



OS DESAFIOS DA GESTÃO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NA MANUTENÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

Bruno da Silva Brito¹
Henry Witchael Dantas Moreira²
Tânia Macedo Costa³
Rodrigo Márcio Pessoa Marques⁴

RESUMO

A preocupação com qualidade e o cuidado com a segurança dos pacientes nas instituições de saúde existe de maneira global. Esse artigo objetiva fazer uma análise reflexiva acerca dos desafios da equipe multidisciplinar na manutenção da segurança do paciente em Unidade de Terapia Intensiva. Trata-se de uma revisão bibliográfica, de análise conceitual. A identificação e seleção dos estudos foram realizadas na Biblioteca Virtual em Saúde, sendo três bases de dados utilizadas: LILACS, BDNF e MEDLINE. Adotou-se os seguintes critérios para seleção: todas as categorias de artigo; artigos com resumos e textos completos disponíveis para análise; nos idiomas português e inglês, publicados nos últimos 20 anos, contendo os seguintes descritores em ciências da saúde: equipe Multidisciplinar, Segurança do paciente, Segurança do paciente em Unidade de Terapia Intensiva. O universo representou 43 artigos, para amostra foram selecionados 39 artigos, comparados e agrupados por similaridade de conteúdo, sendo construídas duas categorias para análise: A Segurança do Paciente de acordo com as metas internacionais para segurança do paciente e os Desafios do cuidado e a segurança do paciente. Concluímos que há necessidade de se trabalhar com os profissionais a importância da avaliação das necessidades humanas básicas em sua completude, pois, sabemos que o processo saúde-doença não envolve apenas a situação fisiopatológica do paciente, já que ele também está inserido em uma organização e cultura que deve ser respeitada e mantida.

Palavras-chave: equipe multidisciplinar; segurança do paciente; unidade de terapia intensiva.

ABSTRACT

Concern for quality and care for patient safety in healthcare institutions exists globally. This article aims to provide a reflective analysis of the challenges faced by the multidisciplinary team in maintaining patient safety in the Intensive Care Unit. This is a bibliographic review, conceptual analysis. The identification and selection of studies were carried out in the Virtual Health Library, with three databases used: LILACS, BDNF and MEDLINE. The following selection criteria were adopted: all article categories; articles with abstracts and full texts available for analysis; in Portuguese and English, published in the last 20 years, containing the following descriptors in health sciences: Multidisciplinary team, Patient safety, Patient safety in Intensive Care Unit. The universe represented 43 articles, for the sample 39 articles were selected, compared and grouped by similarity of content, creating two categories for analysis: Patient Safety in accordance with international goals for patient safety and Challenges of care and safety of the patient. We conclude that there is a need to work with professionals on the importance of assessing basic human needs in their completeness, as we know that the health-disease process does not only involve the patient's pathophysiological situation, as he is also inserted in an organization and culture that must be respected and maintained.

¹ Docente da Faculdade dos Palmares, brunobrito@faculdedospalmares.com.br



Keywords: multidisciplinary team; patient safety; intensive care unit.

1 INTRODUÇÃO

Como cenário de grande mudança tecnológica nos últimos anos em ambiente hospitalar temos as Unidades de terapia Intensiva (UTI), pois é nesse local onde ocorre a incorporação de novas tecnologias e isso tem ocorrido de forma muito rápida e crescente (BRASIL, 1997). O trabalho realizado em UTI (Unidade de Terapia Intensiva) é complexo, pois os pacientes são considerados críticos e apresentam risco iminente de vida. Os profissionais de saúde enfrentam dificuldades relacionadas à complexidade técnica da assistência aos pacientes, estão expostos às exigentes solicitações dos pacientes, familiares, médicos e instituições, podendo levá-los a vivenciar sentimentos de sofrimento. Nesse sentido, pode-se dizer que a UTI, influenciada pela expressiva demanda de pacientes, assume importância não só pela complexidade e especificidade de ações de cuidar, mas, também, pelos recursos materiais e humanos mobilizados (SHIMIZU, 2000).

O movimento global em busca de segurança e qualidade nos serviços de saúde não é um fato novo. Em 1859, Florence Nightingale, enfermeira visionária, teceu uma reflexão “pode parecer talvez um estranho princípio enunciar como primeiro dever de um hospital não é causar mal ao paciente”. Reconhecendo a magnitude do problema da segurança do paciente a nível global, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu em 2004 a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (World Alliance for Patient Safety). O propósito dessa iniciativa foi definir e identificar prioridades na área da segurança do paciente em diversas partes do mundo e contribuir para uma agenda mundial para a pesquisa no campo (WHO,2004).

O conceito de segurança do paciente, segundo a OMS em documento publicado em 2010, refere-se à redução dos riscos de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável. Esses são conhecidos como eventos adversos, não intencionais decorrentes da assistência prestada ao paciente, não relacionados à evolução natural da doença de base, podendo acarretar lesões mensuráveis nos pacientes afetados, óbito ou prolongamento da internação (PERÃO et.al.2017).

