

Conhecimento da equipe multiprofissional sobre segurança do paciente em Unidade de Terapia Intensiva

Renara Meira Gomes¹  Gisele da Silveira Lemos¹  Charles Souza Santos¹  Juliana da Silva Oliveira¹ 
Gislene de Jesus Cruz Sanches²  Flávia Silva Sousa¹  Sheylla Nayara Sales Vieira¹ 

¹ Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB. Jequié/BA, Brasil.

² Centro Universitário UNIFTC. Jequié/BA, Brasil.

E-mail: renaraenf@gmail.com

Resumo

Analisar os fatores que interferem na segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) mediante o conhecimento da equipe multiprofissional. Tratou-se de um estudo descritivo com abordagem quantiqualitativa realizado com 40 profissionais de saúde, que compõe a equipe multiprofissional da UTI de um hospital estadual, referência regional. A coleta de dados foi realizada entre os meses de maio a dezembro de 2020. Deu-se por meio de entrevista semiestruturada, direcionada por um roteiro temático e questionário sociodemográfico. Os dados foram processados no software IRAMUTEQ, através da Classificação Hierárquica Descendente e analisados por meio da técnica do discurso do sujeito coletivo. Foi evidenciado que a fragilidade no conhecimento sobre o conceito de segurança do paciente, a falta de protocolos assistências, os problemas interpessoais, a ocorrência de eventos adversos, a subnotificação e dimensionamento inadequado são alguns dos fatores que interferem na segurança do paciente na UTI. Nota-se a necessidade de resolução das falhas existentes, sobretudo ao que refere ao dimensionamento de pessoal, as questões relacionadas à interação da equipe multiprofissional e a implementação de protocolos institucionais, que são norteadores do cuidado. Com o fortalecimento da cultura de segurança, onde os profissionais sintam-se empoderados a realizar a notificação, não apenas dos EA, como também das circunstâncias notificáveis.

Palavras-chave: Equipe multiprofissional. Segurança do paciente. UTI.

INTRODUÇÃO

A discussão sobre segurança do paciente e a busca por qualidade na prestação dos cuidados à saúde tem recebido atenção especial, ocupando posição de destaque em nível mundial¹. Apesar de não ser um assunto novo, em nenhuma outra época houve tantas publicações sobre essa temática como no século XXI².

Em unidades complexas, com recursos de alta tecnologia, como as Unidades de Terapia Inten-

siva (UTI) o tema merece destaque, devido a necessidade de adequação dos recursos humanos e das demandas de cuidados ofertados aos pacientes críticos. Nesse sentido, as UTIs são reconhecidas como setores suscetíveis à ocorrência de eventos adversos (EA), conceituado como o incidente que resultou em dano para o paciente³.

Neste contexto, o trabalho da equipe multiprofissional além de atender às necessidades de

DOI: 10.15343/0104-7809.202246587597P

saúde dos usuários, deve ser desenvolvido de maneira articulada, integral e coordenada, ou seja, de maneira interdisciplinar e holística, associado a boas condições de trabalho, buscando uma organização dos serviços, favorecendo a qualidade da assistência e minimizando a ocorrência do risco, ou seja, a probabilidade do EA ocorrer⁴.

Considerando que a qualidade da assistência à saúde está diretamente relacionada à segurança do paciente, acredita-se que não apenas a qualificação dos profissionais envolvidos, mas também a gravidade do paciente, a carga de trabalho, tempo de internação e a participação ativa do núcleo de segurança do paciente influenciem direta ou indiretamente na ocorrência ou não de EA⁵.

A frequência de incidentes representa um sério problema na assistência à saúde prestada no

ambiente de terapia intensiva e impacta no aumento do tempo de internação e nos índices de mortalidade⁵. Compreender os potenciais fatores de risco pode fornecer à equipe multiprofissional, ao núcleo de segurança do paciente e aos gestores, informações importantes para atuarem na melhoria da qualidade da assistência, compreendendo os riscos, suas causas e planejando estratégias de melhorias².

Uma maior atenção a esses aspectos contribui para realização de cuidados livre de danos aos pacientes. A inquietação deste estudo teve como embasamento a seguinte questão norteadora: Quais os fatores que interferem na segurança dos pacientes em UTI? Tendo como objetivo analisar os fatores que interferem na segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) mediante o conhecimento da equipe multiprofissional.

METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa realizado com quarenta profissionais de saúde que atuavam nas equipes multiprofissionais das UTIs de um hospital de grande porte, de referência regional e de natureza pública, localizado no interior estado da Bahia, Brasil. No referido hospital há uma equipe que compõe um Núcleo de Segurança do Paciente, mas nenhum dos profissionais faziam parte da equipe de UTI.

