

SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO: PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS

Patient security in adult intensive therapy units: perception of nurses

Seguridad del paciente en unidades de terapia intensiva adulto: percepción de los enfermeros

Daniela Barella^{1*}; Patrícia De Gasperi²

Como citar este artigo:

Barella D, Gasperi P. SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO: PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS. Rev Fun Care Online.2021. jan./dez.; 13:750-756. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.9009>

ABSTRACT

Objective: Analyzing the understanding of nurses of Adult Intensive Care Units on patient safety. **Methods:** a qualitative, exploratory, descriptive and cross study. Data collection was performed in March 2018 with 12 nurses from intensive care units of a public-private hospital in the interior of *Rio Grande do Sul*. **Results:** nurses understand that patient safety is not causing harm to patients, using tools to put into practice the same. The increase in the number of employees was one of the strategies listed to improve patient safety, medication errors are the most frequent and half of the sample is favorable to punishment in the face of an error. **Conclusion:** The nurses' understanding of the subject is adequate to the literature, however, it is necessary to develop a safety culture for a better understanding of the error and to promote patient safety.

Descriptors: Patient safety, Critical care, Comprehension, Nursing, Nurse practitioners.

Artigo extraído do trabalho de conclusão de curso da Especialização em Unidade de Terapia Intensiva Adulto, intitulado: “Segurança do Paciente em Unidades de Terapia Intensiva Adulto”, Universidade de Caxias do Sul, 2018

¹ Enfermeira graduada pela UCS, Especialista em Terapia Intensiva Adulto pela UCS, Pesquisadora do Grupo de Ensino e Pesquisa em Segurança do Paciente (GEPESP-UCS). Caxias do Sul/RS, Brasil. Universidade de Caxias do Sul (UCS), Brasil.

² Enfermeira pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Doutora e Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). MBA em Produção Lean pela Universidade de Caxias do Sul (UCS). Especialista em Auditoria em Saúde pela CELER. Professora do Curso de Enfermagem e da Especialização em Terapia Intensiva da UCS. Líder do Grupo de Ensino e Pesquisa em Segurança do Paciente (GEPESP-UCS). Caxias do Sul/RS, Brasil. Universidade de Caxias do Sul (UCS), Brasil.

RESUMO

Objetivo: Analisar o entendimento dos enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva Adulto sobre segurança do paciente. **Métodos:** estudo de abordagem qualitativa, caráter exploratório, descritivo e de corte transversal. Realizado em março de 2018, com 12 enfermeiros de unidades de terapia intensiva de um hospital público-privado do interior do Rio Grande do Sul.

Resultados: os enfermeiros entendem que segurança do paciente é não causar danos aos pacientes, utilizam ferramentas para colocar em prática a mesma. O aumento do número de funcionários foi uma das estratégias elencadas para melhorar a segurança do paciente, os erros de medicação são os mais frequentes e metade da amostra é favorável à punição diante de um erro. **Conclusão:** o entendimento dos enfermeiros sobre o assunto está adequado perante a literatura, porém há a necessidade do desenvolvimento de uma cultura de segurança para um melhor entendimento do erro e para a promoção da segurança do paciente.

Descritores: Segurança do paciente, Cuidados críticos, Compreensão, Enfermagem, Profissionais de enfermagem.

RESUMEN

Objetivo: Analizar el entendimiento de los enfermeros de Unidades de Terapia Intensiva Adulto sobre seguridad del paciente. **Métodos:** estudio de abordaje cualitativo, carácter exploratorio, descriptivo y de corte transversal. Se realizó en marzo de 2018, con 12 enfermeros de unidades de terapia intensiva de un hospital público-privado del interior de Rio Grande do Sul. **Resultados:** los enfermeros entienden que la seguridad del paciente es no causar daños a los pacientes, utilizan herramientas para poner en práctica la misma. El aumento del número de empleados fue una de las estrategias enumeradas para mejorar la seguridad del paciente, los errores de medicación son los más frecuentes y la mitad de la muestra es favorable al castigo ante un error. **Conclusión:** el entendimiento de los enfermeros sobre el tema es adecuado ante la literatura, pero hay la necesidad del desarrollo de una cultura de seguridad para un mejor entendimiento del error y para la promoción de la seguridad del paciente.

