

**A SEGURANÇA DO PACIENTE SOB A ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DE  
ENFERMAGEM: A PERCEÇÃO DE INTENSIVISTAS**

**PATIENT SAFETY FROM THE PERSPECTIVE OF NURSING PROFESSIONALS: THE  
PERCEPTION OF INTENSIVE CARE**

**LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DESDE LA PERSPECTIVA DE OS PROFESIONALES  
DE ENFERMERÍA: LA PERCEPCIÓN DE CUIDADOS INTENSIVOS**

 10.56238/revgeov17n2-140

**Lorena Machado de Araújo**

Doutoranda em Saúde Coletiva

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

E-mail: [lorena\\_araujo@hotmail.com](mailto:lorena_araujo@hotmail.com)

Orcid: <https://orcid.org/0009-0002-1542-1951>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1631865533734713>

**Pedro Ivo Torquato Ludugério**

Mestrando em Saúde Coletiva

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

E-mail: [pedro.torquato.076@ufrn.edu.br](mailto:pedro.torquato.076@ufrn.edu.br)

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6452-3615>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9987430700654815>

**Grasiela Piuvezam**

Doutora em Ciências da Saúde

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

E-mail: [grasiela.piuvezam@ufrn.br](mailto:grasiela.piuvezam@ufrn.br)

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2343-7251>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0391780760729166>

---

**RESUMO**

Segundo a Organização Mundial de Saúde, 1/10 pacientes sofrem danos/lesão decorrente de cuidados, refletindo no aumento dos custos/morbimortalidade. Esta pesquisa objetivou compreender o significado da segurança do paciente para os profissionais de enfermagem. Estudo descritivo/exploratório/qualitativo, com abordagem Etnometodológica, realizada em agosto-setembro/2015, na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital universitário, em Natal/RN. Foram realizadas entrevistas individuais semiestruturadas com dez profissionais. Evidenciou-se que segurança está relacionada com a recuperação do paciente, o seu bem estar, a responsabilidade do profissional e a qualidade da assistência. Os danos mais citados foram: administração de medicamentos, procedimentos e a ocorrência de úlceras/quedas. Os fatores que dificultam o cuidado seguro incluem a falta de colaboração/comunicação da equipe; insumos; grande número de profissionais/alunos inexperientes e estrutura física inadequada.



**Palavras-chave:** Segurança do Paciente. Eventos Adversos. Terapia Intensiva. Equipe de Enfermagem.

#### **ABSTRACT**

According to the World Health Organization, 1/10 patients suffer damage / injury arising from care, reflecting the increased costs / mortality. This research aimed to understand the meaning of patient safety for nursing professionals. descriptive study / exploratory / qualitative approach with ethnomethodological held in August-September / 2015 in the Intensive Care Unit of a university hospital in Natal / RN. Individual semi-structured interviews with ten professionals were held. it became clear that security is related to the patient's recovery, their well being, professional responsibility and the quality of care. The most cited damage were: medication administration, procedures and the occurrence of ulcers / falls. Factors that hinder safe care include lack of cooperation / team communication; inputs; large number of professionals / students inexperienced and inadequate physical structure.

**Keywords:** Patient Safety. Adverse Events. Intensive Therapy. Nursing Staff.

#### **RESUMEN**

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, 1/10 pacientes sufren daños/lesiones derivadas de la atención, lo que refleja el aumento de los costos/mortalidad. Esta investigación tuvo como objetivo comprender el significado de la seguridad del paciente a los profesionales de enfermería. estudio enfoque descriptivo/exploratorio/cualitativa con etnometodológica celebrada en agosto y septiembre/2015, en la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital universitario en Natal/RN. Se llevaron a cabo entrevistas individuales semiestructuradas con diez profesionales. se hizo evidente que la seguridad está relacionada con la recuperación del paciente, su bienestar, responsabilidad profesional y la calidad de la atención. El daño más citados fueron: administración de medicamentos, procedimientos y la aparición de úlceras / cae. Los factores que dificultan la atención segura incluyen la falta de comunicación de la cooperación/equipo; insumos; gran número de profesionales/estudiantes estructura física sin experiencia e inadecuada.