A partir das estatísticas já demonstradas e considerando os dados divulgados pela OMS, onde constatou-se que a cada 10 pacientes admitidos em instituições de saúde, um sofre pelo menos um tipo de evento adverso relacionado à assistência, são de extrema importância as pesquisas que contribuam para aprimorar o cuidado, priorizando a qualidade assistencial para realização de atendimentos isentos de danos, que ofereça assim, segurança ao paciente. (WHO 2010)



Logo, a escolha desse tema se deu pela importância do mesmo para a gestão, os profissionais e usuários da área de saúde, todos têm direito a assistência livre de erros ou danos o que impacta diretamente no resultado prestado da assistência dando maior eficácia ao tratamento e reduzindo custos de internações. Além disso, o assunto precisa ser esclarecido para que os profissionais compreendam as características e os fatores contribuintes associados aos processos que levam a ocorrência de erros no sistema de saúde, estando alertas sobre os possíveis riscos que os pacientes são submetidos ao receberem assistência, além de servir como informação científica para identificar lacunas nas produções, incentivar novos estudos e subsidiar novas estratégias que atuem com eficácia sobre o problema.

Ante ao exposto e acreditando que as mudanças no cenário da prática ocorrem com a reflexão e sensibilização dos envolvidos, sentiu-se a necessidade de realizar uma pesquisa para responder ao seguinte questionamento: “Quais os desafios que os gestores que atuam na Unidade de Terapia Intensiva enfrentam na manutenção da segurança do paciente?” Nesse contexto, esse artigo objetiva fazer uma análise conceitual acerca dos desafios da gestão da equipe multidisciplinar na manutenção da segurança do paciente em UTI.

2 METODOLOGIA

Para alcançar o objetivo proposto, adotou-se a revisão bibliográfica, buscando uma análise conceitual do tópico ou a área de maior interesse, sendo recomendável a escolha de um conceito que esteja ligado à área de experiência profissional (prática, pesquisa, ensino, administração) e que tenha despertado atenção e preocupação na pessoa trata-se de uma busca na literatura para se ter uma ideia de como o conceito em questão está sendo enfocado ou aplicado (FERNANDES 2011).

A presente pesquisa também pode ser classificada como explicativa, pois é o tipo de pesquisa que mais aprofunda o conhecimento da realidade, porque explica a razão, o porquê das coisas e também porque visa identificar os fatores que determinam ou contribuem para a ocorrência dos fenômenos. (RIBEIRO, 2008)

Tal revisão bibliográfica visa contribuir não apenas para o debate teórico, bem como para futuras pesquisas empíricas que refutem ou aprofundem esse conceito. Uma vez que a análise conceitual está intimamente relacionada à evolução e expansão de conhecimentos da equipe multidisciplinar.

A identificação e seleção dos estudos foram realizadas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), sendo três bases de dados utilizadas: LILACS, BDNF e MEDLINE. Foram adotados os seguintes critérios para seleção dos artigos: todas as categorias de artigo (original, revisão



de literatura, reflexão, atualização, relato de experiência, observação, estudo de caso etc.); artigos com resumos e textos completos disponíveis para análise; aqueles publicados nos idiomas português e inglês, nos últimos 20 anos, e artigos que contivessem em seus títulos e/ou resumos os seguintes descritores em ciências da saúde: Equipe Multidisciplinar, Segurança do paciente, Segurança do paciente em UTI. O recurso utilizado na pesquisa foi o termo booleano “AND”.

Reproduzindo essa estratégia de busca e utilizando os critérios estabelecidos, o universo e representado por 43 artigos. Do material obtido, 39 artigos, procedeu-se à leitura minuciosa de cada resumo/artigo, destacando aqueles que responderam ao objetivo proposto por este estudo, a fim de organizar e tabular os dados.

Procedeu-se à análise bibliométrica para caracterização dos estudos selecionados. Posteriormente, foram extraídos os conceitos abordados em cada artigo e de interesse das pesquisadoras. Os trabalhos foram comparados e agrupados por similaridade de conteúdo, sob a forma de categorias empíricas, sendo construídas duas categorias para análise, assim especificadas: A Segurança do Paciente de acordo com as metas internacionais para segurança do paciente e os Desafios dos cuidados da equipe multidisciplinar e a segurança do paciente.

Os dados foram analisados e discutidos a luz da literatura pesquisada. Ao que condiz aos aspectos éticos da pesquisa, ressalta-se a preservação da autoria e o referencialmente das pesquisas utilizadas para elaboração deste artigo. Ainda, pelo seu perfil científico, a revisão dispensa a submissão do estudo a um Comitê de Ética em Pesquisa. Artigo de Revisão Bibliográfica: analisa e discute informações já publicadas. Assim, antes de começar a revisão bibliográfica, leia os chamados “livros clássicos” sobre o tema, para descobrir/relembrar os conceitos e as ideias principais relacionados ao seu trabalho. As principais fontes a serem consultadas para a elaboração da revisão bibliográfica são artigos em periódicos científicos, livros, teses, dissertações e resumos em congresso (FIUZA, 2012).

