

_____. **Conceptual framework for the international Classification for Patient Safety** [internet]. WHO: 2009. Disponível em http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps_technical_report_en.pdf Acesso em: 15 abr 2016.

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

() UTI Geral ACSCRG () UTI Geral FURG/EBSERH

() Médico () Enfermeiro () Técnico ou auxiliar de enfermagem

Titulação máxima: () Ensino Técnico () Graduação ()

Especialização/Residência () Mestrado () Doutorado

Idade: _____ Sexo: () Feminino () Masculino

Turno de Trabalho: () M () T () N

Tempo de atuação profissional: _____

Trabalha em outra instituição de saúde? () Não () Sim, qual a carga de trabalho semanal? _____

Ocorrem reuniões na sua unidade de trabalho? () Não () Sim

Ocorrem ações de educação permanente em sua unidade? () Não () Sim

Na sua unidade, você tem apoio e uma comunicação aberta com os demais colegas de trabalho? () Não () Sim

QUESTÕES ABERTAS

1. Qual o seu entendimento a respeito da segurança do paciente?
2. Quais ações são realizadas na unidade com a finalidade de garantir a segurança do paciente?
3. A gestão/chefia da unidade permite que você expresse sua opinião em relação aos cuidados com a segurança do paciente?
4. Você tem conhecimento e/ou utiliza protocolos de segurança do paciente em sua unidade de trabalho?
5. Você considera que o funcionamento dos serviços de apoio (farmácia, controle de infecção, e etc) influencia na segurança do paciente? Cite um exemplo.
6. Em relação aos erros e eventos adversos, como você percebe a ocorrência destes em sua unidade de trabalho?
7. Quais os erros/eventos adversos que você acredita que ocorrem com maior frequência em sua unidade de trabalho?
8. Como você se sente ao cometer ou presenciar um erro/evento adverso em sua unidade de trabalho?
9. Como você procede na ocorrência de um erro/evento adverso em sua unidade de trabalho?

10. De forma geral, como os erros/eventos adversos são tratados na sua unidade de trabalho?
11. De forma geral, como os erros/eventos adversos são tratados pela gestão da sua instituição de saúde?
12. Você se sente livre para falar ao identificar algo que possa atingir o paciente negativamente?
13. Você sente que ocorre um aprendizado coletivo diante da ocorrência de um evento adverso?
14. A partir da ocorrência de algum erro/evento adverso, são discutidas estratégias para prevenir que os erros aconteçam novamente?
15. Você considera que a ocorrência de erros pode levar a uma mudança positiva na assistência? Poderia exemplificar
16. Você já sofreu ou presenciou algum tipo de punição diante da ocorrência de um evento adverso?
17. Os erros/eventos adversos que ocorrem em sua unidade de trabalho são notificados? Como?
18. Na sua formação profissional, como foi trabalhada a questão do erro/evento adverso na assistência à saúde?
19. Na sua instituição, que estratégias são utilizadas para promover a segurança do paciente?
20. Que estratégias você considera necessárias a fim de promover cultura de segurança do paciente na sua unidade de trabalho?

APÊNDICE B

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG ESCOLA DE ENFERMAGEM - EENF PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)⁵

Eu _____ informo que fui esclarecido de forma detalhada a respeito da natureza do projeto de pesquisa, livre de qualquer forma de constrangimento ou coerção e aceito participar voluntariamente da pesquisa intitulada **Í Cultura de segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva**, de autoria da mestrandia Catharine Silva de Souza, do curso de pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), sob orientação da Prof^a Dr^a Jamila Geri Tomaschewski Barlem.

PROCEDIMENTOS: Fui informado (a) de que o objetivo geral do estudo será conhecer a cultura de segurança presente em unidades de terapia intensiva. A metodologia empregada prevê a realização de entrevistas semiestruturadas, individuais e gravadas, para coleta de dados. A participação é livre e voluntária, podendo você participante, desistir a qualquer momento, retirando este consentimento sem penalização alguma.

DESPESAS: Eu não terei que pagar para participar do estudo, ou seja, não haverá custos e não haverá nenhuma forma de compensação financeira.