**Palabras clave:** Seguridad del Paciente. Eventos Adversos. La Terapia Intensiva. El Personal de Enfermería.



## 1 INTRODUÇÃO

A segurança do paciente tem recebido, nas últimas décadas, crescente atenção, constituindo um grave problema de saúde pública. Diante da preocupação com o alarmante índice de erros relacionados à prestação de cuidados, com a qualidade de assistência, bem como o aumento de custos, as organizações de saúde vêm se articulando em prol da redução de incidentes e Eventos Adversos (EA) relacionados à assistência (Lima, 2014).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define incidente como evento ou circunstância decorrente do cuidado, que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente. Já os EA como ocorrências não intencionais, ou seja, incidentes que resultam em danos não relacionados à evolução natural da doença do paciente, sendo esses eventos derivados de ações realizadas durante a prestação de cuidados de saúde (Brasil, 2014).

Segundo a OMS, pelo menos 5% dos pacientes admitidos em hospitais contraem alguma infecção e que um em cada dez daqueles que recebem cuidados assistenciais sofrem danos ou lesões decorrentes dos mesmos (Reis, 2013; Who, 2008a). Em todos os pacientes hospitalizados os erros ocorrem entre 4% a 16%, estreitando a relação entre o processo de cuidado e a ocorrência de erros (Mendes et al, 2009). No que tange a magnitude financeira, em um estudo realizado em hospitais no Brasil, Porto identificou que o valor gasto com as internações hospitalares é 200,5% maior na ocorrência de eventos e o tempo de internação em média, 28,3 dias a mais do que nas internações sem eventos (Porto et al, 2010).

Uma das motivações a desenvolver essa pesquisa foi observar, na prática assistencial, o fato de eventos, muitas vezes evitáveis, resultar em tantas consequências negativas para o paciente, a instituição e a sociedade. Compreender o significado que os profissionais atribuem à cultura de segurança do paciente é uma forma de auxiliar a gestão a direcionar estratégias em segurança do paciente com as quais se possa melhorar a oferta de serviços com padrões de qualidade para o paciente hospitalizado.

Diante disso, podemos indagar: Qual o significado da segurança do paciente para os enfermeiros e os técnicos de Enfermagem e que comportamentos no processo de cuidado hospitalar podem colocá-lo em risco?

O objetivo dessa pesquisa foi compreender o significado da segurança do paciente para os enfermeiros e técnicos de enfermagem, conhecer os fatores que colocam em risco a segurança no processo de cuidar e identificar as dificuldades envolvidas no cotidiano de trabalho voltada às ações de segurança do paciente.



## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

Compreendendo a segurança do paciente como dimensão fundamental da qualidade em saúde, a OMS lançou, em 2004, uma aliança mundial para a segurança do paciente e recomendou aos países mais atenção ao tema segurança do paciente. Isso significou um importante passo para fortalecer a cultura de segurança nas organizações e fomentar medidas de prevenção efetivas (Who, 2008b).

Essa aliança tem o objetivo de despertar a consciência e o comprometimento para melhorar a segurança na assistência, além de apoiar os países no desenvolvimento de políticas públicas e práticas para a segurança do paciente em todo o mundo. Desde então, os países da América Latina e outros países vêm se articulando para cumprir as ações previstas que concorram para garantir a segurança dos pacientes com base nas metas internacionais elaboradas pela Joint Commission International. No Brasil, em 2013, foi criada a Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente, em parceria com a OMS, baseada nessas metas internacionais (Brasil, 2014).

Segundo a OMS, os incidentes e os eventos adversos têm causa multifatorial e são uma consequência do encadeamento de fatores sistêmicos. Alguns elementos estão relacionados ao profissional (como personalidade, estado de saúde, formação profissional e número de empregos), ao paciente (comorbidades e as limitações físicas e mentais) ou infraestrutura organizacional (turno, dinâmica de trabalho e cultura organizacional de segurança) (Pelliciotti, 2010; who, 2009a).

Embora, muitas vezes, a ocorrência do erro seja atribuída à incompetência profissional, aspectos da cultura organizacional têm uma profunda influência na segurança do paciente. Os profissionais da área de Saúde estão mais suscetíveis a cometer algum erro, principalmente quando os processos organizacionais e técnicos são complexos e mal planejados (Janeide, 2013).

Nas organizações de saúde, a cultura de segurança enfrenta, pelo menos, dois obstáculos para se fortalecer: a crença de que os profissionais não erram, portanto não planejam ações voltadas para a prevenção, e a tendência à punição diante de um erro, pois o erro, muitas vezes, é interpretado como incompetência profissional. Entretanto, errar é uma condição humana e deve ser compreendida como uma consequência da deficiência do sistema organizacional. Lima (2014) entende que deve haver empenho institucional, a fim de superar a cultura tradicional de culpa e castigo e defender uma cultura proativa de aprendizado a partir dos erros, ou seja, o erro deve ser visto como o ponto de partida para identificar e planejar ações que garantam a prestação de cuidados de saúde seguros (Who, 2009a; Reis, 2013).