Descriptor: Seguridad del paciente, Cuidados críticos, Comprensión, Enfermería, Enfermeras practicantes.

INTRODUÇÃO

Há tempos se pensa em segurança do paciente, entretanto os estudos sobre o tema nas instituições hospitalares ainda são recentes. Em 1999, o Instituto de Medicina (IOM) publicou *To Err is Human* (Errar é humano), o qual estimou que entre 44.000 e 98.000 americanos morriam por ano devido a erros na assistência à saúde, alertando para a temática da segurança⁽¹⁾.

Considera-se necessária a realização de ações para minimizar estas falhas, contribuindo para uma assistência à saúde adequada. Em 2004 a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou a aliança mundial para a segurança do paciente, com o objetivo de disseminar e acelerar melhorias para a segurança do paciente e reduzir os eventos adversos relacionados ao processo assistencial a um mínimo aceitável⁽²⁾.

Um meio para evitar erros é o desenvolvimento de uma cultura de segurança do paciente, a qual exige que

todos os trabalhadores assumam responsabilidade pela sua própria segurança e também pela segurança do paciente, encorajando a identificação, notificação e resolução de problemas, e enfoca ainda que esses problemas promovam um aprendizado organizacional⁽³⁾.

A nível nacional, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente, no ano de 2013, com o objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, aliando a implementação das seis metas de segurança do paciente⁽³⁾.

Sabe-se que o hospital é um lugar onde falhas acontecem, inclusive em unidades de terapia intensiva (UTIs), a qual é uma “área crítica destinada à internação de pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada de forma contínua”⁽⁴⁾.

Estudos apontam números elevados de erros relacionados a assistência de enfermagem em UTIs^(5,6). É necessário um bom gerenciamento destes erros por parte da equipe da enfermagem e conhecimento sobre a segurança do paciente a fim de não causar dano ao paciente.

Desta forma, a enfermagem deve oportunizar um cuidado seguro, identificando as possíveis falhas, proporcionando uma busca contínua de soluções que visem um cuidado efetivo e com segurança. O enfermeiro sendo líder da equipe de enfermagem deve ter conhecimento e habilidades para disseminar e promover um cuidado adequado e seguro.

Assim, torna-se relevante e oportuno refletir sobre a segurança do paciente em UTIs, já que a mesma afeta diretamente a prática dos profissionais que ali atuam.

Sabendo-se da importância a respeito da referente temática, tem-se como objetivo: analisar o entendimento dos enfermeiros de UTI Adulto sobre segurança do paciente. Saber o que o enfermeiro entende por segurança do paciente proporciona um meio mais propício para a disseminação da segurança do paciente.

MÉTODOS

Estudo de abordagem qualitativa, de caráter exploratório, descritivo e de corte transversal. A coleta de dados foi realizada nas UTIs adulto em um hospital público-privado do interior do Rio Grande do Sul durante o mês de março de 2018. A amostra do estudo constituiu-se em 12 enfermeiros atuantes nestas unidades.

Os critérios de inclusão utilizados foram: ser enfermeiro há no mínimo seis meses na UTI adulto e aceitar participar da pesquisa. Eram critérios de exclusão: enfermeiros afastados, atestados médicos, licenças e/ou férias. A coleta de dados baseou-se numa entrevista semiestruturada, a qual foi realizada no período de trabalho, com agendamento prévio, em uma sala reservada.

As falas dos enfermeiros foram gravadas com auxílio de um *smarthphone* e os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. A entrevista seguiu

um roteiro de questões: O que você entende por segurança do paciente? De que forma você coloca em prática a segurança do paciente? Que estratégias poderiam melhorar a segurança do paciente na sua unidade? Quais erros mais acontecem na sua unidade? Qual a sua opinião sobre a cultura punitiva diante de um erro? As entrevistas foram transcritas na íntegra e identificadas aleatoriamente a fim de manter o anonimato de cada participante. Os enfermeiros foram identificados como E1 até E12.

A análise dos dados foi realizada através da análise de conteúdo de Bardin, composta de três fases distintas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação⁽⁷⁾. Para fins de maior clareza dos dados, quantificou-se o número de enfermeiros das entrevistas⁽⁸⁾.

