



**LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
CURSO DE ENFERMAGEM**

**SEGURANÇA DO PACIENTE: uma atitude permanente no cotidiano do
enfermeiro em unidade de terapia intensiva**

**CACILDA CABRAL DE MELO NETA
Profa. Ms. Edilene Castro dos Santos**

**NATAL/RN
2015**

CACILDA CABRAL DE MELO NETA

**SEGURANÇA DO PACIENTE: uma atitude permanente no cotidiano do
enfermeiro em unidade de terapia intensiva**

Artigo científico apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para obtenção do título de enfermeiro.

Orientador: Prof^a Ms. Edilene Castro dos Santos.

**NATAL/ RN
2015**

RESUMO

A internação de um paciente em unidade de tratamento intensivo é precedida de condições críticas, presentes e potenciais, que colocam em risco a vida do ser. Por isso, o cuidado é voltado para os aspectos físicos, orgânicos, biológicos, como controle e manutenção das funções vitais, com ênfase no uso de tecnologias e aplicação de conhecimento técnico-científico, visando à manutenção da vida. Sendo assim, a questão norteadora da pesquisa foi: Quais as ações que o enfermeiro realiza para promover a segurança do paciente na unidade de terapia intensiva? Diante deste contexto, o objetivo geral deste estudo é identificar na literatura nacional quais os passos para promover a segurança do paciente. Trata-se de uma pesquisa do tipo revisão integrativa. A coleta de dados aconteceu de abril a outubro de 2015 nas bases de dados da BVS, LILACS, SCIELO. Os resultados encontrados evidenciaram-se que o movimento da segurança do paciente vem agregando uma série de iniciativas para melhoria dos processos de assistência em saúde, sabe-se que existem várias situações que favorecem o desencadeamento de erros nos ambientes de trabalho da enfermagem, tais como horas de trabalho prolongadas e fadiga, questões de carga de trabalho, locais de trabalho e processos de atendimento mal projetados, e falta de sistemas de apoio à tomada de decisão e de comunicação eficaz entre os membros da equipe. Percebe-se que, o enfermeiro é um profissional capaz que pode por meio de capacitações estar promovendo um cuidado maior ao paciente enfermo em seu cotidiano.

Palavras-chave: Segurança do Paciente, Unidade de Terapia, Intensiva. Enfermagem.

ABSTRACT

The admission of a patient in intensive care unit is preceded by a critical condition, present and potential, which endanger the life of being. Therefore, care is focused on the physical, organic, biological, such as control and life support, with emphasis on the use of technologies and application of technical and scientific knowledge, in order to sustain life. Thus, the guiding research question was: What are the actions that the nurse performs to promote patient safety in the intensive care unit? Given this context, the aim of this study is to identify in national literature what steps to promote patient safety. It is a descriptive the type integrative review. Data collection took place from April to October 2015 in the VHL bases, LILACS, SCIELO. The results were revealed that the movement of patient safety has been adding a number of initiatives to improve health care processes, it is known that there are several situations that favor the triggering errors in nursing work environments such as extended hours and work fatigue, workload issues, workplaces and poorly designed processes of care, and lack of support systems for decision making and effective communication between team members. It is noticed that the nurse is a professional who may be able through training to be promoting greater care to the sick patient in their daily lives.

Keywords: Patient Safety, Unit Therapy Intensive, Nursing.

1 INTRODUÇÃO

Na contemporaneidade, a preocupação com a segurança do paciente nas instituições de saúde, tem sido foco de discussões em âmbito global. Nas últimas décadas nota-se uma crescente preocupação em proporcionar uma eficaz assistência em saúde de forma segura aos pacientes, visto que a segurança é um problema de saúde antigo e de abrangência mundial, pois não há como oferecer uma boa assistência se esta não for feita com segurança.

Nesse sentido, evidências indicam que o paciente está sujeito a riscos enquanto usuário do serviço de saúde e apesar da rotina beira-leito, ensinar a proceder aos cuidados certos, no momento certo, da maneira certa, ao paciente certo, ainda se observam eventos adversos e erros desnecessários associados aos cuidados em saúde (TOFFOLETTO, 2008).

De acordo com Vicent (2009) a nível mundial, a procura para se prestar uma assistência segura é um desafio constante. Logo, vê-se que a expressão “segurança do paciente” é muito utilizada, no entanto, definida com pouca clareza. Pode ser definida como “o ato de evitar, prevenir e melhorar os resultados adversos ou lesões originadas no processo de atendimento médico-hospitalar”.