Diante disso, cresce o reconhecimento de profissionais e gestores da saúde sobre a importância da segurança do paciente e a necessidade de melhorar os sistemas de prestação de cuidados de saúde que envolvam os profissionais de saúde e a organização como um todo. Assim, é necessário estimular o desenvolvimento de intervenções que resultem em produtos capazes de buscar, de modo articulado,



ações que transformem o sistema de saúde e que tenham a segurança dos pacientes como meta (Reis, 2013).

A Enfermagem é a categoria de maior força de trabalho em saúde e está constante e ininterruptamente presente na assistência ao paciente, sendo essencial para o reconhecimento desses riscos. Da mesma forma, ela a primeira a ser atingida pelas medidas de segurança do paciente (Janeide, 2013).

Entretanto, os mesmos profissionais que atuam diariamente na prevenção de riscos e danos aos pacientes estão presos a esses riscos devido à própria estrutura organizacional do trabalho. Nas organizações de saúde, existem várias situações que favorecem o desencadeamento de erros nos ambientes de trabalho da Enfermagem, como horas de trabalho prolongadas e fadiga, locais de trabalho e processos de atendimento mal projetados, falta de sistemas de apoio à tomada de decisão e de comunicação ineficaz entre os membros da equipe. Assim, mudanças nesses ambientes são necessárias para reduzir os erros e melhorar a segurança do paciente (Mello, 2013).

Uma série de pesquisas demonstrou que a sobrecarga de trabalho está associada a problemas de segurança do paciente. A carga horária excessiva, comprovadamente, afeta, de maneira adversa, o bem-estar, a saúde e o desempenho desses profissionais (Rigobello et al, 2012). Por outro lado, a redução das horas de trabalho conduz à diminuição de três a quatro vezes as taxas de erros (Landrigan, 2011).

Outro aspecto relevante são as condições de trabalho, entre elas, a adequação do número de profissionais de Enfermagem. Observa-se, na prática clínica, que não só o quantitativo da equipe de enfermagem pode favorecer a ocorrência de eventos adversos como também sua alocação, ou seja, a distribuição inadequada por número de pacientes. Algumas pesquisas revelaram que um aumento de 0,1% na razão paciente/enfermeiro levou a um acréscimo de 28,0% na taxa de eventos adversos (Gonçalves et al, 2012).

Evidências apontam que, embora os avanços científicos na área da saúde promovam o tratamento de diversas patologias, o paciente está sujeito a riscos em diferentes ambientes onde essa assistência é oferecida (Mello, 2013). A UTI, devido às suas características, é considerada um cenário assistencial de alto risco. Essa unidade tem como peculiaridade um cuidado intensivo, prestado de forma ininterrupta e rápida, que envolve procedimentos complexos e produz um grande volume de informações (Zambon, 2014).

Na UTI, os cuidados são realizados por um grande e variado número de profissionais que, por causa da gravidade dos pacientes, trabalham sob forte stress, por lidarem diretamente com situações de vida e de morte em que as decisões devem ser tomadas em tempo hábil. Todos esses fatores provocam tensão e fadiga nesses profissionais e aumentam a probabilidade de erros (Mello, 2013). Portanto, nas UTIs, pacientes que requerem cuidados intensivos são considerados de risco para eventos



adversos, tendo em vista as constantes alterações hemodinâmicas e o iminente risco de morte (Gonçalves et al, 2012).

### 3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de natureza descritivo/exploratório/qualitativo com abordagem Etnometodológica. A associação da Etnometodologia com o estudo dos seres humanos na enfermagem fornece subsídios para a ampliação do conhecimento da prática profissional, na medida em que torna capaz de compreender melhor as ações do ser humano associadas ao contexto (Garfinkel, 1996).

A pesquisa foi realizada em um hospital universitário, em Natal/RN, na UTI, no período de agosto/setembro de 2015, pela própria pesquisadora, após a autorização da instituição, bem como a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes da UFRN com CAAE de número 44485715.2.0000.5292 e parecer favorável de número 1.085.951.

A amostra foi do tipo intencional e composta por cinco enfermeiros e cinco técnicos de enfermagem, segundo os seguintes critérios: profissionais da enfermagem efetivos que trabalham no setor de UTI do hospital há pelo menos dois anos e excluídos aqueles que estiveram afastados do trabalho por alguma razão (férias, licença saúde, licença maternidade) no período da coleta de dados. Os profissionais participaram voluntariamente da pesquisa, mediante o esclarecimento detalhado dos propósitos do trabalho, não havendo desistências ou recusa dos mesmos.