Este estudo cumpriu com as determinações da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466 de 2012 no que diz respeito à pesquisa com seres humanos, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Caxias do Sul, sob o nº 2.433.350.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após finalizar a exploração do conteúdo das entrevistas, realizadas com os 12 enfermeiros, foram identificadas cinco categorias concernentes ao objetivo: compreensão de segurança do paciente, a segurança do paciente desenvolvida na prática, estratégias para a melhoria da segurança do paciente, erros mais frequentes e cultura punitiva diante de um erro.

Compreensão da segurança do paciente

A partir da análise desta categoria emergiram as seguintes subcategorias: segurança do paciente como tecnologias do cuidado e segurança do paciente como cuidado técnico. Para fins de entendimento conceitua-se tecnologias do cuidado como tecnologias leve, leve dura e dura, na qual a tecnologia leve engloba o processo de comunicação e relações; a tecnologia leve dura inclui os saberes e conhecimentos estruturadas nas disciplinas da área da saúde; e a tecnologia dura é representada pelo material, como equipamentos e outros recursos materiais⁽⁹⁾.

Dos 12 enfermeiros entrevistados, sete (58,3%) conceituam a segurança do paciente como tecnologias do cuidado. Isto pode ser evidenciado nas falas:

[Segurança do paciente] é quando tu interage com ele e transmite segurança. (E1)

A segurança do paciente pode ser usada como uma ferramenta para minimizar riscos e evitar danos. (E2)

Cinco (41,7%) enfermeiros afirmam que a segurança do paciente pode ser entendida como o cuidado técnico. Estas afirmações podem ser observadas nas falas:

São todos os métodos, técnicas [...] pra garantir a segurança do paciente em relação aos cuidados, medicamentos, procedimentos, identificação do paciente. (E7)

Vai desde a parte medicamentosa [...] tu tem que saber o que está fazendo, executar a técnica correta, tu não pode fazer nada que possa gerar dano. (E8)

A segurança do paciente desenvolvida na prática

A partir desta categoria revelaram-se três subcategorias: ferramentas auxiliaadoras e ações para prevenir erros aos paciente, a identificação do paciente para sua segurança e treinamento para os funcionários. Do total de enfermeiros entrevistados, 10 (83,3%) utilizam ferramentas e ações na hora de executar a segurança do paciente.

Temos escalas [...] nossa cabeceira já é pintada com os riscos assistenciais [...] esses instrumentos ajudam na segurança do paciente. (E8)

Sempre revisando acesso, revisando prescrição médica, se as grades estão elevadas, se o paciente está bem acomodado. (E4)

Um enfermeiro (8,3%) utiliza a identificação do paciente e um (8,3%) aplica treinamento para os funcionários. Além disso, dois (20%) dos enfermeiros que utilizam ações e ferramentas também acreditam que a identificação do paciente é um item indispensável na segurança do paciente, como pode ser observado nas falas seguintes:

Através da identificação do paciente, que tem na cabeceira, pulseira, prescrição com o nome dele. (E7)

Sempre digo pra eles: não façam nada com dúvida, e eles são bem orientados com isso, se tiverem dúvidas eles vem até mim e eu explico. E faço muito treinamento. (E3)

Estratégias para a melhoria da segurança do paciente

Baseado nesta categoria, surgiram as subcategorias relacionadas ao aumento no número de funcionários, mais treinamentos para os funcionários, melhora na estrutura física, além de outras estratégias.

Dos 12 enfermeiros, cinco (41,7%) acreditam que o aumento de funcionários pode melhorar a segurança do paciente:

Colocaria mais uma enfermeira e uns técnicos de enfermagem na unidade. (E6)

Deveria ter mais enfermeiros qualificados e comprometidos à beira leito. (E1)

Dois (16,6%) enfermeiros afirmam que deveriam acontecer mais treinamentos, dois (16,6%) dizem que uma melhor estrutura física auxiliaria na melhora da segurança do paciente e três (25%) acreditam que outras estratégias

melhorariam a segurança do paciente nas unidades. Além disso, um (50%) dos enfermeiros que elencaram a melhora na estrutura física também pontuou o aumento do número de funcionários como estratégia para a melhoria da segurança do paciente:

Eu acho que capacitação, treinamentos mais frequentes, atualizações. (E7)

A nossa questão estrutural, tem rampa pra passar, deveria ser sem aclives e declives, a gente corre o risco quando tá transportando o paciente de uma grade cair, soltar. (E12)

As outras estratégias citadas pelos enfermeiros para melhorar a segurança do paciente dizem respeito à empatia que os profissionais devem ter na hora do cuidado, sobre proporcionar visitas ampliadas nas unidades e à segurança no acesso ao prontuário eletrônico do paciente:

Deveríamos colocar nós e os técnicos como se nós fôssemos o paciente. (E4)

Também colocando a família na ajuda, ter visitas ampliadas. (E9)

Na questão do prontuário eletrônico... todos os profissionais que trabalham no hospital tem acesso ao sistema, isto é um pouco questionador se não devesse existir mais uma barreira que não deixasse todo mundo ter acesso a esse prontuário. (E2)

Erros mais frequentes

Entre os erros mais frequentes, revelaram-se erros de medicação, lesão por pressão, perda de invasivos e outros erros. Oito enfermeiros (66,6%) afirmam ocorrer erros relacionados a medicações, dois (16,7%) declaram lesão por pressão como um erro e outros dois (16,7%) relatam que perda de invasivos e outros erros acontecem nas unidades. Destaca-se que sete (58,3%) enfermeiros elencaram mais de um erro destes citados. Estes erros foram relatados pelos enfermeiros da seguinte forma:

Lesão de pele pelo fato da idade dos pacientes. (E8)

Perda de sonda principalmente em paciente neurológico. (E2)

Erros de medicação, todos, em geral. Esquecer de ligar a bomba, ou a bomba desligar sozinha e a pessoa não ver, não prestar atenção, confundir... aqui na UTI usam muito o nome comercial da medicação, e a farmácia dispensa o nome genérico. (E12)

Dos outros erros relatados, destacam-se infecção de corrente sanguínea, grades dos leitos abaixadas e algumas quebras de barreiras, como, por exemplo, no protocolo de controle de infecção, quando o funcionário deixa de usar um EPI necessário ou deixa de realizar ações simples de segurança como higiene das mãos. Isto pode ser observado nas falas:

Infecção de corrente sanguínea tivemos duas também. (E1)

[...] grades do leito abaixadas em pacientes agitados, a gente sempre pega uma que outra. (E4)

Eu acho que acontece bastante quebra de barreiras, de protocolo do CCIH, o pessoal esquece de colocar a luva, não fazem higiene com álcool gel antes de medicar. (E11)

Cultura punitiva diante de um erro

Em relação a cultura punitiva, seis (50%) enfermeiros acreditam que a punição é benéfica para o profissional que erra. Isto é observado pelas falas:

Em alguns momentos é benéfico, pois através da punição faz com que eles fiquem atentos ao processo. (E10)

Eu acho que a cultura poderia ser mais punitiva. Tem vezes que acontece o erro e o pessoal não fala, acaba escondendo, tu acaba não sabendo, então eu acho que se pune pouco. (E1)

Os demais seis (50%) enfermeiros são contra a punição:

Eu acho que punir um funcionário não vai resolver o problema. (E2)

A gente tem que pensar bem sobre a cultura punitiva, porque a melhor forma é tu orientar esse funcionário, porque se tu punir ele talvez ele não seja honesto em falar da próxima vez. (E7)

A primeira categoria corresponde ao entendimento dos enfermeiros sobre segurança do paciente. Os conceitos apresentados pelos enfermeiros estão de acordo com o exposto pela OMS, que define segurança do paciente como “a redução a um mínimo aceitável do risco de danos desnecessários associados ao cuidado em saúde”^(10;15).

Percebe-se que apesar de emergirem as subcategorias de segurança do paciente como tecnologias do cuidado e como cuidado técnico, todos entendem que segurança do paciente é não causar danos ao mesmo. Para isso é necessário aplicar as técnicas corretamente, ter conhecimento das mesmas e haver um vínculo de comunicação e confiança entre o profissional e o paciente. Desta forma nota-se que além do cuidado técnico, as tecnologias do cuidado também são aliadas na segurança do paciente.