No momento que o estudo foi realizado, o hospital possuía 39 leitos para internamento intensivo, distribuídos em 4 UTI, sendo 3 com 10 e uma com 9 leitos instalados. Destes, 20 leitos eram direcionados para tratamento de pacientes com COVID-19, 10 à pacientes cirúrgicos, 9 à pacientes com outras comorbidades, e 1 rotativo, para realização de terapia dialítica convencional dos pacientes internados no hospital. As equipes das UTIs eram compostas por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, técni-

cos de enfermagem, psicólogas, profissional administrativo e de serviços gerais.

Os participantes da pesquisa foram enfermeiros(as), técnicos (as) de enfermagem, médicos(as), fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogas e farmacêuticas. Segundo critérios de inclusão, participaram do estudo somente os profissionais que integravam as equipes das UTI, com pelo menos, dois meses de trabalho na unidade, e que realizavam atendimento aos pacientes em internamento; não participaram os profissionais que não se sentiram à vontade e assim manifestaram resistência de participação e os que estavam afastados do serviço por motivos pessoais.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de maio a dezembro de 2020, em momento previamente estabelecida e em local reservado na UTI. Deu-se por meio de entrevista semiestruturada composta por um roteiro temático com questões disparadoras sobre a temática, buscando a conceituação do termo segurança do pa-

ciente, a interferência da atuação do trabalho multiprofissional e fatores que favorecem e dificultam para a garantia da segurança do paciente em UTI, e a prática da notificação de eventos adversos; além de um questionário contendo questões sociodemográficas. As entrevistas foram gravadas em dispositivo eletrônico, posteriormente transcritas na íntegra e agrupadas em um corpus textual.

O estudo foi baseado na pesquisa por saturação, uma ferramenta conceitual frequentemente empregada nos estudos de investigações qualitativas em diferentes áreas, usada para estabelecer ou fechar o tamanho final de uma amostra em estudo, interrompendo a captação de novos componentes que já foram mencionados⁶.

Os dados sociodemográficos obtidos foram processados segundo a frequência absoluta e relativa pelo software IBM *Statistical ackage for the Social Sciences* (SPSS), versão 25.0, 2017 (IBM Corp, Armonk, Estados Unidos da América) e apresentados em tabela.

O processamento dos dados provenientes das entrevistas deu-se por meio do software IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires), por meio da Classificação Hierárquica Descendente (CHD). O software é desenvolvido na

linguagem Python e utiliza funcionalidades providas pelo software estatístico R., permitindo diferentes formas de análises estatísticas de textos, produzidos a partir de entrevistas, documentos, entre outros.

O processamento possibilitou a classificação de 2 eixos temáticos e 5 classes hierárquicas. Para a criação da classe de palavras, o software utiliza o teste qui-quadrado (χ^2), que infere a associação entre as palavras e a sua respectiva classe⁷.

Na continuidade da análise dos dados, utilizamos o método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). A técnica consiste basicamente em analisar o material verbal coletado em pesquisas que têm depoimentos como sua matéria-prima, com as ideias centrais/ancoragens e expressões chave semelhantes composto de um ou vários discursos-síntese que são os Discursos do Sujeito Coletivo⁸.

Em observância aos aspectos éticos, obedecemos ao previsto na Resolução 466/12 do Ministério da Saúde no Brasil. A pesquisa é parte do projeto maior, intitulada Núcleo de Segurança do Paciente, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, sob parecer nº 2. 392.241.

RESULTADOS

Os dados apresentados na Tabela 1 são correspondentes às variáveis sociodemográficas, com distribuição da frequência absoluta e relativa.

Dentre os participantes da pesquisa, foi possível observar que a maior porcentagem era do sexo feminino 30 (75,0%), em detrimento ao masculino. Vale destacar que o tempo de atuação desses profissionais em UTI variou, com 21 (52,0%) entre 1 e 5 anos de atuação em UTI. O vínculo empregatício era dividido em efetivos (5 - 12,5%) e contratados, com frequência de

5 (12,5%) e 35 (87,5%), respectivamente; sendo que 23 (57,5%) possuíam mais de um vínculo e 17 (42,5%) possuíam apenas 1 vínculo.

A partir do conteúdo das entrevistas, foi gerado um corpus textual e submetido ao processamento da CHD no software IRAMUTEQ, constituído por 39 textos, separados por 353 seguimentos de textos. Emergiram 12.329 ocorrências (palavras), sendo 1.755 palavras distintas e 926 com uma única ocorrência. Emergiram 2 eixos temáticos. O eixo 1 composto pelas classes 6, 2, 4 e 3; e o eixo 2 ramificou-se nas classes 1

e 5. A seguir é apresentado o dendograma com apresentação dos eixos e suas respectivas classes (Figura 1).

As classes estão estrategicamente apresen-

tadas para melhor compressão da temática, resultantes da CHD, após processamento no IRAMUTEQ. Segue a Figura 2, que demonstra a distribuição dos eixos e classes temáticas.