Desta forma, através da Portaria nº 529, de 1º de Abril de 2013, o Ministério da Saúde (MS), institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), com o intuito/propósito de verificar e prevenir danos na assistência à saúde, em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, quer públicos, quer privados de acordo com a prioridade dada à segurança do paciente (BRASIL, 2013).

Contribuindo com esse contexto, Duarte et al (2015, p. 145) ressalta: através da Portaria citada acima o MS instituiu “a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 36/2013, que determina ações para a segurança do paciente nos serviços de saúde”. Ambos os dispositivos suscitaram a criação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) nos serviços de saúde através da execução do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP).

A partir disso, as instituições da saúde passam a inserir ações e protocolos para prevenir e reduzir a incidência de eventos que gerem danos ao

paciente, uma vez que os serviços de saúde são ambientes que também oferecem riscos aos usuários.

Diante deste cenário Garcia et al (2010) acrescenta que dentro dos passos para promover a segurança do paciente estão: identificar corretamente o paciente (nome e leito); trabalhar na comunicação entre equipes, melhorar a segurança na prescrição, a utilização e na administração de medicamentos, dentre outros.

Assim, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) por ser uma área de alta complexidade, na qual acolhe pacientes com risco eminente de morte, torna-se necessário a avaliação, de uma maior atenção a esses aspectos de cuidados que evitem danos aos cliente (GARCIA, *et al.*, 2010).

Por essas razões a UTI passa a ser vista como unidade, onde o paciente, com prognósticos não favoráveis e muitas vezes, sem perspectiva de sobrevivência. Logo, a perspectiva humana do cuidado de enfermagem em UTI é um dos mais complexos de ser executados.

Por conseguinte, a UTI é um setor, onde o compromisso do profissional da saúde está sempre relacionado ao bom atendimento ao paciente do ponto de vista técnico e humano, e não somente ao sucesso terapêutico. A obrigação do profissional da saúde com seu paciente não é de resultado, mas sim de diligência. Dessa maneira, amplia-se a complexidade dos recursos tecnológicos, a desagregação do cuidado, e a falta de ensino voltada a humanização de maneira efetiva (GARCIA, *et al.*, 2010).

A atuação da enfermagem diante da segurança do paciente é cada vez mais necessária, pois diversos indivíduos são vítimas de erros no momento da assistência e estadia em unidades hospitalares. Com isso, é importante que o sistema de saúde venha a ser transformado junto aos profissionais da área, sendo imprescindível investir nas instituições e desenvolver capacitações e qualificações da equipe de enfermagem, para assim desempenhar com habilidade e competência assistência segura ao paciente (BRASIL, 2013).

Para Silva (2010) o grande desafio dos especialistas em relação à segurança do paciente é buscar a diminuição dos eventos em relação às instituições de saúde, por parte dos dirigentes, de que a razão dos erros e eventos adversos é multifatorial já que os profissionais de saúde estão

vulneráveis a praticar eventos adversos e também quando os processos técnicos e organizacionais são complexos e mal planejados. Os sistemas fracassam em todo o mundo e desde que a assistência seja prestada por seres humanos há a possibilidade de promoção de riscos e danos aos pacientes, embora o que seja de fato importante neste momento é que esta realidade não seja mais esquecida.

Dentro deste contexto, este estudo mostra-se relevante uma vez que ao refletir sobre a importância do trabalhador da enfermagem frente ao processo de construção de medidas de segurança, bem como uma assistência mais humanizada no universo da saúde, pode colaborar com discussões sobre o papel desse profissional frente à necessidade urgente de cuidar de forma eficaz dos serviços de saúde. Outro fator relevante encontra-se na percepção de que estudos voltados para o papel da enfermagem no processo de segurança do paciente dentro da UTI ainda são escassos, revelando uma carência de publicações sobre o tema proposto. Com isso, o interesse parte da importância da temática que contribui na melhoria da assistência de enfermagem no ambiente hospitalar, uma vez que amplia o conhecimento acerca da segurança do paciente.

Diante desse contexto, a pergunta norteadora da pesquisa será: Quais as ações que o enfermeiro realiza para promover a segurança do paciente na UTI?

Com isso, o objetivo geral do estudo é identificar na literatura nacional quais os passos para promover a segurança do paciente. Como objetivo específico tem: Identificar as ações realizadas pelo enfermeiro para promover a segurança do paciente através da Sistematização da Assistência de Enfermagem.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A seguir serão expostos tópicos relacionados ao tema, para melhor compreensão da temática abordada.

2.1 SEGURANÇA DO PACIENTE

A Organização Mundial de Saúde (OMS), no ano de 2004, evidenciou a preocupação com a situação criando a *World Alliance for Patient Safety* com objetivos que eram, dentre outros, organizar os conceitos e as definições sobre a segurança do paciente e oferecer medidas para reduzir os riscos e mitigar os eventos adversos (BRASIL, 2013).