Um estudo realizado por Gomes, et al. concluiu que a união das tecnologias do cuidado de forma organizada e de acordo com as necessidades do paciente é eficaz para o cuidado em saúde e à segurança do paciente⁽¹¹⁾. Quando um cuidado é eficaz e traz bons resultados para o serviço diz-se que o cuidado é de qualidade resultante da ciência, tecnologia e a aplicação destas nas práticas de saúde⁽¹²⁾. Deste modo, percebe-se também que além de evitar danos aos paciente, indiretamente os enfermeiros falam sobre um cuidado de qualidade.

A categoria segurança do paciente desenvolvida na prática refere-se à maneira que os enfermeiros colocam em prática a mesma. Eles utilizam documentos, *check lists*, *bundles* e protocolos assistenciais para promover a segurança do paciente. Minuzzi et al. analisou a prática da equipe de enfermagem em UTI e verificou que os enfermeiros também utilizaram estas ferramentas para promover a segurança do paciente, além de padronizar a assistência em saúde⁽¹³⁾.

Outra subcategoria emergente da categoria segurança do paciente desenvolvida na prática no estudo está relacionada à identificação dos pacientes. Percebe-se que a implementação da primeira meta de segurança do paciente é um item utilizado pelos enfermeiros para manter o paciente seguro. Das respostas providas dos entrevistados somente esta meta foi indicada, entretanto acredita-se que aliado aos *bundles*, *check list* e protocolos citados estejam inseridas as demais metas, todavia isto não foi explicitado de maneira clara pelos enfermeiros.

A Joint Commission International ressalta que os hospitais devem implementar as seis metas internacionais de segurança do paciente, as quais têm como propósito promover melhorias na segurança do paciente⁽¹⁴⁾. Quando implementadas, cada meta retrata uma prática efetiva relacionada à segurança do paciente e juntas promovem um cuidado seguro impedindo a ocorrência de eventos adversos nos pacientes.

Por fim, a última subcategoria resultante da categoria segurança do paciente desenvolvida na prática diz respeito ao treinamento dos funcionários como um modo de colocar em prática a segurança do paciente. Segundo os enfermeiros, o funcionário deve ter conhecimento das técnicas que executa para manter o paciente seguro. Estudos comprovam que a formação e capacitação dos profissionais fornecem resultados positivos nas práticas assistenciais além de melhorias na qualidade do serviço prestado^(15,16).

Na categoria estratégias para melhoria da segurança do paciente, o aumento do número de funcionários foi uma subcategoria que emergiu como proposta de melhoria para a segurança do paciente. Associada a ela, percebe-se a necessidade de haver mais treinamento e capacitações para os funcionários.

Em cada UTI havia o número mínimo de profissionais estabelecido pela legislação vigente⁽⁴⁾ e o serviço utiliza a *Nursing Activities Score* (NAS) para o dimensionamento de enfermagem.

Percebe-se que a limitação de recursos humanos origina um estado de alerta para a segurança do paciente, porém o aumento do número de funcionário não é a principal solução para uma melhora na segurança do paciente. Aliado a isso, deve-se haver funcionários qualificados e comprometidos com o paciente. Bastos et al. e Costa et al. corroboram a ideia de profissionais atualizados e capacitados rotineiramente como estratégia de melhoria no cuidado prestado^(15,16), visto que a equipe de enfermagem

deve estar treinada para executar o cuidado aos pacientes.

Ainda se tratando de estratégias para melhoria da segurança do paciente, dispor de uma estrutura física adequada e facilitadora do cuidado, também é uma maneira de melhorar a segurança do paciente. Chavaglia et al. concluiu que UTIs que proporcionam boa estrutura física facilitam o cuidado e promovem a segurança do paciente⁽¹⁷⁾.

As outras subcategorias dizem respeito à segurança do prontuário eletrônico, empatia dos funcionários e visitas ampliadas nas unidades. No quesito prontuário eletrônico percebe-se que através do sistema operacional utilizado pela instituição, todos os profissionais tem acesso ao prontuário eletrônico de qualquer paciente.