A coleta de dados foi agendada previamente com os participantes e realizada a partir de uma entrevista individual semiestruturada composta por quatro questões discursivas, em um local reservado no próprio ambiente de trabalho. As entrevistas foram gravadas, tendo uma duração de em média 30 minutos e posteriormente transcritas, sendo as observações complementadas pelas anotações de campo.

As perguntas foram: O que você entende por segurança do paciente e qual o significado dessa palavra? Como se dá a segurança do paciente no processo de cuidado? Quais as dificuldades encontradas no cotidiano de trabalho voltadas para implementar ações de segurança ao paciente? Diante disso, o que você recomendaria para melhorar a segurança do paciente no dia-a-dia de trabalho?

Para análise dos dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, na modalidade de análise temática, dividida em: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados. Após a leitura flutuante do material empírico se deu a constituição do corpus a partir de seus critérios de validação, exaustividade, representatividade e pertinência (Bardin, 1977). Para identificação dos participantes, utilizou-se “(E)”, seguida da numeração, de acordo com a ordem das entrevistas.

As categorias de análise foram definidas anteriormente e complementadas após a análise dos dados, a saber: significado da segurança do paciente e o cuidado humanizado; cotidiano das práticas



de enfermagem e as metas mundiais para a segurança do paciente e as fragilidades para o desenvolvimento da segurança do paciente, sendo os resultados apresentados nestas categorias.

Ciente das questões éticas inerentes à pesquisa com seres humanos, esta pesquisa seguiu todas as orientações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/ MS.

Este estudo centralizou a pesquisa na categoria de enfermagem, incluindo nível médio e superior em UTI. Nessa perspectiva, outras categorias da área da saúde que também fazem parte da equipe multidisciplinar não foram incluídas na pesquisa.

## **4 RESULTADO E DISCUSSÃO**

### **4.1 SIGNIFICADO DA SEGURANÇA DO PACIENTE E O CUIDADO HUMANIZADO**

De acordo com a OMS, a definição de segurança do paciente, adotada pela Portaria MS/GM nº 529/2013, refere à “redução a um mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde” (Brasil, 2014).

O cuidado está associado a uma forma de melhorar o estado de saúde, sendo a segurança, muitas vezes, relacionada a algo que proteja o paciente de agravos durante a realização desses cuidados. O profissional enfatiza o cuidado prestado pela equipe multiprofissional, ou seja, ele inclui o risco de dano não apenas à enfermagem, mas a todos os outros profissionais que prestam assistência ao paciente.

Eu entendo por segurança do paciente ele receber um cuidado pela equipe multiprofissional de forma que não ocorra danos [...] A primeira coisa que vêm na minha cabeça é proteção, segurança vêm de assegurar. E quando a gente também pensa em segurança pensa em qualidade (E3).

Os profissionais relacionam como dano a ocorrência de quedas, a administração de medicamentos e a realização de procedimentos de forma equivocada, sendo a prevenção delas condizente com as metas mundiais de segurança do paciente.

Em segurança penso em evitar danos ao paciente. Por que eles já vêm pra cá debilitados, doentes, com patologias e adquire, às vezes, outras. Por exemplo, evitar quedas, evitar que ele caia do leito, evitar que uma medicação seja administrada errada, que um curativo seja feito da maneira errada (E6).

O enfermeiro associa a segurança do paciente às habilidades e aptidões dos profissionais e a responsabilidade como algo essencial para evitar erros na assistência. Isso envolve o conhecimento para realizar condutas baseado em protocolos e o compromisso com o cuidado seguro. Sobre este aspecto, pesquisas têm reforçado a ideia de que os enfermeiros são os principais responsáveis pela inclusão de práticas seguras nos serviços de saúde, o que está associado à busca pela eficiência da



assistência baseado em evidências, objetivando alcançar os melhores resultados possíveis (Kohn, 2000).

Segurança do paciente entendo que sejam ações desenvolvidas no cuidado ao paciente feito com responsabilidade e com cuidado especializado, seguindo os protocolos e não feito de forma inadequada, usando gambiarras e de forma insegura. Isso significa trabalhar com conhecimento, perícia e, principalmente, comprometimento [...] de forma que não ponha em risco a vida do paciente (E8).