Quadro 1 – Distribuição dos estudos em relação ao, ano, do estudo e área de formação dos autores, população, cenário do estudo (n=39). João Pessoa - PB, 2021.

ANO DO ESTUDO	N	%
2005	2	5,12
2007	1	2,57
2008	1	2,57
2010	4	10,25
2011	1	2,57



2012	9	23,07
2013	14	35,9
2014	1	2,57
2016	1	2,57
2018	3	7,69
2019	2	5,12
AREA DE FORMAÇÃO DOS AUTORES	N	%
Enfermagem	24	61,53
Médico	8	21,51
Medicina/fisioterapia	1	2,56
Enfermagem/medicina	3	7,69
Enfermagem/farmácia	1	2,56
Enfermagem/medicina/engenharia	1	2,56
Engenharia	1	2,56
POPULAÇÃO ALVO DOS ESTUDOS	N	%
Profissionais de enfermagem (enfermeiros e técnicos)	6	15,38
Acadêmicos (enfermagem/medicina)	2	5,12
AIHs (Autorizações de internamento hospitalar)	1	2,56
Pacientes Crianças/Adolescentes	3	7,69
Prontuários	10	25,64
Equipe multidisciplinar	3	7,69
Pacientes adultos	2	5,12
Pacientes adultos e equipe de enfermagem	1	2,56
Literatura	6	15,38
Pacientes adultos, Médicos e enfermeiros.	1	5,12
Outros	4	10,25
CENÁRIO DAS PESQUISAS		
UTI	4	10,25
Universidade	2	5,12
Hospital	17	43,58
Banco de dados	4	10,25



Clinica cirúrgica pediátrica	2	5,12
Clinica médica	1	2,56
UTI e Semi- intensiva neonatal	1	2,56
Fichas de notificações de erros	1	2,56
Outros	4	10,25
Unidades pediátricas (infetologia, clínica cirúrgica, UTI)	1	2,56
Centro Cirúrgico	1	2,56
Clínica Cirúrgica adulto	1	2,56
TOTAL	39	100

Fonte: Elaborado pelo autor

3 RESULTADO E DISCUSSÃO

De acordo com os dados apresentados no quadro 1, os estudos apontaram maior produção científica sobre o tema no ano de 2013 com 35,9% (n= 14) dos artigos pesquisados. Em uma observação mais criteriosa na flutuação dos anos de publicação dos artigos analisados, foi possível inferir uma maior concentração dos estudos nos anos finais do tempo limite da revisão.

A Joint Commission International (JCI) lançou em 2011 a quarta edição da Standards Lists Version onde no capítulo sobre os Objetivos Internacionais para a Segurança do Paciente (International Patient Safety Goals - IPSG) existem seis metas. São elas: 1) Identificar os pacientes corretamente; 2) Melhorar a comunicação eficaz; 3) Melhorar a segurança dos medicamentos de alto risco; 4) Assegurar sítio, procedimentos e pacientes corretos nas cirurgias; 5) Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde e 6) Reduzir o risco do paciente de danos resultantes de quedas (BUENO,2012).

Em 1º de abril de 2013 foi instituído pela Portaria nº 529 o Programa acional de Segurança do Paciente (PNSP), que definiu os conceitos relevantes na área da Segurança do Paciente e as principais estratégias para implementação do programa: suporte à implementação de práticas seguras nos hospitais, criação de um sistema de notificação de incidentes, elaboração de protocolos e promoção de processos de capacitação (MAURO, DE ALMEIDA E CARREIRO 2019).

Acreditamos que estes marcos no percurso histórico da Segurança do Paciente tenham impulsionado o interesse dos pesquisadores pelo tema e a consequente.

Quanto à área de formação dos autores, foi percebido que os profissionais médicos e enfermeiros são aqueles que mais publicam sobre o tema, respectivamente 61,53% (n=24) e



21,51% (n=8). O destaque na produção de artigos na área estudada por esses profissionais da saúde pode estar relacionado ao fato da proximidade destes com os pacientes, principalmente os enfermeiros, que tendem a permanecer ao lado do paciente o maior tempo durante o tratamento além de serem os profissionais que estão mais à frente da gestão assistencial.

Neste contexto podemos afirmar que enfermagem desempenha um papel fundamental, tanto pelo seu contingente como pela sua proximidade constante e ininterrupta na assistência ao paciente, estando apta a identificar estes riscos, bem como a oferecer valiosas sugestões de melhoria. Sendo assim, essa proximidade pode acabar levantando questionamentos sobre a condição do paciente e sobre as melhores formas de publicação de trabalhos científicos.(BARRETO 2009)

Outro dado observado foi a publicação de autoria de profissionais da área de Engenharia. Para Tibola (2005), a Tecnologia Médico-Hospitalar e a grande preocupação com a segurança do paciente resultaram em uma grande oportunidade para os engenheiros trabalharem no ambiente de assistência à saúde.