Tabela 1 – Distribuição percentual das variáveis sociodemográficas referente aos participantes da pesquisa, Bahia, Brasil, 2021.

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	30	75,0%
Masculino	10	25,0%
Faixa Etária (anos)		
21-30	18	45,0%
31-40	20	50,0%
45-55	2	5,0%
Profissão		
Enfermeiro (a)	13	32,5%
Médico (a)	3	7,5%
Fisioterapeuta	7	17,5%
Psicólogo (a)	2	5,0%
Nutricionista	2	5,0%
Técnico de Enfermagem	11	27,5%
Farmacêutico (a)	2	5,0%
Pós-Graduação		
Especialização	26	65,0%
Mestrado	1	2,5%
Doutorado	0	0,0%
Não possui ou não se aplica	13	32,5%
Tempo de atuação em UTI		
Menos de 1 ano	12	30,0%
Entre 1 e 5 anos	21	52,5%
Mais de 5 anos	7	17,5%
Vínculo		
Efetivo	5	12,5%
Contratado	35	87,5%
Mais de um Vínculo		
Sim	23	57,5%
Não	17	42,5%

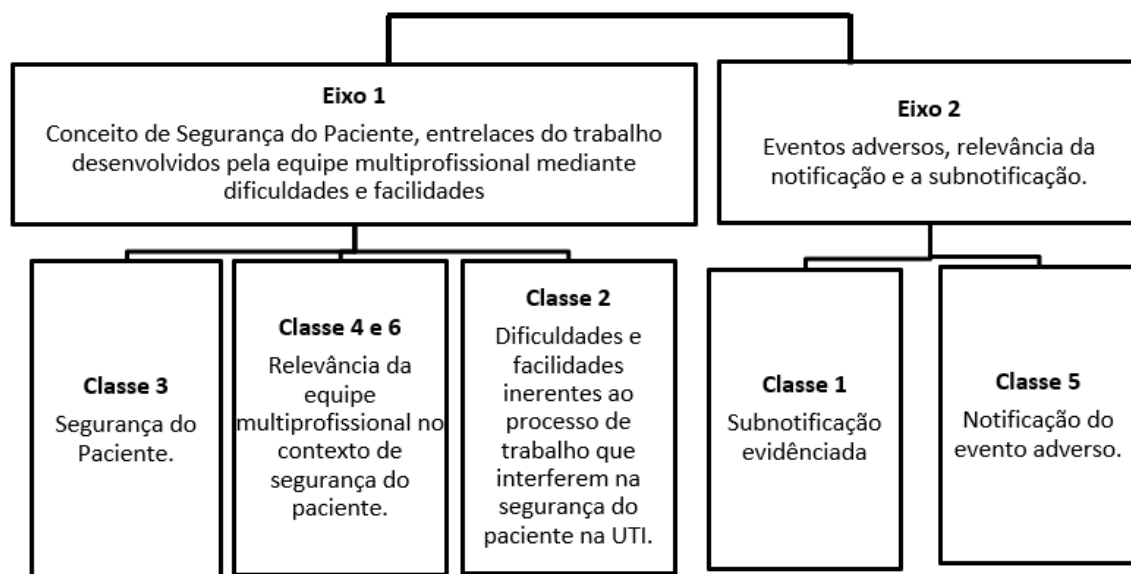


Figura 1 – Dendrograma representativo dos eixos temáticos sobre Segurança do Paciente em UTI, Bahia, Brasil. 2021.