Almeida et al. concluiu em seu estudo que o acesso liberado ao prontuário eletrônico favorece à ocorrência de violações da confidencialidade do paciente e que há uma dificuldade em estabelecer critérios sobre o acesso das informações dos pacientes em seus prontuários eletrônicos⁽¹⁸⁾. Com isso é evidente que em um ambiente em que o acesso ao prontuário seja liberado, o profissional deva manter uma postura ética ao utilizar o mesmo.

Concomitante a isso, a empatia dos funcionários foi elencada como uma estratégia para melhoria da segurança do paciente e esta é considerada uma virtude do profissional de enfermagem. Os enfermeiros acreditam que quando o profissional se coloca no lugar do outro, o paciente sente-se mais seguro e confiante no seu processo de melhora. Um estudo concluiu que há a necessidade de aprimoramento dos enfermeiros quanto à humanização, pois dessa forma proporcionará melhoria na qualidade da assistência, consequentemente na segurança do paciente⁽¹⁹⁾.

Por fim, as visitas ampliadas fazem parte das estratégias para melhoria da segurança do paciente elencado pelos enfermeiros. Sabe-se que visitas abertas em UTI melhoram o desfecho clínico do paciente. As visitas ampliadas favorecem o bem estar do paciente, deixando os mesmos mais tranquilos e seguros emocional e psicologicamente⁽²⁰⁾. Os enfermeiros entendem que um familiar próximo auxiliaria nos cuidados e manteria o paciente em segurança.

A outra categoria diz respeito aos principais erros que acontecem nas unidades. Os erros de medicação são os mais frequentes nas UTIs em estudo. Ocorrem erros de diluição, administração, horário e esquecimento em ligar a bomba de infusão. Diversos estudos revelam que os principais erros nas UTI também estão relacionados com a medicação^(5,21,22).

Os erros que ocasionam lesão por pressão têm diminuído, segundo os enfermeiros, porém ainda ocorrem por conta do perfil dos pacientes, e por fim, os erros de perda de invasivos acontecem com frequência, principalmente em paciente neurológicos e que estão em constante agitação e *delirium*.

Um estudo mostrou que a falta ou demora na mudança de decúbito, bem como o perfil do paciente pode ocasionar

ou acelerar o processo de formação de lesão por pressão⁽²³⁾, o que condiz com o relato dos enfermeiros deste estudo. Em relação a perda de invasivos, alguns estudos também apontam estes erros^(5,24).

Com isso, nota-se que os enfermeiros elencaram erros assistenciais e operacionais e que estes também são apontados em outros estudos em UTIs. Foca-se muito no erro quando o mesmo já percorreu todas barreiras quebradas, esquecendo-se muitas vezes de realizar uma retrospectiva e ver em qual parte o sistema falhou.

Percebe-se a necessidade de educação permanente com funcionários em relação ao tema, e principalmente, o desenvolvimento de uma cultura de segurança em que os profissionais sintam-se confortáveis para comunicar o erro, proporcionando um aprendizado com a situação e propondo mudanças e melhorias a fim de que o incidente não se repita.

A última categoria é referente à cultura punitiva diante de um erro. Percebe-se que metade dos entrevistados ainda utiliza ou acredita na abordagem tradicional de culpar os profissionais pelos erros praticados, porém os demais entrevistados acreditam numa abordagem mais contemporânea, a do pensamento sistêmico. Esta abordagem reconhece que errar é humano e percebe que a segurança depende da criação de sistemas que antecipam o erro e evitam que os mesmos aconteçam, favorecendo um aprendizado a partir disto⁽²⁵⁾.

Todavia, ainda existe a cultura da punição. Além disso, acreditam que quando o funcionário é punido ele fica mais atento para não errar novamente. Porém, muitas vezes, ocorre a omissão dos erros por medo de ser punido. O IOM afirma que a cultura de punição além de distanciar o foco central de onde o erro surgiu, contribui para desencorajar os profissionais a relatarem os erros, já que este pode acabar recebendo uma série de consequências adversas⁽¹⁾.