Por outro lado, o conceito de segurança também foi entendido como a segurança no ambiente de trabalho, focada no trabalhador, na qual atrelaram esse termo ao uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), como capotes e luvas. Ao contrário do que mostra o conceito da segurança do paciente, cujo foco está no paciente, evidenciando uma concepção restrita e equivocada sobre segurança do paciente.

Protegê-los através de luvas, capotes, EPIs... no caso, tudo que nós usamos para que ele seja protegido de alguma doença transmissível. Se não é efetiva é por que está faltando algum desses materiais para a gente (E5).

Outra dimensão destacada foi em relação à Humanização, na qual pode ser traduzidas como um conjunto de iniciativas que buscam conciliar a melhor tecnologia disponível com promoção de acolhimento, respeito ético e cultural do paciente (Who, 2008b). O cuidado não deve ser considerado apenas um procedimento, mas um processo dotado de intersubjetividade (Who, 2009a). Nesse contexto, transparece a preocupação com os sentimentos do paciente, encarando o cuidado não apenas técnico, mas também dotado de zelo e respeito, reconhecendo-os como humanos, e não como aparelhos.

E tudo que for fazer com ele explicar antes por que ele não é uma máquina. Ele é um ser humano que merece todo o respeito possível da parte do profissional (E4).

## 4.2 COTIDIANO DAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM E AS METAS MUNDIAIS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE

Uma das metas mundiais para a segurança diz respeito à identificação do paciente, considerada fundamental para o cuidado seguro. Essa medida consiste na utilização de pulseiras em todos os pacientes, visando garantir que o tratamento e/ou procedimento seja prestado ao paciente certo, por meio da checagem obrigatória das informações previamente antes de qualquer cuidado (Roberta et al, 2014). As pulseiras estão anexadas junto ao paciente, e, caso mude de leito, essa identificação permanecerá com ele, evitando que algum profissional, por engano, realize algum procedimento com o paciente errado, como a coleta de sangue, por exemplo.



Tem umas pulseirinhas. Na UTI os nomes dos pacientes ficam na cabeceira da cama [...] Às vezes, a gente troca o paciente de leito por que isolou uma bactéria. Quando o laboratório vai colher sangue, ele não presta atenção, não é mais aquele paciente, já é outro (E10).

O controle de infecção também é outra meta importante voltada para a segurança do paciente, ela constitui uma das principais causas de morte e morbidade em todas as idades, sendo a correta higienização das mãos o ponto-chave para prevenção dessas infecções em todo o mundo. As Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) podem aumentar a resistência aos antibióticos, prolongar a hospitalização e elevar os custos para o sistema de saúde (Santos, 2014).

Entretanto, nas entrevistas não foram citadas referência à higienização das mãos em relação à prevenção do risco de IRAS. Isso nos remete a pensar que, apesar de bastante enfatizada pela literatura e nas instituições hospitalares, esta prática ainda não está totalmente incorporada à rotina de trabalhos desses profissionais.

Uma medicação administrada sem fazer a antissépsia do transfusão faz aquela agulha entrar ali e levar a bactéria para o meio interno [...] Manipulação de sondas vesical, enteral, cateter central, cateter de hemodiálise e curativos devem ser feitas com técnicas estéreis para não haver contaminação (E6).

Outro aspecto abordado nas entrevistas foi relacionado a importância da administração correta das medicações. A meta da correta prescrição, dispensação, uso e administração de medicamentos objetiva a promoção de práticas seguras para o preparo e a administração de medicamentos, principalmente aqueles de alto risco e que apresentam nomes e embalagens semelhantes, além de sangue e hemoderivados (Júlio, 2012). Percebe-se que os profissionais, na rotina de trabalho, envolvem ações preventivas desde o recebimento das medicações pelo setor até a identificação dos frascos já prontos para a administração.

A questão da conferência das prescrições, dos horários, da dose, você checar quando recebe a dose de 24h da farmácia, se está tudo correto, tudo adequado, é também uma medida de segurança (E9).

Os profissionais destacam a prática dos certos na administração de medicamentos, que incluem a checagem do paciente, a dose, o horário e a via corretos. Além desses, a literatura traz a medicação, o horário, o registro da medicação administrada, a indicação correta, a apresentação certa da medicação e resposta esperada do medicamento (Júlio, 2012). Isso demonstra o indispensável papel da enfermagem na terapia medicamentosa, entendendo-a não apenas como cumpridora de tarefas, mas de pessoas críticas, por meio da necessidade de apropriação do conhecimento farmacológico e seus riscos.



Segurança do paciente em relação a administração de medicamentos, de estar sempre checando os certos da administração dos medicamentos que eu acho que são 9 (E7).