Observamos que o prontuário foi em 25,64% (n=10) objeto alvo da totalidade dos estudos. O Conselho Federal de Medicina (CFM), no artigo 1º da Resolução nº 1.639/2002, define prontuário médico como o documento único constituído por um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas com base em fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

Trata-se de um documento de extrema relevância no cuidado ao paciente, servindo à continuidade do cuidado pela documentação da evolução do doente e das terapias utilizadas, além de ser prova para fins jurídicos e fonte de dados para estudos epidemiológicos (PAVÃO, 2011).

Diante do exposto percebemos que o prontuário do paciente exerce um papel importante, pois a maioria desses estudos utilizou o método de revisão de prontuários.

De acordo com o Artigo nº 03 da Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013 que institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do SUS; os hospitais são instituição complexas, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, exigindo-se assistência contínua em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação.

Os riscos de eventos adversos na assistência em saúde existem em diferentes ambientes onde essa assistência é oferecida. Dentre esses diferentes ambientes, destaca-se a Unidade de



Terapia Intensiva (UTI) que, por suas características, é considerada um cenário assistencial de alto risco. Esta unidade tem por peculiaridade um cuidado que é intensivo, ou seja, deve ser prestado de forma rápida, envolve muitos procedimentos, produz um grande volume de informações, é realizado por um número grande e variado de profissionais que, em face de gravidade dos pacientes (MELLO & BARBOSA, 2013).

Constatamos a ausência de estudos desenvolvidos em unidades prestadoras de assistência à saúde diferentes da unidade hospitalar como, por exemplo, consultórios odontológicos ou Unidades Básicas de Saúde.

Quadro2 - Descrição dos assuntos e aspectos abordados nos artigos identificados na base de dados pesquisadas sobre segurança do paciente

Assunto	N	%	Principais aspectos abordados
Cultura de segurança	2	5,12	<ul style="list-style-type: none">• Cuidados de enfermagem
Higienização das mãos	2	5,12	<ul style="list-style-type: none">• Conhecimentos• infraestrutura
Erros de medicações	4	10,24	<ul style="list-style-type: none">• Frequência• Notificações• Cuidados de enfermagem• Sistema de informação nacional
Efeitos adversos	9	23,07	<ul style="list-style-type: none">• Características• Registros em prontuários• Notificações• Pacientes cirúrgicos• Cuidados de enfermagem• Medicamentos• Frequência
Procedimentos	2	5,12	<ul style="list-style-type: none">• uso da ultrassonografia na punção intravascular periférica• CUIDADOS DE ENFERMAGEM
Cirurgia segura	4	10,24	<ul style="list-style-type: none">• Check-list• Protocolo clínico de anestesia segura
Cuidados de enfermagem	3	7,69	<ul style="list-style-type: none">• Carga de trabalho• Teoria de enfermagem• Dimensionamento da equipe de enfermagem



Administração de segura de medicamentos	4	10,24	<ul style="list-style-type: none">• Conhecimentos de profissionais
Identificação de pacientes	2	5,12	
Controle de infecção	1	2,56	<ul style="list-style-type: none">• Infecção de corrente sanguínea relacionada ou associada a cateter Intravenoso central
Erros médico	1	2,56	
Times de resposta rápida	2	5,12	
Segurança do paciente	2	5,12	<ul style="list-style-type: none">• Qualidade do cuidado• Conhecimento de acadêmicos
Total	39	100	

Fonte: Elaborado pelo autor.

Com a finalidade de alcançar os objetivos propostos pelo presente estudo catalogamos as publicações e as agrupamo-las em categorias empíricas no intuito de contabilizarmo-las e analisarmo-las e conseqüentemente discutirmos seus aspectos e contribuições. Esse panorama se faz importante pelo impacto direto no bom resultado assistencial.

A Segurança do Paciente de acordo com as metas internacionais para segurança do paciente

Identificamos ao todo 13 artigos (33,33%) que abordaram temas de acordo com as Metas Internacionais de segurança do paciente; onde verificamos que 5,12% (n=2) dos artigos tratam de higienização das mãos, 2,56% (n=1) aborda aspectos do controle de infecções para segurança do paciente; 5,12% (n=2) contemplam aspectos da identificação do paciente; 4 (10,24%) artigos abordam aspectos do Protocolo de Cirurgia Segura, 4 (10,24%) publicações tratam sobre administração segura de medicações.

Os chamados Desafios Globais para a Segurança do Paciente, previstos na Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, orientam a identificação de ações que ajudem a evitar riscos para os pacientes e ao mesmo tempo, norteiam os países que tenham interesse em implantá-los. E as ações previstas na Aliança Mundial para a Segurança do Paciente podem direcionar as práticas seguras nos serviços de saúde (BRASIL, 2013).

Em 2005, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, da Organização Mundial de Saúde (OMS), propôs o primeiro Desafio Global para a Segurança do Paciente, denominado ‘Cuidado limpo é cuidado mais seguro. Um dos seus principais objetivos o aprimoramento de práticas de Higienização das Mãos (HM), visando prevenir infecções e promover a segurança dos pacientes e dos profissionais (WHO, 2009).