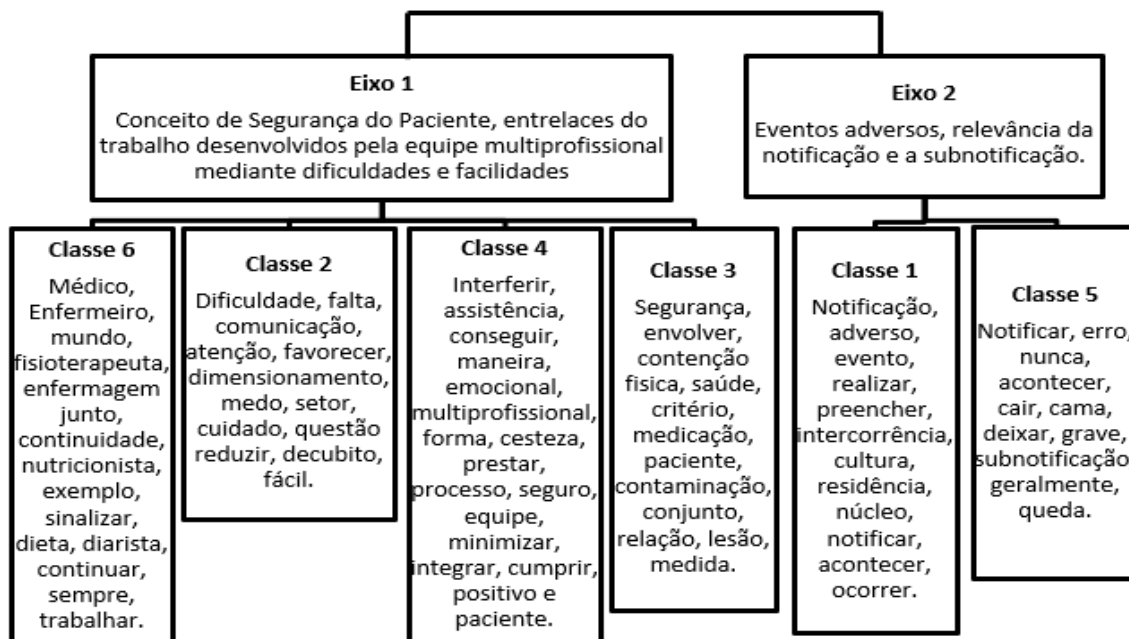


Figura 2 – Distribuição dos eixos e classes temáticas, oriundos da CHD, IRAMUTEQ, Bahia, Brasil. 2021.

Eixo 1: Conceito de Segurança do Paciente, entrelaces do trabalho desenvolvido pela equipe multiprofissional mediante dificuldades e possibilidades

Classe 3: Segurança do Paciente

A classe 3 foi constituída das seguintes palavras e seus respectivos valores de qui-quadrado (x^2): segurança ($x^2 = 55,41$), saúde ($x^2 = 29,19$), físico ($x^2 = 27,33$), medicação ($x^2 = 17,64$), paciente ($x^2 = 16,98$), contaminação ($x^2 = 14,32$), relação ($x^2 = 14,27$). As concordâncias do corpus textual relacionadas à classe 3 foram submetidas a análise do Discurso do Sujeito Coletivo, emergindo dois discursos que expressam o pensamento da coletividade.

DSC I – “A segurança do paciente até pelo termo, é reduzir o dano para o paciente, é tudo aquilo que envolve o bem-estar do paciente durante seu internamento, é você trazer uma assistência segura, promover a esse paciente um menor índice de risco de acidentes”.

O DSC I representa o pensamento da coletividade ao questionamento sobre a conceituação sobre o termo segurança do paciente, descrevendo assim a percepção da equipe multiprofissional.

Classes 4 e 6: Relevância da Equipe Multiprofissional no contexto de Segurança do Paciente

As classes 4 e 6 são relacionadas ao trabalho da equipe multiprofissional, devido semelhança foram agrupadas. São constituídas das seguintes palavras: interferir ($x^2 = 59,13$), assistência ($x^2 = 50,86$), multiprofissional ($x^2 = 22,0$), processo ($x^2 = 20,33$), continuidade ($x^2 = 19,95$), segura ($x^2 = 19,86$), integral ($x^2 = 15,67$), trabalhar ($x^2 = 10,87$). A síntese das concordâncias destas classes possibilitou a construção dos DSC II e III.

DSC II – “Trabalhamos em conjunto para o benefício do paciente, a nossa interação é o ápice para que esse paciente seja tratado de forma correta, e assim, a equipe multiprofissional interfere em todos os sentidos, temos que trabalhar em

equipe para o trabalho fluir”.

DSC III – “A equipe multiprofissional interfere de forma negativa quando os profissionais de saúde trabalham apenas visando o seu campo de atuação, e assim não constrói uma forma terapêutica englobando todas as áreas do paciente. Não pode ser o trabalho do fisioterapeuta, do enfermeiro ou do médico, tem que ser o de todos juntos”.

O DSC II demonstra que os profissionais percebem a importância do trabalho em equipe e o quanto este é significativo para a segurança do paciente. Ainda, menciona a relevância deste trabalho no processo de cuidado em saúde, partindo da premissa que a união dos membros reflete em resultados positivos e primordiais para segurança do paciente, sendo reflexo do trabalho desenvolvido pela equipe de maneira interprofissional.

Em contrapartida, o DSC III desvela uma percepção negativa quando o trabalho é realizado de modo fragmentado, pois, interfere negativamente na assistência à saúde, e consequentemente na segurança do paciente. Afirma que os profissionais não devem trabalhar de maneira dissociada.