Diante desta problemática, acentua a fundamental importância de não esperar por alterações prefixadas ou políticas específicas e, sim, expandir atos proativos em relação à segurança (BRASIL, 2013).

Mediante a este contexto, Beccaria et al (2009) ressalta que a segurança do paciente: é a supressão e intervenção humana de atos seguros dentro do ambiente de assistência à saúde, bem como o uso de boas práticas para alcançar resultados satisfatórios para o paciente. Com isso, a visão que se tem é que esta segurança significa não correr riscos, estar confiante e ileso, sem qualquer dano.

Uma assistência com menos erros poderá ser alcançada através de uma mudança no modo de organização do trabalho, do ambiente, na participação mais ativa dos profissionais de saúde e pacientes no sentido de que seja reforçada a participação dos usuários quanto à identificação e prevenção de ocorrências adversas no ambiente hospitalar. A queda de pacientes do leito ou da própria altura é outro evento adverso que necessita ser criteriosamente avaliado, podendo causar ferimentos e sequelas aos pacientes, prolongando o tempo e os custos da internação hospitalar, com consequente responsabilização legal da equipe de saúde e da instituição. Destaca-se que a prevenção de quedas é um indicador de resultado, além de ser um dos focos da ANVISA, presente no PSP, estabelecido pela RDC 36/2013. Quando não ocorre a realização de procedimentos como curativos e mudança de decúbito, o paciente é exposto a práticas não seguras de assistência, além de retardar a alta hospitalar, o retorno às atividades da vida diária e, consequentemente, ocasionar um aumento nos custos hospitalares. Os procedimentos de enfermagem são considerados de extrema importância para o paciente, influenciando diretamente na sua recuperação e na prevenção das infecções hospitalares (DUARTE, et al, 2015, p. 151).

Sendo assim, os profissionais de saúde que prestam assistência direta aos pacientes devem desempenhar suas funções de maneira segura, conscienciosa e terapêutica. Para o documento de referência para o PNSP,

não se pode organizar os serviços de saúde sem considerar que os profissionais vão errar, errar é humano, cabendo ao sistema criar mecanismos para evitar que o erro atinja o paciente (BRASIL, 2013).

Nesse contexto, a assistência à saúde isenta de risco e falhas ao paciente, é um objetivo a ser alcançado pelos profissionais da saúde em conjunto com o sistema.

Em relação ao enfrentamento dos eventos adversos, como por exemplo, erros e ocorrências em serviços de saúde, que colocam em risco a segurança do paciente, é primordial conhecer o domínio e a magnitude da sua ocorrência, que vai muito além do desenvolvimento de uma sistema informatizado (BECCARIA, *et al*, 2009).

Ainda para os autores, em outras palavras, é um desafio para a enfermagem desenvolver um conjunto de ações para garantir a ausência de eventos adversos, erros e incidentes, ou até mesmo minimizar ao máximo as suas ocorrências, já que, tais ações devem ser orientadas para a prevenção de riscos evitáveis.

Enfim, faz-se necessário para assegurar a segurança do paciente, criar uma cultura de segurança na hospitalização do paciente, com o objetivo de mobilizar os profissionais da saúde, os serviços, as intuições, os gestores e as políticas públicas em prol da segurança e da proteção do paciente, garantindo assim os seus direitos fundamentais de vida e saúde, quando inseridas nos serviços de saúde (GARCIA, *et al.*, 2010).

2.3 HUMANIZAÇÃO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

A palavra humanizar significa cuidar do paciente de forma holística, envolvendo o contexto familiar e social, inserindo com respeito seus valores, esperanças, aspectos culturais e os medos de cada um (TOFFOLETTO, 2008).

De acordo com Orlando (2004) a humanização é um processo que deve rodear toda a equipe da UTI, sendo responsabilidade da mesma, tanto as intervenções tecnológicas e farmacológicas como a preservação da integridade do paciente como ser humano.

Resgatar a humanização nas UTIs talvez seja voltar a refletir, cada vez mais conscientemente, sobre o que é ser humano. É verdade sim, que não pode-se questionar o surpreendente desenvolvimento tecnológico do mundo, mas isso não é necessariamente a leitura de que as pessoas que vivem nesse mundo se tornaram mais afetivas, compreensivas, sensíveis e solidárias. Sim, a UTI precisa e deve utilizar-se dos recursos tecnológicos cada vez mais modernos, avançados, entretanto, não devia-se esquecer que jamais a máquina substituirá a essência humana (TOFFOLETTO, 2008).