A HM representa uma evidência científica para a prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde. E diferentes estratégias podem ser empregadas na unidade com vistas a promover a adesão à HM, como incentivo do uso de soluções alcoólicas e o estabelecimento de um plano de metas, com o envolvimento de líderes e equipe (DE PAULA, 2015)

Dentre os artigos que compõe a amostra encontramos 4 artigos que abordam o tema da Cirurgia Segura analisando principalmente os aspectos do uso de checklists e protocolos de anestesia segura.

O procedimento anestésico-cirúrgico é parte integrante da assistência à saúde, contribuindo na prevenção de agravos à integridade física e perda de vidas (GRIGOLETO,2011).

A meta do Desafio “Cirurgias Seguras Salvam Vidas” é melhorar a segurança da assistência cirúrgica no mundo por meio da definição de um conjunto central de padrões de segurança que possam ser aplicados em todos os países e cenários . O novo desafio global contempla: 1) prevenção de infecções de sitio cirúrgico; 2) anestesia segura; equipes cirúrgicas seguras; e 4) indicadores da assistência cirúrgica (DA SILVA, 2016).

O checklist, “cirurgias seguras salvam vidas” (figura1), desenvolvido pela OMS foi criado com o intuito de auxiliar as equipes operatórias na redução das ocorrências de danos ao cliente. A aliança mundial para a segurança do paciente contou com vários colaboradores de todas as regiões do mundo, das diversas especialidades cirúrgicas, profissionais da área da saúde e correlatas, clientes e grupos de segurança do cliente. Juntos, identificaram os itens de segurança a serem verificados, de forma que pudessem ser colocados em prática em qualquer sala de operação, resultando, dessa forma, no sistema checklist, que visa reforçar a segurança operatória com práticas corretas e promover uma melhor comunicação e trabalho em equipe (GRIGOLETO, 2011).

**Figura 1:** Checklist de Cirurgia Segura proposto pela Organização Mundial de Saúde.

Checklist da Campanha de Cirurgia Segura - OMS		
Antes da Indução Anestésica	Antes de Iniciar a Cirurgia	Antes do Paciente Sair da Sala Cirúrgica
<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Confirmação sobre o paciente<ul style="list-style-type: none">• Identificação do Paciente• Local da cirurgia a ser feita• Procedimento a ser realizado• Consentimento informado realizado<input type="checkbox"/> Sítio cirúrgico do lado correto / ou não se aplica<input type="checkbox"/> Checagem do equipamento anestésico OK<input type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso instalado e funcionandoO paciente tem alguma alergia?<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Não<input type="checkbox"/> Sim _____Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Não<input type="checkbox"/> Sim e há equipamento disponívelHá risco de perda sanguínea > 500mL (7mL/kg em crianças) ?<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Não<input type="checkbox"/> Sim e há acesso venoso e planejamento para reposição.	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões<input type="checkbox"/> O cirurgião, o anestesista e a enfermagem verbalmente confirmam<ul style="list-style-type: none">• Identificação do Paciente• Local da cirurgia a ser feita• Procedimento a ser realizadoAntecipação de eventos críticos:<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Revisão do cirurgião: há passos críticos na cirurgia? Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas?<input type="checkbox"/> Revisão do anestesista: há alguma preocupação em relação ao paciente?<input type="checkbox"/> Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico? Há alguma preocupação em relação aos equipamentos?O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Sim<input type="checkbox"/> Não se aplicaExames de imagem estão disponíveis?<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Sim<input type="checkbox"/> Não se aplica	<p>A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Nome do procedimento realizado<input type="checkbox"/> A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta (ou não se aplica)<input type="checkbox"/> Biópsias estão identificadas e com o nome do paciente<input type="checkbox"/> Houve algum problema com equipamentos que deve ser resolvido<input type="checkbox"/> O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente

Fonte: OMS, 2010

A realização de anestesia regional é uma prática que exige habilidade humana e, conseqüentemente, está sujeita a erros. Adotar rotina de segurança é fundamental para evitar acidentes.

Segundo analisa a OMS (2010), as complicações na anestesiologia também continuam sendo uma causa substancial de morte durante as cirurgias no mundo, apesar de os padrões de segurança e monitorização que têm reduzido os números de mortes e incapacidades.

Segundo a Fernandes et al. (2011), há elementos essenciais e necessários para melhorar a segurança e evitar eventos adversos decorrentes do procedimento anestésico.

Os mesmos autores acima citados em artigo publicado em 2011, expõe recomendações feitas pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia, tais como: desenvolvimento da cultura de segurança entre os membros da equipe; estímulo à descrição de eventos adversos; e compartilhamento de lições de segurança entre os membros da equipe.

Para a OMS (2010), obstáculo mais crítico para o bom desempenho de uma equipe cirúrgica é a própria equipe: os cirurgiões, os anestesiologistas, os enfermeiros e outros membros devem ter um bom relacionamento e uma comunicação efetiva. Uma equipe que trabalhe unida para usar seus conhecimentos e suas habilidades em benefício do paciente pode prevenir uma proporção considerável das complicações que ameaçam a vida (FERNANDES,2011) .