A Prevenção de Úlceras por Pressão e quedas foi evidenciado pelos profissionais como outro problema. As úlceras são definidas por uma lesão na pele, tecidos e/ou estruturas subjacentes, resultante de pressão e constitui um grande problema de saúde, sendo o seu controle de responsabilidade da equipe que o assiste. Assim, os profissionais da enfermagem devem atuar na identificação do risco, prevenção, notificação e auxiliar no tratamento.

Do ponto de vista da segurança do paciente no leito: manter as grades elevadas, do rigor da mudança de decúbito, das técnicas que sejam garantidas de forma correta... (E9).

Já a queda, por ser uma ocorrência danosa, é um evento adverso que deve ser prevenido/gerenciado, mediante a implantação de protocolos, avaliação periódica de risco e implantação de medidas preventivas. Com o aumento da idade, uso de poli fármacos e problemas de mobilidade, a probabilidade para o risco de queda aumenta consideravelmente (Ministério da Saúde, 2014). No caso dos pacientes desacordados ou inconscientes, a proteção usada, muitas vezes, é a contenção, e quando utilizada de forma correta auxilia contra acidentes provocado pelo próprio paciente ao tentar puxar sondas, tubos e drenos (Santos, 2014).

Por exemplo, pacientes agitados, que vem do centro cirúrgico sob narcose, quando vão acordando, eu procuro sempre conter. Pacientes vêm entubado eu já contenho para evitar quedas, evitar que puxe tubos, drenos, essas coisas (E6).

#### 4.3 FRAGILIDADES PARA O DESENVOLVIMENTO DA SEGURANÇA DO PACIENTE

Uma das dificuldades relatadas pelos profissionais é o abastecimento de insumos necessários para realizar uma assistência adequada. Muitos pacientes que estão internados em UTI estão sob vigilância infecciosa, o que demanda um gasto adicional de material, principalmente, de proteção, tais como luvas e capotes. É evidente o transtorno provocado na assistência e o notável descontentamento por parte dos profissionais.

Ultimamente a falta de material, inclusive EPI, lençóis, fralda, luva de procedimento... A gente tem que usar luva estéril com um custo altíssimo para o hospital, mas ninguém não vê isso, né? (E4).

A falta de material obriga os profissionais a fazerem improvisos e a desconsiderar algumas orientações assistenciais em prol do “menos ruim” para o paciente. Essa dificuldade se amplia ainda mais quando o risco atinge também o profissional quando o enfermeiro descreve o receio de fazer uso de uma luva estéril, mais cara, pela falta da luva de procedimento, na tentativa de racionalizar insumos (Institute for safe medication practices, 2012).



A gente não está conseguindo fazer as trocas de equipamentos de acordo com os protocolos, nós não estamos tendo luvas de procedimento. Isso está fazendo com que, às vezes, a gente fique receosa de ter que abrir uma luva estéril, que a gente sabe que é mais cara, para fazer a manipulação em uma determinada situação. Isso acaba que coloca em risco também a segurança do profissional (E7).

Para os enfermeiros, outro fator preocupante é a estrutura física da UTI e o horário noturno. Segundo eles, os pacientes permanecem dentro de enfermarias compartimentadas, na qual os riscos de ocorrer algum tipo de incidente são eminentes. A dificuldade de visualização dos pacientes compromete consideravelmente a segurança do paciente: em uma emergência, a assistência pode tornar-se tardia.

A UTI está disposta em 10 ambientes de enfermaria separados. Então eu estou visualizando e prestando cuidados na enfermaria que eu estou fazendo a visita. As outras enfermarias que tem pacientes entubados, graves e com drogas vasoativas, que pode acontecer a desconexão de algum equipamento, e aí esse equipamento não alarmar, ou eu não escutar, quando eu voltar o paciente pode ter feito uma hipóxia, uma bradicardia ou até mesmo ter ido ao óbito (E3).

Outro agravante é o fato de no plantão noturno haver menos funcionários escalados, o que, de fato, é habitual devido haver menos movimentação de pessoas e procedimentos a serem realizados. Entretanto, em alguns momentos, acaba sobrecarregando o serviço e aumentando os riscos de algum evento adverso ao paciente.

E outra coisa seria a questão da digitação dos dados informatizados: os sinais vitais e balanço hídrico a cada 2 horas. O funcionário deixa o paciente sozinho e sai para digitar, ainda existe o horário de revezamento e o da alimentação, que também é fora do setor. O funcionário sai várias vezes para a farmácia pegar acréscimo de medicamentos, que são prescrições enormes (E3).