Novamente, nota-se a necessidade da criação de uma cultura de segurança do paciente, buscando entender o caminho percorrido pelas falhas e não punir os culpados. Errar é humano e os profissionais são passíveis do erro, todavia o erro não está na pessoa, mas sim no processo. Punição não é a solução para o problema, é um meio para que o erro continue acontecendo e é a intimidação para o profissional que errou.

CONCLUSÕES

A segurança do paciente é um tema que merece discussão e é perceptível o interesse dos enfermeiros no assunto, o qual deve ser repensado e estudado rotineiramente pelas equipes de enfermagem, principalmente em unidades de terapia intensiva, onde o cuidado é realizado com paciente graves e que demandam cuidados altamente qualificados.

Os enfermeiros entendem o que é a segurança do paciente, executam ações nas suas práticas diárias para a segurança do paciente, porém atrelam-se muito na parte

operacional do cuidado, deixando de mencionar, por exemplo, a comunicação efetiva como uma prática do cuidado seguro.

As estratégias foram bem pensadas pelos enfermeiros. Nota-se um engajamento por parte deles em melhorar o serviço em benefício da segurança do paciente. Quanto a cultura punitiva, percebe-se que muitos profissionais ainda acreditam na punição.

As instituições devem ter um olhar atento e engajado para a cultura de segurança, pois esta pode ser um indicador de qualidade do serviço. Se há uma cultura de segurança adequada, há um cuidado adequado, o paciente é beneficiado e há resultados positivos para o serviço. Entretanto, deve-se entender que o erro faz parte de um sistema que falha e deve-se analisar o processo, identificar o momento em que a falha ocorreu, aprender com este erro e preveni-lo.

O estudo apresentou como limitação o pouco tempo dos enfermeiros para as entrevistas, visto que os mesmos eram muito solicitados nas unidades, além da pouca população em estudo.

REFERÊNCIAS

1. Kohn L, Corrigan J, Donaldson M. To err is human: building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press; 2000.
2. World Health Organization [Internet] 2005. Geneva; [acesso em 05 jun 2018]. World Alliance for Patient Safety: forward programme. Disponível: http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf.
3. Ministério da Saúde. Portaria n. 529, de 1º de abril de 2013: institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, [Internet] 02 abr 2013 [acesso em 05 jun 2018]. Disponível: <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/52582397/dou-secao-1-02-04-2013-pg-43>.
4. Ministério da Saúde. Resolução n. 7, de 24 de fevereiro de 2010: Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Diário Oficial da União, [Internet] 25 fev 2010 [acesso em 05 jun 2018]. Disponível: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/DOU/2010/02/25>.
5. Duarte SCM, Bessa ATT, Buscher A, Stipp MAC. Caracterização de erros na assistência de enfermagem em terapia intensiva. Cogitare Enferm. [Internet] 2016; 21(esp):01-08 [acesso em 20 jun 2018]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i5.45502>.
6. Roque KE, Tonini T, Melo ECP. Eventos adversos na unidade de terapia intensiva: impacto na mortalidade e no tempo de internação em um estudo prospectivo. Cad. Saúde Pública. [Internet] 2016; 32(10):e00081815 [acesso em 20 jun 2018]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00081815>.
7. Bardin L. Análise de conteúdo. 4ª ed. Lisboa: Edições 70, 2004. Definição e relação com as outras ciências. p. 33-51.
8. Andre, M. Etonografia da prática escolar. 17ª ed. Campinas: Papirus, 2011. A abordagem qualitativa. p. 24.
9. Merhy EE, Onocko R. Agir em saúde: um desafio para o público. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2002.
10. World Health Organization [Internet] 2009. Geneva; [acesso em 05 jun 2018]. World Alliance for Patient Safety Taxonomy: The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety: final technical report. Disponível: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf.
11. Gomes ATL, Assis YMS, Ferreira LL, Bezerril MS, Chivavone FBT, Santos VEP. Tecnologias aplicadas à segurança do paciente: uma revisão bibliométrica. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro. [Internet] 2017; 7(1943) [acesso em 25 jun 2018]. Disponível: <https://doi.org/10.19175/recom.v7i0.1473>.