A identificação do paciente foi tema de 2 artigos dentre as publicações da amostra pesquisada. A identificação está presente na vida do cidadão desde seu nascimento. Ao internar



num hospital, os cidadãos se despersonalizam passando, por vezes, a representar apenas um corpo portador de uma determinada doença e que ocupa um leito hospitalar (BRASIL, 2013). Nos serviços de saúde, constata-se prática comum entre os profissionais, a referência aos pacientes pelo número do leito ou pela doença que o trouxe ao serviço.

Os processos falhos de identificação do paciente estão dentre as causas mais comuns de eventos adversos na administração de medicamentos, nos exames diagnósticos, nos procedimentos cirúrgicos (BRASIL, 2013).

A identificação do paciente, que realizado corretamente previne erros relacionados ao cuidado prestado pela equipe de profissionais de saúde, nos diferentes níveis de atenção à saúde. Diante dos elementos que compõem o constructo “segurança do paciente” e da complexidade dos processos de trabalho nas instituições hospitalares,, constata que a identificação do paciente é abrangente e de responsabilidade multidisciplinar, uma vez que envolve aspectos de estrutura, desenhos dos processos de trabalho, cultura organizacional, prática profissional e participação do usuário (TASE,2013).

A administração segura de medicamentos foi o tema abordado em 4 publicações. O sistema de medicação é complexo, visto que para sua realização se faz necessário o cumprimento correto de vários processos, como os de prescrição do regime terapêutico, de dispensação e de preparo e administração do medicamento. Esses aspectos, desde que não observados, tornam os erros frequentes nos serviços de saúde e com sérias consequências para pacientes, organizações hospitalares e sociedade (BRASIL,2013).

Além disso, sabe-se que estes erros podem ocorrer em qualquer etapa do sistema, sendo classificados em: erros de prescrição, erros de dispensação, erros de administração e erros de monitoração das reações.

Ainda, é relevante considerar que os avanços tecnológicos e científicos vão ocorrendo nos serviços de saúde, mais complexo se torna o sistema de medicação nos hospitais, favorecendo a ocorrência de erros (MELO, 2013).

Desafios do cuidado de enfermagem e a segurança do paciente

Além das publicações já citadas, mediante análise feita obtemos que 15,38% (n=6) dos artigos que abordam assuntos diversos dentro da temática de segurança do paciente porém estes relacionam o assunto abordado ao cuidado de enfermagem dentro de suas discussões como verificamos no Quadro 1.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) estabelece parâmetros para o dimensionamento de pessoal de enfermagem nas instituições de saúde, com base na aplicação de um Sistema de Classificação de Pacientes, como critério para se estabelecer o perfil de cada



paciente internado nas unidades hospitalares, as horas mínimas de assistência e a distribuição dos profissionais para cada tipo de cuidado.

Os profissionais de enfermagem desempenham continuamente atividades em contato com pessoas, implicando, muitas vezes, em um trabalho desgastante, estando frequentemente envolvido em situações imprevisíveis e de risco tanto para o paciente. A enfermagem desempenha um papel fundamental no reconhecimento desses riscos, tanto pelo seu contingente como pela sua proximidade constante e ininterrupta na assistência ao paciente, estando apta a identificar estes riscos, bem como a oferecer valiosas sugestões de melhoria (AIZENSTEIN & TOMASSI, 2011).

O cuidado é considerado a essência do trabalho da enfermagem e precisa ser realizado sem causar dano, de modo a atender o cliente de maneira integral, portanto, é responsabilidade dos profissionais da saúde e da instituição prestadora do cuidado garantir um cuidado seguro ao cliente, qualificando, deste modo, a assistência de enfermagem (FASSINI & HAHN 2012).

Concordando com a análise feita por Siqueira e Pedreira (2009), a prática de enfermagem em hospitais é afetada por vários elementos ligados aos erros na assistência, tais como a gravidade e a complexidade das doenças dos pacientes internados. Podemos somar a estes, o curto período de internação, o número de atividades delegadas pelos enfermeiros aos técnicos e auxiliares de enfermagem, o declínio do número de pessoal de enfermagem e a sobrecarga de atividades, a elevada rotatividade de pessoal e as longas horas de trabalho. Afirma-se que é na administração da terapêutica medicamentosa que a enfermagem está mais propensa ao erro, não só por ser uma fase do sistema de medicação que depende de várias etapas anteriores, mas também por ser o último momento para detecção do erro.

Neste contexto destaca-se a importância de se repensar o processo de trabalho de enfermagem dentro das instituições hospitalares. Superar as falhas e problemas requer o conhecimento de que toda a atividade de assistência à saúde possui pontos frágeis que podem comprometer a segurança do paciente e que a chave para reduzir o risco é criar um ambiente sem a cultura da culpa e com a cultura de vigilância e cooperação (CAMERINI & SILVA, 2011).

Considerando que o dimensionamento do quadro de recursos humanos em instituições de saúde. É imprescindível para a segurança do paciente, para a qualidade da assistência e, conseqüentemente, para a otimização da aplicação dos recursos em saúde, tendo em vista que pacientes mais bem tratados tem menores riscos de estarem expostos a eventos adversos e complicações.