Diante disso, é visível a necessidade de um redimensionamento quantitativo da força de trabalho por meio de indicadores de acordo com a necessidade do setor, principalmente durante o período noturno.

Além disso, os enfermeiros também relataram a grande quantidade de alunos diariamente na instituição. Por ser um hospital de ensino, o local é campo de estágio para diversas categorias de saúde e referência para ensino, pesquisa e extensão. Desta forma, além de receber alunos da graduação, há alunos de residência multiprofissional e médica. Por vezes, por imaturidade profissional acaba atrapalhando a assistência e colocando em risco a segurança do paciente em si.

Outra coisa é o número de estudantes, a gente está tentando diminuir a quantidade deles envolvidos no tratamento e cuidado do paciente. Em alguns momentos esse tratamento se torna disperso com condutas contrárias e a gente fica na dúvida em relação ao que ser implementado (E7).



Nesse sentido, os enfermeiros relatam a dificuldade que a farmácia tem de fiscalizar todos os pedidos de material, incluindo àqueles de alto custo e prescrições médicas. Diante disso, uma das sugestões dos enfermeiros foi a intensificação de cursos e treinamentos para os profissionais recém-chegados e sem experiência na instituição.

A chance da farmácia, por exemplo, de abranger todo esse pessoal que não está habilitado é muito pequena (E3).

A gente tem pessoal sem experiência na UTI e precisa intensificar mais os treinamentos, por que na hora de uma urgência a pessoa fica perdida e quando o número de funcionário fica reduzido, aí complica mais ainda (E10).

De fato, a educação permanente é uma estratégia importante para a transformação dos processos formativos, das práticas assistenciais e para a organização dos serviços (Rede brasileira de enfermagem e segurança do paciente, 2013). Igualmente, se faz necessário repensar a questão do aprimoramento na integração ensino-serviço para a qualidade do processo de formação dos estudantes e residentes (Verônica et al, 2008).

A falta de comunicação eficaz entre as equipes é outro problema vivenciado no dia a dia de trabalho e pode ser a causa de sérios danos para o paciente. Uma das metas internacionais trouxe a melhoria da comunicação para permitir às equipes transmitir e receber informações de forma clara, precisa, completa e sem ambiguidades (Porto, 2019; Leitão, 2013). Entretanto, na prática, vemos exemplos claros da falta de uma comunicação e exposição do paciente ao risco por negligência e imprudência.

A falta de comunicação entre as equipes leva a expor o paciente desnecessariamente. Um paciente de UTI, com um processo catabólico imenso por uma patologia severa, muitas vezes é preparado para um exame com um jejum prolongado e no final, simplesmente, não comunicam que vai suspender aquele exame (E3).

Esta pesquisa, longe de ter se exaurido, abre caminhos para novos estudos relacionados ao tema. Nessa perspectiva, considerando as limitações relacionadas à quantidade das informações discriminadas nas entrevistas e à sua realização com pessoas de nível de escolaridade/qualificação diferentes, sugerimos que sejam desenvolvidos estudos independentes com profissionais da área de Enfermagem, em nível superior e técnico separadamente.

## 5 CONCLUSÃO

No contexto deste estudo, pudemos compreender o significado da segurança do paciente para os enfermeiros e técnicos de enfermagem, conhecer os fatores que colocam em risco a segurança no processo de cuidado e identificar as dificuldades envolvidas no cotidiano de trabalho voltada às ações de segurança do paciente.



Dessa forma, identificamos que o sentido da segurança do paciente para enfermeiros e técnicos de enfermagem vai além do que apenas proteger o paciente de danos. Esse significado está relacionado com a recuperação, o seu bem estar e com a qualidade da assistência oferecida pela equipe multidisciplinar.

A pesquisa evidenciou também os múltiplos fatores que interferem na segurança do paciente, bem como as dificuldades envolvidas no cotidiano de trabalho para desenvolver as ações de segurança do paciente, incluindo problemas no processo de trabalho e estrutura física inadequada. Assim, a segurança do paciente está intrinsecamente relacionada ao estabelecimento de medidas de prevenção aos riscos no ambiente de trabalho, entendendo que a adequação do cuidado ao paradigma da era da segurança do paciente depende de profissionais que busquem excelência científica e técnica e de uma gestão proativa.