Assim compreende-se que, a hospitalização em UTI pode acarretar alterações psicológicas e sociais não só ao paciente, mas também à sua família. Visto que, esse ambiente passaram a centralizar não apenas na recuperação do paciente, mas também em seu bem-estar e suas características e necessidades individuais (GARCIA, *et al.*, 2010).

No que tange Mezzomo (2001, p. 276), um "hospital humanizado é aquele que sua estrutura física, tecnológica, humana e administrativa valoriza e respeita a pessoa, colocando-se a serviço dela, garantindo-lhe um atendimento de elevada qualidade".

A instituição de Programas de Humanização nas UTIs, discutidos, implementados e monitorados por grupos multiprofissionais deve ser encorajada, pois de fato: "A humanização se faz por pessoas" (GARCIA, *et al.*, 2010).

Salientando o envolvimento da equipe de enfermagem na UTI, ressalta a necessidade de humanizar a assistência e os cuidados de enfermagem devem ser apreciáveis como a mola impulsiva para humanizar o ambiente da UTI (ARAUJO, 2005).

2.4 O PAPEL DO ENFERMEIRO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

A enfermagem vem articulando durante a história, aliado aos conhecimentos empíricos, teórico e científico, a executar suas ações/atividades com base não apenas em normas disciplinares, mas também em rotinas repetidas da sua atuação. Segundo Alencar; Diniz; Lima (2004) com a

afirmação da enfermagem como ciência, as alterações acerca da clientela da UTI, assim como da organização, do avanço tecnológico existente nela e dos próprios profissionais de enfermagem, a prática da profissão passa a ser mecânica, massificada e descontínua, porém, se esta utilizar de métodos humanísticos de trabalho, como o toque por exemplo, a comunicação, estes podem favorecer a individualização e a continuidade da assistência de enfermagem.

Pode-se ressaltar que dentre os variados conhecimentos necessários para um enfermeiro que atua dentro de uma UTI estão a administração e efeito das drogas, assim como o funcionamento e adequação de aparelhos, bem como as atividades que integram as ações rotineiras dele enquanto profissional de saúde, o que conseqüentemente lhe causa sobrecarga de trabalho e este por sua vez deixa de prestar um papel mais humano (SILVA, 2010).

Para Garcia et al (2010) o papel do enfermeiro na UTI consiste em obter a história do paciente, fazer exame físico, executar tratamento, aconselhamento e ensinando a manutenção da saúde e orientando os enfermos para uma continuidade do tratamento e medidas preventivas, mas antes de tudo, este mesmo profissional em sua totalidade, é também humano, o qual visa respeitar e vincular sua assistência com amor ao próximo, o qual busca sempre o acolher como um todo.

Para concluir a discussão sobre o papel do enfermeiro de UTI, pode-se dizer que o mesmo ocupa um importante papel nos momentos de fragilidade, dependência física e emocional do paciente, configura-se num importante ponto de apoio para equipe quer seja no que se refere à educação e preparo quer seja, na coordenação do serviço de enfermagem, atua no limiar entre humano e o tecnológico. Dentro deste contexto, o enfermeiro de UTI necessita dispor de habilidades e competências que o permitam desenvolver suas funções eficazmente aliando o conhecimento técnico científico e o domínio da tecnologia e humanização e individualização do cuidado (SILVA, 2010).

Na enfermagem, é essencial a compreensão da vulnerabilidade como princípio de sua prática, reconhecendo todos os profissionais como seres humanos, e conseqüentemente, como sujeitos vulneráveis.

4 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa do tipo revisão integrativa onde segundo Brevidelli (2010) a revisão integrativa é definida como método de pesquisa de dados secundários, na qual os estudos relacionados a um determinado assunto são sumarizados, permitindo-se obter conclusões gerais devido a reunião de vários estudos. Por meio do processo de análise sistemática e síntese da literatura de pesquisa, a revisão integrativa bem elaborada pode precisamente representar o estado atual da literatura da pesquisa.

Para tal, a elaboração da revisão integrativa deve seguir as seis etapas preconizadas, que segundo são constituídas por, a elaboração da questão de pesquisa, amostragem ou busca na literatura dos estudos primários, extração de dados dos estudos primários, avaliação dos estudos primários incluídos na revisão, análise e síntese dos resultados da revisão, e apresentação da revisão integrativa.

Sendo assim, a coleta de dados aconteceu através de análise de artigos científicos encontrados na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) nas bases de dados da Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS) e biblioteca SCIELO (Scientific Electronic Library Online) disponível online e gratuitamente.