CONFIDENCIALIDADE: Estou ciente que a minha identidade permanecerá confidencial durante todas as etapas do estudo. A identidade do mesmo permanecerá em sigilo absoluto durante todo o processo de coleta de dados e posteriormente publicação dos resultados.

ESCLARECIMENTO: Os benefícios da pesquisa estão relacionados ao reconhecimento da cultura de segurança do paciente presente em unidades de terapia intensiva, além da identificação de estratégias que contribuam para promoção e fortalecimento da cultura de segurança.

Declaro que fui igualmente esclarecido da garantia de requerer esclarecimentos, antes e durante o desenvolvimento deste estudo; da garantia de que não haverá riscos físicos e, que no caso de ocorrer constrangimentos decorrentes de algum questionamento, poderá ser solicitado o acompanhamento do serviço de psicologia. Caso existam dúvidas quanto a sua participação ou sobre a ética da pesquisa, por favor, contatar o pesquisador (a) responsável Jamila G. T. Barlem pelo telefone 53 33374614.

Assinatura do participante: _____

Data: ____/____/____.

Jamila Geri Tomaschewski Barlem

Pesquisadora Responsável

⁵ O presente TCLE terá duas vias, uma ficará com a pesquisadora e a outra com o participante da pesquisa.

APÊNDICE C**FURG/EBSERH
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA****Declaração**

Declaramos para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como responsável pelo desenvolvimento de pesquisas na Instituição tomamos conhecimento do projeto de pesquisa: **%CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVAÎ, coordenado pela Profª Drª Jamila Geri Tomaszewski-Barlem** e cumprimos os termos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Declaramos, também, que esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto e autorizamos a sua execução nos termos propostos, desde de que aprovado pelo CEPs desta instituição.

Rio Grande, 13 de outubro de 2016

Prof. Dr. Luciano Zogbi
Chefe do Setor de Pesquisa

Profª Drª Susi Lauz
Gerente de Ensino e Pesquisa

APÊNDICE D



ASSOCIAÇÃO DE CARIDADE SANTA CASA DO RIO GRANDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER

Protocolo: N° 003/2017

Título do Projeto: “Cultura de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva”.

Objetivo Geral:

- Conhecer os aspectos da cultura de segurança presentes em unidades de terapia intensiva.

Objetivos Específicos:

- Identificar estratégias que contribuam para promoção e fortalecimento da cultura de segurança em unidades de terapia intensiva.

Pesquisador (a) responsável: Catharine Silva de Souza

Parecer CEPAS: O CEPAS / A.C. Santa Casa do Rio Grande **APROVA** o desenvolvimento do projeto acima citado, ressalva que os dados contidos neste estudo somente serão utilizados nesta pesquisa; e que é necessário apresentar um **relatório** ao final do estudo para este CEPAS.

Rio Grande, 27 de abril de 2017.

Prof.ª Dr.ª Priscila Aikawa
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da ACSCRG

ANEXO I



CEPAS/FURG
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE
 Universidade Federal do Rio Grande - FURG
www.cepas.furg.br

PARECER Nº 126/2016

CEPAS 51/2016

Processo: 23116.005892/2016-17
 CAAE: 58333416.5.0000.5324

Título da Pesquisa: CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

Pesquisador Responsável: Jamila Geri Tomaschewski Barlem

PARECER DO CEPAS:

O Comitê, considerando tratar-se de um trabalho relevante, o que justifica seu desenvolvimento, bem como o atendimento à pendência informada no parecer 100/2016, emitiu o parecer de **APROVADO** para o projeto "**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA**".

Está em vigor, desde 15 de novembro de 2010, a Deliberação da CONEP que compromete o pesquisador responsável, após a aprovação do projeto, a obter a autorização da instituição coparticipante e anexá-la ao protocolo do projeto no CEPAS. Pelo exposto, o pesquisador responsável deverá verificar se seu projeto está obedecendo a referida deliberação da CONEP.

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório **final** de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página

Data de envio do **relatório final**: 31/12/2016.

Rio Grande, RS, 05 de outubro de 2016.

Profª. Eli Sinnott Silva

Coordenadora do CEPAS/FURG