Classe 2: Dificuldades e facilidades inerentes ao processo de trabalho que interferem na segurança do paciente na UTI

As dificuldades e facilidades relacionadas ao processo de cuidado, tem interferência para o alcance da qualidade na assistência, visto que, as facilidades podem proporcionar a diminuição da taxa de ocorrência de EA. Assim, a classe 2 é composta pelas principais palavras: dificultar ($x^2 = 74,62$), falta ($x^2 = 44,63$), comunicação ($x^2 = 41,61$), atenção ($x^2 = 34,88$), favorecer ($x^2 = 32,07$), dimensionamento ($x^2 = 18,41$), cuidado ($x^2 = 16,85$), setor ($x^2 = 13,93$), reduzir ($x^2 = 8,82$), decúbito ($x^2 = 8,72$). É possível observar os diversos fatores que dificultam e interferem na segurança dos pacientes em UTI, como também as facilidades vivenciadas, que favorecem para segurança.

Segue o DSC IV, como pensamento coletivo da equipe multiprofissional, que explicita fatores que prejudicam e os que favorecem a segurança do paciente em UTI. Menciona fatores que historicamente vem repercutindo negativamente na prestação da assistência, porém ainda negligenciados.

DSC IV – “O que acaba dificultando essa segurança do paciente é a sobrecarga, o dimensionamento, falta de material, a equipe despreparada, a falta de atenção com o cuidado. Falhas de comunicação em algumas situações. A falta de um protocolo, um instrumento. Já o que favorece é quando a equipe interage de forma coesa e consegue discutir os pacientes. As macas dos leitos são eletrônicas, a questão da identificação dos leitos, e a visita dos diaristas”

Eixo 2: Eventos adversos, relevância da notificação e a subnotificação evidenciada

O eixo 2 faz menção à prática da notificação do EA, assim como desvela a subnotificação existente no serviço. É composta pelas classes 1 e 5, que seguem.

Classe 1: Notificação do evento adverso

As palavras notificação ($x^2 = 96,81$), adverso ($x^2 = 82,87$), evento ($x^2 = 68,87$), preencher ($x^2 = 15,88$), cultura ($x^2 = 11,87$), núcleo ($x^2 = 11,17$), são algumas das que compõe a classe 1, sendo estas relativas ao contexto de notificação. Das ocorrências destas, surgiram dois DSC. O primeiro descreve a prática da notificação e sua

significância, já o segundo apresenta um discurso que infere ao déficit de conhecimento e a não adesão sobre tal prática.

DSC V – “A notificação do evento adverso é importante, porque daí a gente vai solucionar alguns problemas. Deve ser notificado na folha do evento adverso tudo que acontece, como administração de hemocomponente no paciente errado, seja uma queda do paciente, uma perda de sonda, tudo isso, as questões dos eventos adversos na unidade”.

DSC VI – “Nunca fiz notificação, na verdade não sei muito. Quase não ouço falar e nem observo as pessoas realizando essa prática aqui na UTI”.

Classe 5: Subnotificação evidenciada

A classe 5 faz menção a subnotificação dos EA pela equipe multiprofissional, é composta pelas principais palavras: notificar ($x^2 = 59,18$), erro ($x^2 = 30,04$), nunca ($x^2 = 27,52$), grave ($x^2 = 19,47$), subnotificação ($x^2 = 19,47$).

DSC VII – “A notificação só acontece no caso de alguma coisa grave, ou um problema muito extenso. Eu acho que existe uma subnotificação, porque se for para pegar tudo que acontece e tudo que é notificado vai ter uma diferença bem grande. Não é uma cultura notificar”.

O DSC VII reafirma o que foi relatado no DSC VI e demonstra a subnotificação como um fato cotidiano, sendo realizado a notificação apenas de casos graves, o que impossibilita o rastreamento do erro, compreendido como resultante de um processo.

DISCUSSÃO

Foi evidenciado que diversos fatores potencializam a ocorrência de eventos adversos em UTI, fragilizando a segurança dos pacientes, tais fatores estão correlacionados aos processos de trabalho vivenciados. Para tanto, a compreensão de segurança do paciente pela equipe multiprofissional é de grande relevância para reali-

zação das boas práticas preconizadas^{09,10,11}. No decorrer dos resultados, nota-se que o coletivo apresentou um conhecimento em conformidade sobre a conceituação do tema, como corrobora o ministério da saúde, ao conceituá-lo como a busca pela redução dos riscos atrelados ao cuidado, a um mínimo aceitável. Esta compreensão

é essencial para o alcance da qualidade nos serviços de saúde¹².

Sabe-se que os potenciais danos inerentes à prestação da assistência são inegáveis, a prática assistencial embasada na segurança em serviço não garante um cuidado livre de danos, mas, é um dos pilares para o alcance da qualidade na saúde, ao buscar a redução dos riscos que estão diretamente associados às práticas diárias dos profissionais de saúde¹³.

Ao remeter sobre o trabalho da equipe atuante em UTI, observa-se no DSC II a reafirmação de sua importância pelos profissionais que o compõem. Demonstrando que existe benefício, quando há atuação da equipe de maneira interprofissional. A interação entre a equipe é um aspecto fundamental para resolubilidade da atenção em saúde, pois tais práticas promovem um cuidado seguro e efetivo, indispensável em unidades de maior complexidade, como as UTI¹⁴.