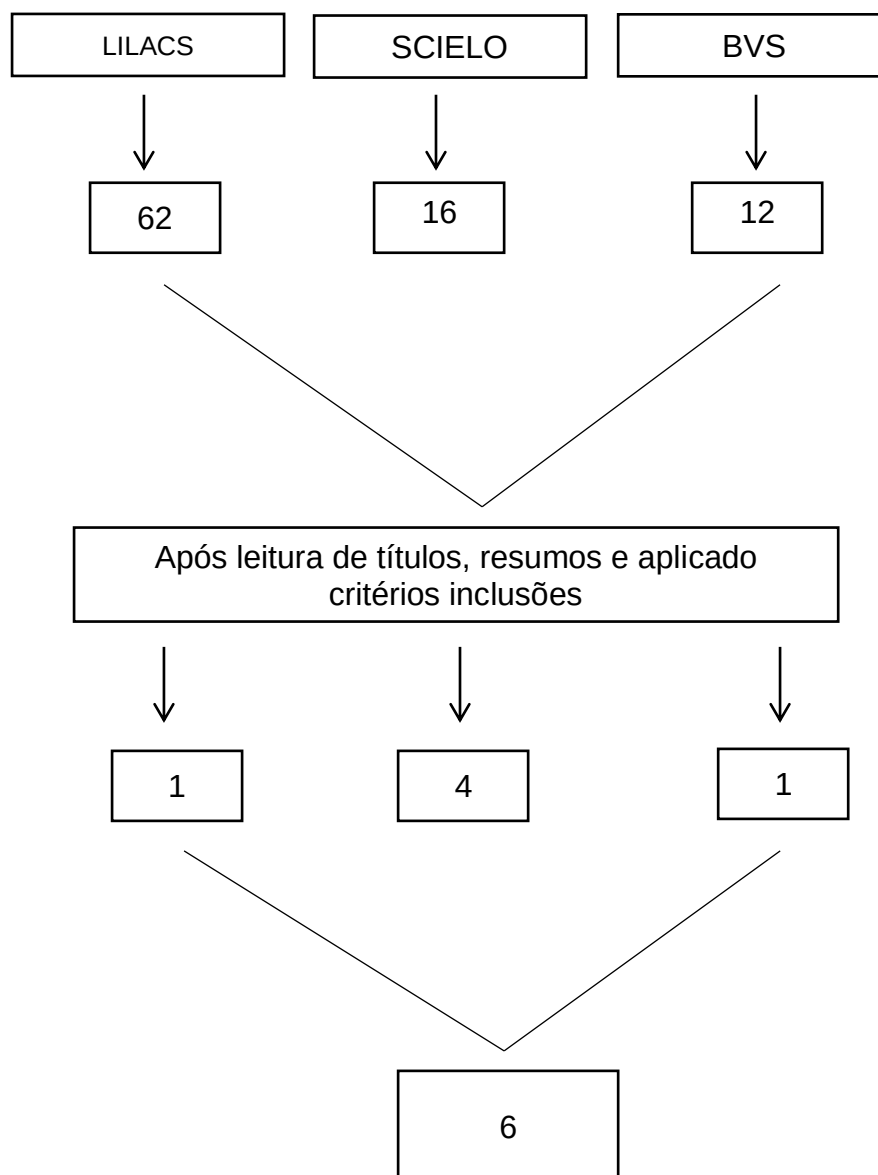
Os descritores utilizados foram encontrados com base nos Descritores em Ciência da Saúde (DECS), a saber: segurança do paciente, Unidade de Terapia Intensiva e enfermagem.

O cruzamento ocorreu por meio desses descritores separados entre parênteses e pelo operador booleano AND, assim descrito: (segurança do paciente) AND (UTI) AND (enfermagem).

Os critérios de inclusão foram os artigos escritos em português e na íntegra. Os critérios de exclusão foram os estudos em outro idioma, só apresentarem resumos e não contemplem os objetivos propostos.

Para sintetizar o quantitativo da amostra dos artigos, construiu-se um fluxograma de como se prosseguiu o processo de busca de artigos para responder aos objetivos propostos por este estudo.

Figura 01 - Fluxograma



5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram compilados em quadros sinópticos para representar de maneira coerente o número de artigos. No quadro 1 ressalta-se títulos do artigo, autores, ano de publicação do artigo, a base de dados encontrados.