Cucolo e Perroca (2010) obtiveram como um dos resultados de seu estudo que ações de cuidado como o banho de leito, o transporte de pacientes e a administração de medicamentos



foram apontadas neste estudo como alguns dos principais fatores que têm impacto na carga de trabalho da equipe de enfermagem e na segurança dos pacientes. Esses aspectos deveriam ser estudados com maior profundidade para diminuir os riscos aos quais os pacientes hospitalizados estão expostos.

Profissionais que atuam nas áreas de ensino, assistência e pesquisa precisam somar esforços para demonstrar que os profissionais da área de saúde no país não trabalham em número suficiente, com a qualificação profissional e com recursos que lhes permitam desenvolver práticas eficazes e seguras (PEDREIRA,2009).

Falar sobre a contribuição das teorias para a construção do conhecimento da área nos remete, quase que obrigatoriamente, a Florence Nightingale, cujas ações e publicações lhe renderam o reconhecimento como fundadora não só da Enfermagem moderna mas da assistência de um modo geral. A relação entre risco e cuidados à saúde é muito próxima. Compreendem-se como risco as condições, situações, procedimentos que, caso ocorram, podem resultar em efeito negativo para o paciente. Quanto mais especializados são os meios de diagnóstico e tratamento, maiores os riscos agregados (LAGE, 2010).

A notificação é necessária para o desenvolvimento de estratégias que reduzem o risco de incidentes evitáveis no sistema de saúde. Todavia, poucos profissionais notificam seus erros e menos ainda são os que os analisam, o que implica na dificuldade de aprendermos com os erros cometidos, e mais ainda, de prevenirmos no futuro ocorrências semelhantes. Tal comportamento é consequência da cultura de punição que cerca a ocorrência de erros no sistema de saúde (LAGE,2010).

Como as organizações de cuidado de saúde se esforçam continuamente para melhorar, há um reconhecimento crescente da importância de uma cultura de segurança do paciente (PAESE & SASSO, 2013).

Para que o cuidado seja seguro, é necessário construir uma cultura de segurança, definida pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente como:

- Cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares;
- Cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais;
- Cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança.

Para Reis et al. (2012) o maior desafio em um movimento para um sistema de saúde seguro é, muitas vezes, cultural. Uma cultura de culpa, em que os erros são vistos apenas como



fracassos pessoais, deveria ser substituída por uma cultura em que os erros sejam encarados como oportunidades de melhorar o sistema.

Neste contexto, todas as organizações que se preocupam com a segurança do paciente, devem analisar os dados notificados, bem como, desenvolver uma cultura de segurança na organização, para que possa gradativamente conhecer a realidade local e propor estratégias direcionadas para uma prática segura (BRASIL,2013) .

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em terapia intensiva percebemos uma dinâmica diferenciada no trabalho da equipe Multiprofissional, que além de integral e contínuo, visa uma avaliação detalhada e frequente do estado de saúde do indivíduo, visto sua condição crítica.

Este estudo refletiu sobre os desafios da gestão em agrupar as diferentes áreas de conhecimento na manutenção da segurança do paciente na UTI. Logo, os profissionais e as organizações de saúde se encontram no estágio inicial de entendimento e melhoria da segurança do paciente.

Pensar o cuidado seguro atrelado a uma teoria consolidada a cientificidade das diversas profissões envolvidas no processo do cuidado. Construir essa reflexão comparativa dos 10 Passos para a Segurança do Paciente com as necessidades básicas psicobiológicas, psicossociais, psicoespirituais proporcionou verificar a conexão dessas necessidades com o cuidado seguro ao paciente. Portanto, as reflexões teóricas deste estudo poderão contribuir para a implementação de cuidados seguros tendo como sustentação teórica a Teoria das Necessidades Humanas dando maior efetividade e resolubilidade aos problemas apresentados pela instituição.

Aos profissionais de terapia intensiva compete cuidar do indivíduo nas diferentes situações críticas dentro da UTI, de forma integrada e contínua com os membros da equipe de saúde, para isso os enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos, Odontólogos, Terapeutas Ocupacionais, Fonoaudiólogos, Assistentes Sociais e Psicólogos de UTI precisam pensar criticamente analisando os problemas e encontrando soluções para os mesmos, assegurando sempre sua prática dentro dos princípios éticos e bioéticos de cada profissão. Compete ainda a estes profissionais avaliar, sistematizar e decidir sobre o uso apropriado de recursos humanos, físicos, materiais e de informação no cuidado ao paciente de terapia intensiva, visando o trabalho em equipe, a eficácia e custo-efetividade e principalmente, a efetiva segurança do paciente.



Frente aos resultados obtidos, vê-se que há necessidade de se trabalhar com os profissionais realmente especialistas em intensivistas. Essa importância se apresenta desde o processo de avaliação em todo processo de saúde-doença, não envolvendo apenas a situação fisiopatológica do paciente, já que ele também está inserido em uma organização e cultura que deve ser respeitada e mantida.