Contudo, a coletividade que compõem o DSC III, descreve a percepção da equipe sobre o trabalho realizado de maneira desarticulada, estando assim distante da perspectiva de trabalho interprofissional; a ocorrência de tal processo é uma falha. É indiscutível o efeito dessa articulação para o alcance da qualidade assistencial a pacientes críticos⁴.

A partir dos discursos dos participantes, observa-se a necessidade da diferenciação dos termos multiprofissional e interprofissional. O termo multiprofissional aponta para o trabalho realizado por diversos profissionais com abordagem singulares a partir de diferentes percepções, e de maneira individual. E que a interprofissionalidade perpassa pelo processo de cuidado em saúde de maneira articulada e complementar, na qual as ciências se fundem de maneira estratégica na prestação do cuidado⁴.

No que tange aos processos de trabalho descritos no DSC IV, como sobrecarga de trabalho, o dimensionamento inadequado, a falta de material e outros, observa-se que tais falhas repercutem para ocorrência de EA¹⁵; fatores semelhantes

a estes interferem negativamente na assistência à saúde, sendo consequência do incorreto dimensionamento de pessoal, e a falta de preparo da equipe³.

Faz-se menção as falhas de comunicação e a falta de protocolo na unidade; os ruídos na comunicação, seja ela escrita ou verbal, interferem negativamente na assistência, como de igual modo a falta de Protocolos Operacionais Padrão (POP's), que são sinônimos de barreiras de segurança nos serviços, compreendidos como guias nas práticas assistenciais, buscando auxiliar o seguimento de condutas ao proceder a oferta de determinados cuidados¹⁶.

Em relação as facilidades para garantia de segurança, enfatiza-se a relevância das boas práticas em saúde, do diálogo entre os profissionais envolvidos no processo de cuidar e na disponibilidade de tecnologias nos leitos de UTI. Ainda, reafirma-se a presença do profissional médico diarista, que acompanha diariamente a evolução do paciente em UTI, esse profissional atua para promover a continuidade do cuidar de maneira longitudinal¹⁷.

Neste contexto de EA, observa-se que questões relacionadas a erros de profissionais durante a assistência à saúde, podem afetar também a saúde do trabalhador; assim, tais problemas devem ser considerados devido à frequência, intensidade e proximidade que ocorrem e da interrelação existente entre trabalhador - paciente. Sendo necessário refletir sobre os entraves presentes no processo de trabalho, que trazem riscos à saúde e a segurança do trabalhador e vulnerabiliza a segurança do paciente¹⁸.

Diante de tal problemática, acentua-se a relevância da notificação, uma maneira de identificar os eventos ocorridos e os potenciais, como forma de aprendizado organizacional. Contudo, observa-se a não realização da notificação pela equipe multiprofissional. Reafirma-se a importância da notificação, por ser de baixo custo, e pela política de melhoria contínua, centrada no paciente. Sendo necessário também, que os gestores deem

um feedback à equipe, na busca por melhorias e minimização dos EA¹⁹. Neste serviço, a notificação era realizada por meio de impressos, preenchidos pela equipe, e entregues aos profissionais que compõem o núcleo de segurança do paciente.

Nessa vertente, no DSC VI, o coletivo faz menção que a notificação é feita em casos graves. Contrapondo a este pensamento, sabe-se que não deve ser notificado apenas o EA grave, mas os de menor complexidade, como também dos riscos, suas respectivas causas, processos envolvidos, vislumbrando possíveis estratégias a serem implementadas na busca pela resolução da problemática que permeia o serviço².

Outrossim, existem as circunstâncias notificáveis, tidas como eventos, situações específicas ou inerentes do processo de cuidar, que predis põem a ocorrência do dano, várias foram citadas no presente resultado, como: dimensionamento de pessoal inadequado, falta de materiais ou equipamentos necessários, dentro outras; circunstâncias que interferem na segurança do paciente e que precisam ser notificadas²⁰.

Percebe-se a subnotificação de EA como uma circunstância real através da percepção que traz o DSC VII. O problema da subnotificação, decorre por vezes do não conhecer as circunstâncias a serem notificadas, e também da falta de reconhecimento do registro, fundamental para evitar a recorrência dos EA, promover aprendizado, e gerar informações úteis para estratégias eficazes¹⁹.

Outrora, a cultura punitiva, presente nos serviços de saúde, é um fato prevalente associado a subnotificação. O erro é diretamente associado ao profissional de maneira isolada, atrelado ao caráter punitivo, assim, o medo impede a reali-

zação da notificação do EA ou de uma circunstância notificável quando vivenciada pelos atores envolvidos^{19,20}.