Código	Título do artigo	Autores	Base de dados	Ano
1	O trabalho de	GARANHANI,	BVS	2008

	enfermagem em unidade de terapia intensiva: significados para técnicos de enfermagem	Mara Lúcia; et al.		
2	Privacidade em unidades de terapia intensiva: direitos do paciente e implicações para a enfermagem	BAGGIO, Maria Aparecida; et al.	SCIELO	2011
3	Enfermagem para a segurança do paciente	PEDREIRA, Mavilde da Luz Gonçalves.	SCIELO	2009
4	Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências	OLIVEIRA, Roberta Meneses; et al	SCIELO	2014
5	Práticas assistenciais para segurança do paciente em unidade de terapia intensiva	BARBOSA, Taís Pagliuco; et al.	SCIELO	2014
6	Cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva neonatal: perspectivas da equipe de enfermagem e médica	TOMAZONI, Andréia; et al.	SCIELO	2014

Quadro 01. Artigos selecionados da revisão integrativa. Natal-RN, 2015.

Fonte: Originado da própria pesquisa.

Por conseguinte, foi realizado um refinamento dos artigos e com isso foi criado o quadro 2 que retratou o artigo, sua metodologia, seus resultados, passos para promover a segurança do paciente e ações realizadas pelo enfermeiro para promover a segurança do paciente através da SAE.

Código	Metodologia	Passos para promover a segurança do paciente	Ações realizadas pelo enfermeiro para promover a segurança do paciente através da SAE

1	Estudo qualitativo	Enfrentamento de problemas cotidiano da enfermagem; resolução dos problemas; supervisão e gerência.	Visão ampliada do sistema de segurança do paciente, dos seus processos e, principalmente, que dê garantias de segurança e qualidade ao processo que está sob sua responsabilidade, buscando informações a respeito do fluxo de suas atividades, sobre os problemas existentes com o ambiente e com os recursos humanos, assim como conhecimento sobre os fármacos, interações medicamentosas
2	Qualitativa fundamentado na análise temática	O uso de biombo e o fechamento de cortinas laterais visam proporcionar ambiente reservado. A exposição mínima do corpo, descobrindo apenas o necessário ou cobrindo partes que não precisam ficar expostas com compressas, lençóis e camisolos, resguarda a privacidade do paciente.	Os profissionais relatam que, antes de realizarem procedimentos que expõem o corpo ou partes íntimas dos pacientes, comunicam, informam e explicam o cuidado a ser realizado, como e por que, obtendo para isso o consentimento devido. Todavia, sempre os respeitam em sua decisão no caso de não permissão para o cuidado, sobretudo salientando o estímulo para o autocuidado.
3	Revisão de literatura.	Comunicação. Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos;	Sustentada no diálogo entre as ciências biológicas e humanas, a enfermagem é o agente de interligação entre o sistema e o paciente, e encontra-se em posição única para a promoção de sua segurança, desde que direcione seu valor e poder para o cuidado do paciente, e não para correção de sistemas

			falhos de prestação de assistência.
4	Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, recorte de pesquisa multidimensional sobre segurança no gerenciamento do cuidado de enfermagem.	Estrutura da UTI; Gerência; delegação de cuidados com supervisão adequada e sobrecarga de serviço.	A utilização de boletins de notificação de eventos adversos, com o intuito de promover a identificação destes eventos e incidentes, proporcionar à enfermagem um meio de comunicação prático a respeito destes fatos inesperados e indesejados, possibilitar a exploração das situações, a construção de um banco de dados sobre riscos e situações-problema e permitir a execução das modificações necessárias ou oportunas no processo da assistência.
5	Pesquisa descritiva, utilizando um checklist com 19 itens sobre higiene/conforto, identificação do paciente/queda e infecção hospitalar. Foram analisadas 450 verificações por meio do Teste G de independência com a correção de Williams.	Mudança de decúbito, restrições de membros dos pacientes e identificação do circuito do ventilador mecânico.	Identificação do paciente para medicação; política de gerenciamento de risco com foco educativo.
6	Estudo quantitativo, tipo survey, realizado em quatro Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de Florianópolis, Brasil.	Comunicação. Higienizar as mãos pra evitar infecções e reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão.	A cultura de segurança também pode ser influenciada pelo cargo que o profissional ocupa e pelo seu tempo de trabalho na profissão, assim como pelo tempo de trabalho em determinada instituição ou unidade, passando a tomar suas decisões de acordo com o clima de segurança predominante em cada local.

Quadro 02 . Artigos da revisão integrativa e suas categorias. Natal-RN, 2015.

Em meio aos achados dos artigos, nota-se por meio do quadro acima que os enfermeiros buscam presta um bom trabalho no que desrespeito a sua

assistência de forma humanizada, mesmo diante das dificuldades estabelecidas pela UTI e que a cada dia a enfermagem com seu importante papel está sempre buscando o melhor para o paciente, o que faz deste estudo fundamental, uma vez que este propicia subsídios para os profissionais estarem mais ciente da responsabilidade de proporcionar a segurança para os pacientes.