Os achados do estudo possibilitam à gestão, o planejamento de ações e estratégias de prevenção de riscos mais alinhadas às reais necessidades dos profissionais e dos contextos de trabalho, elencando a categoria de enfermagem como protagonistas da segurança do paciente. Além disso, possibilita a melhoria contínua da qualidade do cuidado, fomentando o avanço científico e prático na área da saúde.

Assim, conhecer como os profissionais percebem, vivenciam e significam a segurança do paciente em seu cotidiano revelam valores, atitudes e práticas que influenciam diretamente a cultura de segurança institucional. Isto permite identificar fatores humanos, organizacionais e estruturais que atuam como barreiras ou facilitadores para o cuidado seguro, oferecendo subsídios para o aprimoramento de políticas, protocolos e processos assistenciais.



**REFERÊNCIAS**

- 1- BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1977.
- 2- BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, DF; Senado Federal, 2014.
- 3- GARFINKEL, H, organizador. O que é etnometodologia? Studies in ethnomethodology. Cambridge: Polity Press, 1996.
- 4- GONÇALVES, L. et al. Alocação da equipe de enfermagem e ocorrência de eventos adversos/incidentes em unidade de terapia intensiva. Rev. Esc. Enferm. USP, v. 46, p.71-7, 2012.
- 5- INSTITUTE FOR SAFE MEDICATION PRACTICES. ISMP's list of high-alert medications. Huntingdon Valley: ISMP; 2012.
- 6- JÚLIO, C. et al. O cuidado humanizado sob a percepção dos enfermeiros. Enfermagem revista. v. 25, n. 01, p. 47-57, 2012.
- 7- KOHN, L. et al. To err is human. Washington: National Academy Press, 2000.
- 8- LANDRIGAN, C. Condições de trabalho e bem-estar dos profissionais de saúde: compartilhamento de lições internacionais para melhorar a segurança do paciente. J. Pediatr.,v. 87, n. 6, p. 463-5, 2011.
- 9- LEITÃO, I. et al. Análise da comunicação de eventos adversos na perspectiva de enfermeiros assistenciais. Rev Rene, v.14, n. 6, p.1073-83, 2013.
- 10- LIMA, F. A segurança do paciente e intervenções para a qualidade dos cuidados de saúde. Espaço para a saúde, v. 15, n.3, p. 22-9, 2014.
- 11- MELLO, J. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da Enfermagem. Texto & Contexto Enferm., v. 22, n 4, p. 1124-33, 2013.
- 12- MENDES, W. et al. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. Int J Qual Health Care, v. 21, p. 279-84, 2009.
- 13- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo de identificação do paciente. Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Anexo 2. Brasília, DF: Senado Federal, Fiocruz, p. 1-10, 2014.
- 14- PELLICIOTTI, J. Erros de medicação e qualidade de vida relacionada à saúde de profissionais de Enfermagem em unidades de terapia intensiva. Rev. Latino-Am. Enferm. [online], v. 18, n. 6, p. 1062-1069, 2010.
- 15- PORTO, S. et al. A magnitude financeira dos eventos adversos em hospitais no Brasil. Revista portuguesa de saúde pública, v.10, p.74-80, 2010.
- 16- REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE. Estratégias para a segurança do paciente: manual para profissionais da saúde. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013.



- 17- REIS, C. A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro. 2013. Tese (Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.
- 18- RIGOBELLO, M. et al. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. *Acta paulista de enfermagem*, v. 25, n. 5, p. 728-35, 2012.
- 19- ROBERTA, 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, p. 122-9, 2014.
- 20- SANTOS, T. et al . Higienização das mãos em ambiente hospitalar: uso de indicadores de conformidade. *Rev. Gaucha Enferm, Porto Alegre*, v. 35, n. 1, p.70-7, 2014.
- 21- VERÔNICA, S. et al. A Integração Ensino-Aprendizagem. *Rev. bras. educ. Méd*, v. 32, n.3, p. 356-62, 2008.
- 22- WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Alliance For Patient Safety. Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Version 1.1. Technical Report, 2009a. .
- 23- WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Alliance For Patient Safety. Summary of the evidence on patient safety: implications for research. The Research Priority Setting Working Group of the World Alliance for Patient Safety. Geneva: WHO Press, 2008a.
- 24- WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Health Organization Guidelines for Safe Surgery. Second Global Patient Safety Challenge: Safe Surgery Saves Lives.1 ed. Geneva, Switzerland: WHO Press, 2008b.
- 25- ZAMBON, L. Segurança do paciente em terapia intensiva: caracterização de eventos adversos em pacientes críticos, avaliação de sua relação com mortalidade e identificação de fatores de risco para sua ocorrência. 2014. Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