A ocorrência de EA deve ser trabalhada com o objetivo de criar uma prática de segurança não punitiva, anônima e eficiente, com vistas à compreensão dos processos de trabalho, reformulando-os, na busca pela eliminação das falhas organizacionais^{21,22}. Sendo necessário a prevalência da cultura de segurança, na qual o foco está na correção dos processos de trabalho, por meio da adoção de um modelo de assistência baseado no princípio não punitivo, com a intenção de prevenir a recorrência de eventos indesejáveis, defendendo que, na maioria das vezes, os erros são consequências de uma sequência de eventos e não de um único ato isolado, sobretudo em unidades críticas, como UTI, devido a composição de equipes, da gravidade do paciente e rotinas pré-estabelecidas^{2,23}.

As informações apresentadas pelo estudo apontam sobre a necessidade do fortalecimento das ações sobre segurança do paciente, com enfoque nas necessidades de saúde vivenciadas. Sobretudo, em relação aos fatores de interferem na segurança dos pacientes hospitalizados em UTI. Para tanto, é imprescindível o alicerce da cultura de segurança, com a prática frequente da notificação, uma ferramenta primordial para gerenciamento em saúde.

Compreendendo a magnitude da temática, este estudo contribui para produção científica; como também, possibilita subsídios para o Núcleo de Segurança do Paciente, gestão e coordenações hospitalar, a fim direcionar na assistência prestada aos pacientes, alicerçadas nas boas práticas de saúde preconizadas.

CONCLUSÃO

A partir do estudo, acredita-se que é imprescindível instituir ações contínuas relacionadas à segurança do paciente enquanto processo cultural nas instituições de saúde, com ênfase

nas UTIs, a fim de promover maior consciência da equipe multiprofissional, quanto à cultura de segurança e a compreensão de fatores vivenciados diariamente na prática assistencial, que

causam interferência na segurança do paciente.

Nota-se a necessidade de resolução das falhas existentes, sobretudo ao que refere o dimensionamento inadequado de pessoal, as questões relacionadas à interação da equipe multiprofissional e a implementação de protocolos institucionais, que são norteadores do cuidado. Com o fortalecimento da cultura de segurança, onde os profissionais sintam-se empoderados a realizar a notificação, não apenas dos EA, como também das circunstâncias noti-

ficáveis.

Sendo necessário à institucionalização da prática de educação permanente, promovendo discussões entre a equipe, desenvolvendo um momento de aprendizagem entre estes, visto que a equipe multiprofissional necessita inteirar-se constantemente para qualificação do processo de trabalho, com raciocínio e pensamento críticos, resultando assim em práticas adequadas de segurança do paciente, e garantia do cuidado seguro e de qualidade.

CRedit declaração do autor

Conceituação: Gomes RM; Lemos GS; Vieira SNS. Metodologia: Gomes RM; Lemos GS; Vieira SNS. Validação: Gomes RM; Vieira SNS. Análise estatística: Gomes RM; Lemos GS; Oliveira JS. Análise formal: Gomes RM; Lemos GS; Vieira SNS; Santos CS; Oliveira JS; Sanches, GJC; Sousa FS. Investigação: Gomes RM; Lemos GS; Vieira SNS. Recursos: Gomes RM; Lemos GS; Vieira SNS; Santos CS; Oliveira JS; Sanches, GJC; Sousa FS. Elaboração do rascunho original: Gomes RM. Redação e revisão: Gomes RM; Lemos GS; Vieira SNS. Visualização: Gomes RM; Lemos GS; Vieira SNS; Santos CS; Oliveira JS; Sanches, GJC; Sousa FS. Supervisão: Gomes RM; Lemos GS; Vieira SNS. Administração do projeto Gomes RM