Sendo assim, Barbosa et al (2014) ressalta que os trabalhadores de enfermagem têm graus de formação diversificados e a organização do labor acontece pela divisão por atribuições, possibilitando ao enfermeiro o papel de detentor de conhecimento e de controlador do processo de trabalho da enfermagem em si. Assim, tal profissional realiza o trabalho intelectual e gerenciador da assistência que é prestada dentro das unidades hospitalares. Em UTIs por exemplo, de acordo com este estudo, o enfermeiro tem a função de organizar e planejar o ambiente a ser desenvolvido, no decorrer do seu turno e, quase sempre, do turno do colega.

Ainda para os autores, é responsabilidade do enfermeiro de uma UTI, dentre outras atribuições, avaliar o paciente, planejar a assistência, supervisionar os cuidados (segurança do paciente), bem como ser o responsável por tarefas burocráticas e administrativas.

Baggio et al (2011) ressalta que a Lei do Exercício Profissional nº 7498/86, art.11, alínea c, dispõe que este profissional (enfermeiro) exerce todas as ações/atividades de enfermagem, isto é: o planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem.

Assim, desde o ano de 1986, o planejamento da assistência que o enfermeiro como agente de saúde presta é imposição legal e, reforçado a esta importância, a Resolução COFEN nº 272/2002 dispõe que a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) deve ocorrer em toda instituição de saúde, pública e privada (TAMAZIM, *et al.*, 2014).

No ano de 2009, a Resolução COFEN nº 358/2009 revogou a Resolução COFEN nº 272/2002 e segundo essa nova Resolução, a SAE deve ser realizada, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, o que se viu no quadro acima,

muito embora este busque representar as ações do enfermeiro nas UTI's.

Corroborando com isso, Barbosa et al (2014) ressalta que a SAE é iniciada no momento em que o paciente é internado, quando os enfermeiros realizam o exame físico e a entrevista, utilizando um formulário norteador (histórico de enfermagem). Assim, sabe-se que a SAE é um instrumento que além de dar suporte a assistência de enfermagem, busca possibilitar o controle da realização dos cuidados prescritos, por direcionar a assistência, favorecendo o planejamento das ações, a continuidade das mesmas, e a garantia que as intervenções serão realizadas e não modificadas de forma correta.

A tarefa de cuidar do paciente em UTI de forma humanizada é atividade distribuída entre todos os membros da equipe de saúde e, dessa forma, também é uma atribuição do enfermeiro, o qual vivencia 24 horas por dia este papel (BAGGIO, *et al*, 2011).

Ao prestar o cuidado de enfermagem de forma humanizada a pacientes de alta complexidade, como é o caso nas UTI's, o enfermeiro se envolve, se realiza, aprende a exercitar seu compromisso, favorecendo estreita relação com o paciente e, conseqüentemente, contribuindo para assistência de qualidade, assim como a própria segurança deste indivíduo. Portanto, nesse ambiente, o trabalho do enfermeiro não se resume a articular os diversos meios de trabalho da equipe de saúde e de enfermagem, mas, também, na prestação direta de cuidados de maior complexidade ao paciente assegurando a este uma assistência segura e eficaz, além de humanizada (BAGGIO, *et al*, 2011).

Já de acordo com Barbosa et al (2014) a essência da enfermagem em cuidados intensivos não está no ambiente ou nos equipamentos especiais, mas no processo de tomada de decisão, baseada na compreensão das condições fisiológicas e psicológicas do paciente (humanização), com ênfase em uma assistência segura (segurança do paciente). Porém, casos de ocorrência de eventos iatrogênicos na assistência, além de colocar em risco a vida de pacientes, tem merecido atenção dos profissionais da enfermagem na busca por cuidados que assegurem um mínimo de riscos aos seus pacientes enfermos.

Para estes autores supracitados, as investigações sobre práticas

seguras preocupam os enfermeiros pois as pesquisas ainda não indicam abordagem específica aos desafios sobre segurança em enfermagem. Com isso, a assistência à saúde isenta de riscos e falhas ao paciente é um objetivo a ser atingido pelos profissionais da saúde e um compromisso da formação profissional.

Dentro deste contexto, sabe-se que com a equipe de enfermagem não é diferente, pois erros podem acontecer exigindo do enfermeiro condutas imediatas, buscando a sua correção, situação que inevitavelmente, gera estresse ocupacional. Para Tamozim et al (2014) os enfermeiros que trabalham mais do que 12hrs consecutivas, têm mais probabilidade de cometer erros, especialmente no final do turno de trabalho e quando realizam tarefas múltiplas.