Outro apontamento a ser feito, é que processos os processos de formação poderiam ter características mais amplas e abranger toda rede de saúde com características semelhantes entre os serviços formando uma rede integrada mais segura, propiciando o intercâmbio de profissionais sem perda de qualidade tendo como propósito transformar a realidade assistencial. A partir dessas características descritas, nasce a proposição de uma metodologia formativa e avaliativa.

Desta forma, faz-se necessário que os profissionais se aprimorem na assistência segura aos pacientes através de cursos de atualização e capacitação, dentro da proposta da educação continuada. Portanto, é essencial a ação conjunta de profissionais e gestores para promover a segurança do paciente durante o período que este estiver sob cuidados em Unidades de Terapia Intensiva.

REFERÊNCIAS

AIZENSTEIN M. L.; TOMASSI, M. H. Problemas relacionados a medicamentos; reações adversas a medicamentos e erros de medicação: a necessidade de uma padronização das definições e das classificações. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básicas e Aplicadas**, v32, n2, pp169-73, 2011.

BARRETO, V. P. M. **A gerência do cuidado prestado pelo enfermeiro a clientes internados em terapia intensiva**. 2009. Dissertação de Mestrado

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasil. Ministerio da Saude, 1997.

BUENO A. A. B. FASSARELA, CS. Segurança do Paciente: uma reflexão sobre sua trajetória histórica. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, Rio de Janeiro, v 6, n1, pp 12-20, 2012.

CAMERINI F. G.; SILVA, L. D. Segurança do paciente: análise do preparo de medicação intravenosa em hospital da rede sentinela. **Revista Texto-Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v20, n1, pp41-49, jan/mar, 2011.

CUCOLO D. F.; PERROCA M. G. Reestruturação do quadro de pessoal de enfermagem e seu impacto sobre as horas de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v18, n2, pp01-09, mar-abr 2010.



- DA SILVA, J. A.; PINTO, F. C. M. Avaliando o impacto da estratégia de segurança do paciente implantada em uma unidade de clínica médica de um hospital universitário sob a perspectiva da dimensão da atenção à saúde. **Revista de Administração em Saúde**, v. 17, n. 66, 2016
- DE PAULA, A. O. Impacto da estratégia multimodal na adesão a higiene de mãos entre a equipe multiprofissional. 2015
- FASSINI P.; HAHN G. V. Riscos à segurança do paciente em unidade de internação hospitalar: concepções da equipe de enfermagem **Revista de Enfermagem da UFSM**, Rio Grande do Sul, v2, n2, pp 290-299, mai/ago, 2012.
- FERNANDES, C. R., et al.,. Recomendações da Sociedade Brasileira de Anestesiologia para Segurança em Anestesia Regional. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v61, n5, pp 688-694, set/out,2011.
- FERNANDES, M. G. M. et al. Análise conceitual: considerações metodológicas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, p. 1150-1156, 2011.
- FIUZA, P. J. Adesão e permanência discente na educação a distância: investigação de motivos e análise de preditores sociodemográficos, motivacionais e de personalidade para o desempenho na modalidade. 2012.
- GRIGOLETO, A. R. L.; GIMENES, F. R. E.; AVELAR, M. C. Q. Segurança do cliente e as ações frente ao procedimento cirúrgico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 13, n. 2, 2011.
- MAURO, E. A. C.; DE ALMEIDA CARREIRO, Mônica. Erros e violações no preparo e administração de medicamentos na unidade de terapia intensiva. **Revista Pró-UniversUS**, v. 10, n. 1, p. 51-54, 2019.
- MELLO J. F.; BARBOSA S. F. F. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem. **Texto&Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v 22, n 4, out/dez, pp 1124-33, 2013.
- PAESE F.; SASSO, G. T. M. D. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Texto-Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v.22,n2, pp302-310, abr./Jun 2013.
- PAVÃO A. L. B., et al. Estudo de incidência de eventos adversos hospitalares, Rio de Janeiro, Brasil: avaliação da qualidade do prontuário do paciente. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v14, n4, pp 651-61,dez, 2011.
- PERÃO, O. F. et al. Segurança do paciente em unidade de terapia intensiva de acordo com a teoria de Wanda Horta. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 3, 2017.
- REIS, C. T; MARTINS, M; LAGUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. **Ciência & saúde coletiva**, v. 18, n. 7, p. 2029-2036, 2013.
- RIBEIRO, E. A. A perspectiva da entrevista na investigação qualitativa. **Evidência: olhares e pesquisa em saberes educacionais**, Araxá/MG, v. 4, n. 5, p. 129-148, 2008.
- TASE TH, et al.,. Identificação do paciente nas organizações de saúde: uma reflexão emergente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre. v34, n2, pp196-200, 2013.



TIBOLA A. **Contribuição para inovação e implantação de incubadora tecnológica em engenharia biomédica – uma visão da engenharia clínica.** 2005. 216f. Dissertação (Mestrado em Engenharia Elétrica) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

WHO - World Health Organization. **Patient Safety - Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety.** Version 1.1. Technical Report. January 2009.