Todos os autores leram e concordaram com a versão publicada do manuscrito

REFERÊNCIAS

1. Vasconcelos JMB, Caliri MHL. Ações de enfermagem antes e após um protocolo de prevenção de lesões por pressão em terapia intensiva. *Esc Anna Nery* 2017;21(1):e20170001. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20170001>
2. Minuzz AP, Salum NC, Locks MOH. Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva na perspectiva da equipe de saúde. *Texto Contexto Enferm* 2016; 25(2):e1610015. <https://doi.org/10.1590/0104-07072016001610015>
3. Cruz FF, Gonçalves RP, Raimundo SR, Amaral MS. Segurança do paciente na UTI: uma revisão da literatura. *Revista Científica FacMais*. 2018; XII(1): 167-187.
4. Michel C, Olsson TO, Toassi RFC. Educação Interprofissional em Saúde: análise bibliométrica da produção científica nacional. *Revista da ABENO*. 2019; 19(4): 78-90.
5. Serafim CTR, Dell'Acqua MCQ, Castro MCN, Spiri WC, Nunes HRC. Gravidade e carga de trabalho relacionadas a eventos adversos em UTI. *Rev Bras Enferm*. 2017; 70(5):993-9. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0427>
6. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(1):17-27.
7. Souza MAR, Wall ML, Thuler ACMC, Lowen IMV, Peres AM. O uso do software IRAMUTEQ na análise de dados em pesquisas qualitativas. *Rev Esc Enferm USP*. 2018; 52: e03353a. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017015003353>
8. Lefevre F, Lefevre AMC. Discurso Do Sujeito Coletivo: Representações Sociais E Intervenções Comunicativas. *Relato de Experiência*. *Texto Contexto Enferm*. 2014; 23(2):502-7. <https://doi.org/10.1590/0104-07072014000000014>
9. Amaral JF do, Ribeiro JP, Paixão DX da. Qualidade de vida no trabalho dos profissionais de enfermagem em ambiente hospitalar: uma revisão integrativa. *Espac. Saude [Internet]*. 30º de março de 2015 [citado 24º de fevereiro de 2022];16(1):66-74. Disponível em: <https://espacoparasauade.fpp.edu.br/index.php/espacosauade/article/view/419>.
10. Souza RF, Rosa RS, Picanço CM, Junior EVS, Cruz DP, Guimarães FVO, Boery RNS. Repercussões dos fatores associados à qualidade de vida em enfermeiras de unidades de terapia intensiva. *Rev Salud Pública*. 2018; 20(4):453-459. <https://doi.org/10.15446/rsap.V20n4.65342>.
11. Eberhardt LD, Carvalho M, Murofuse NT. Vinculos de trabalho no setor saúde: o cenário da precarização na macrorregião Oeste do Paraná. *Saúde debate*. 2015; 39(104):18-29. <https://doi.org/10.1590/0103-110420151040432>
12. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde;. - Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf
13. Tres D, Oliveira J, Vituri D, Alves S, Rigo D, Nicola A. Qualidade da assistência e segurança do paciente: avaliação por indicadores. *Cogitare Enferm*. 2016; 21(5):01-08.
14. Lavôr TBLS, Campelo SMA, Pereira MCC, Lopes JV, Pinheiro JDS, Schneider KNLG, Cunha GSDC, Isafas LCS. Práticas

- colaborativas e interprofissional na terapia intensiva: Conhecimento, reflexos e limitações. *Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde*. 2019; 8(1):11-27. Doi: <https://doi.org/10.33362/ries.v8i1.1430>
15. Silva MF, Bezerril MS, Chiavone FTB, Morais SHM, Costa MEGC, Dantas MNPD, Santos VEP. Cultura de segurança do paciente na perspectiva de técnicos de enfermagem de um setor de emergência. *Rev. Rene*. 2021; 22:e60734. Doi: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20212260734>
16. Calvo DGM, Brum AKR, Messias CM. Identificando riscos à segurança do paciente idoso com demência: revisão integrativa. *Research, Society and Development*. 2020; 9(9):e612997877. Doi: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i9.7877>.
17. Duarte SCM, Azevedo SS, Muinck GC, Costa TF, Cardoso MMVN, Moraes JRMM. Boas Práticas de segurança nos cuidados de enfermagem em Terapia Intensiva Neonatal. *Rev Bras Enferm*. 2020; 73(2):e20180482. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0482>
18. Pustiglione M. A segurança (e saúde) do trabalhador da saúde e a segurança do paciente: uma análise do impacto das ações de segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde. *Rev Adm Saúde*. 2017; 17(66):1-15.
19. Siman AG, Cunha SGS, Brito MJM. A prática de notificação de eventos adversos em um hospital de ensino. *Rev Esc Enferm USP*. 2017; 51:e03243. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016045503243>
20. Sagawa MR, Silva AEBC, Lima JC, Bezerra ALQ, Costa NN, Souza MRG, Gimenes FRE. Análise de circunstâncias notificáveis: incidentes que podem comprometer a segurança dos pacientes. *Cogitare Enferm*. 2019; 24:e61984. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.61984>
21. Paes GO, Braz AO, Sauthier M, Oliveira AB, Stipp MAC. Segurança do paciente e seu reconhecimento para a ética nos cuidados de Enfermagem. *Research, Society and Development*. 2020; 9(8):e135985112. Doi: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i8.511>
22. Chen Y, Gong Y. Teamwork and Patient Safety in Intensive Care Units: Challenges and Opportunities. *Stud Health Technol Inform*. 2022;06(290): 469-473. Doi: 10.3233/SHTI220120.
23. Méndez-González MI, López-Rodríguez YL. Seguridad y calidad em la atención al paciente crítico. *Enferm Clín*. 2017;27(2):113-117. Doi: 10.1016/j.enfcli.2017.02.006.

Recebido: 27 fevereiro 2022.
Aceito: 08 novembro 2022.
Publicado: 13 dezembro 2022.