12. Deus, AR. Qualidade na assistência à saúde: um olhar sobre a literatura. Congresso Nacional de Excelência em Gestão. [Internet] 2016 [acesso em 25 jun 2018]. Disponível: http://www.inovarse.org/sites/default/files/T16_M_07.pdf.
13. Minuzzi AP, Salum NC, Locks MOH, Amante LN, Matos E. Contribuições da equipe de saúde visando à promoção da segurança do paciente no cuidado intensivo. Esc. Anna Nery. [Internet] 2016; 20(1):121-129 [acesso em 20 jun 2018]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160017>.
14. Joint Commission International. Padrões de acreditação da joint commission internacional para hospitais. 2ª ed. Rio de Janeiro: CBA; 2011. Metas internacionais de segurança do paciente (IPSG). p.31-36.
15. Bastos LFL, Ciampone MHT, Mira VL. Avaliação de suporte à transferência e impacto de treinamento no trabalho dos enfermeiros. Rev Latino-Am. Enfermagem. [Internet] 2013; 21(6):1274-81 [acesso em 20 jun 2018]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.2913.2364>.
16. Costa DB, Garcia SD, Vannuchi MTO, Haddad MCL. Impacto do treinamento de equipe no processo de trabalho em saúde: revisão integrativa. Rev enferm UFPE online. [Internet] 2017; 9(4):7439-47 [acesso em 20 jun 2018]. Disponível: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v9i4-2015>.
17. Chavaglia SRR, Borges CM, Amaral SEM, Iwamoto HH, Ohl RIB. Ambiente do centro de terapia intensiva e o trabalho da equipe de enfermagem. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet] 2011; 32(4):654-661 [acesso em 20 jun 2018]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000400003>.
18. Almeida MJGG, Figueiredo BB, Salgado HC, Torturella IM. Discussão ética sobre o prontuário eletrônico do paciente. Rev. bras. educ. méd. [Internet] 2016; 40(3):521-527 [acesso em 20 jun 2018]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v40n3e01372015>.
19. Pires NO, Brasileiro ME. Virtudes essenciais da equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva: revisão literária. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. [Internet] 2017;2(7):18-29 [acesso em 20 jun 2018]. Disponível: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/enfermagem-unidade-de-terapia-intensiva>
20. Eugenio CS, Souza EN. Visita aberta em uti adulto: utopia ou realidade? Rev Enferm UFSM. [Internet] 2017; 7(3):539-549 [acesso em 20 jun 2018]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769222692>
21. Rodriguez EOL, Silva LSL, Menezes MO, Oliveira JKA, Currie LM. Assistência segura ao paciente no preparo e administração de medicamentos. Rev Gaúcha Enferm. [Internet] 2017; 38(4):e2017-0029 [acesso em 20 jun 2018]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.2017-0029>.
22. Ribeiro GSR, Silva RC, Ferreira MA, Silva GR. Slips, lapses and mistakes in the use of equipment by nurses in an intensive care unit. Rev Esc Enferm USP. [Internet] 2016; 50(3):419-426 [acesso em 20 jun 2018]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000400007>.
23. Teixeira AKS, Nascimento TS, Souza ITL, Sampaio LRL, Pinheiro ARM. Incidência de lesões por pressão em unidade de terapia intensiva em hospital com acreditação. Estima. [Internet] 2017; 15(3):152-160 [acesso em 20 jun 2018]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.5327/Z1806-3144201700030006>.
24. Lima CSP, Barbosa SFF. Ocorrência de eventos adversos como indicadores de qualidade assistencial em unidade de terapia intensiva. Rev enferm UERJ. [Internet] 2015; 23(2):222-228 [acesso em 20 jun 2018]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2015.6076>.
25. Wachter RM. Compreendendo a segurança do paciente. 2ª ed. Porto Alegre: AMGH, 2013. Princípios básicos da segurança do paciente. p. 21-31.

Recebido em: 10/05/2019
Revisões requeridas: 13/09/2019
Aprovado em: 14/10/2019
Publicado em: 27/04/2021

***Autor Correspondente:**

Daniela Barella
Rua Francisco Getúlio Vargas, 1130
Bairro Petrópolis, Rio Grande do Sul, RS, Brasil
E-mail: dbarella@ucs.br
Telefone: +55 (54) 9 9951-1259
CEP: 95.070-560