Segundo Baggio et al (2011) sabe-se que a prática profissional de enfermagem é permeada pela vivência e percepção diária de situações de risco, que podem subsidiar o gerenciamento do cuidado em relação à segurança do paciente e é por isso que este profissional tem atuado cada vez mais firmemente em suas ações.

Desta forma, destaca-se a importância que os profissionais enfermeiros podem ter, complementando ou mesmo elucidando os dados obtidos por meio de instrumentos de avaliação da cultura de segurança dos pacientes (TAMOZIM, *et al.*, 2014).

Por outro lado, de acordo com Baggio et al (2011) a saúde é um campo em constante mudança e aprimoramento, e a educação continuada se insere como um componente essencial para a formação e desenvolvimento de recursos humanos nas instituições, por estimular os profissionais a se apropriarem do conhecimento necessário para realizarem as tarefas que lhes são atribuídas e para gerenciar os riscos na assistência em saúde. Além disso, assegura a qualidade do atendimento ao paciente e a sobrevivência da instituição neste cenário de mudanças e competitividade onde conhecimentos básicos aprendidos se tornam ultrapassado muito rapidamente.

Contudo, sabe-se que o movimento da segurança do paciente vem agregando uma série de iniciativas para melhoria dos processos de assistência em saúde e o enfermeiro em sua totalidade é um profissional capaz de

vincular-se a este movimento prestando uma assistência não somente segura, mas humanitária (TAMUZIM, *et al.*, 2014).

Assim, acerca das organizações de saúde, em especial as que lidam com os cuidados intensivos, situações que favorecem o desencadeamento de erros nos ambientes de trabalho da enfermagem, tais como horas de trabalho prolongadas e fadiga, questões de carga de trabalho, locais de trabalho e processos de atendimento mal projetados e falta de sistemas de apoio à tomada de decisão e de comunicação eficaz entre os membros da equipe são pontos fundamentais que precisam ser tratado com seriedade no cotidiano da assistência. Assim, mudanças nesses ambientes são preciso para reduzir os erros e aumentar a segurança do paciente, mas também estimular a humanização entre as equipes e os próprios profissionais em suas atribuições individuais. Parte-se da premissa que as organizações devem mudar no sentido de tornar fácil fazer a coisa certa, e difícil de fazer a coisa errada (BARBOSA, *et al.*, 2014).

6 CONCLUSÃO

A qualidade dos serviços de saúde e do cuidado de enfermagem na UTI é complexo ficando na dependência de inúmeros fatores relacionados à estrutura, ao processo e ao resultado. Nesse estudo, evidenciou-se que uma das ferramentas que julga-se fundamental para a produção de um cuidado de enfermagem seguro em UTI é a SAE, porém esta deve estar vinculada ao profissional capaz de prestar uma assistência integral ao paciente, para promover tanto a segurança deste, como possibilidade uma acolhida humanitária para o paciente dentro de suas necessidades.

Sabe-se que o paciente hospitalizado na UTI necessita de cuidado especializado, com técnicas diagnósticas avançadas, tecnologias modernas e profissionais de saúde capacitados para trabalhar em prol do restabelecimento de sua saúde, pois o mesmo encontra-se debilitado, frágil, susceptível a instabilidades hemodinâmicas e está em risco iminente de morte, reforçando ainda mais a importância de promover segurança e humanização na sua

assistência.

Dessa maneira, pode-se acrescentar que a cultura de segurança também pode ser influenciada pelo cargo que o profissional ocupa e pelo seu tempo de trabalho na profissão, assim como pelo tempo de trabalho em determinada instituição ou unidade, passando a tomar suas decisões de acordo com o clima de segurança predominante em cada local.

Notou-se que o início da construção de novas percepções culturais sobre a segurança do paciente é evidente e cada vez mais presente na vida dos profissionais. O sistema de saúde deve oportunizar estratégias de segurança do paciente, sendo uma delas o relato dos erros, os quais são passivos de correções e prevenção. Por meio da comunicação dos erros e da cultura não punitiva, é possível identificar os fatores causais e implementar barreiras que diminuam as situações de risco.

Ao enfermeiro atuante na UTI compete cuidar do indivíduo nas diferentes situações críticas, de forma integrada e contínua com os membros da equipe de saúde, para isso tal profissional precisa pensar humanamente, porém criticamente, para analisar os problemas e encontrar soluções para os mesmos, assegurando sempre sua prática dentro dos princípios éticos e bioéticos da profissão. Compete ainda a este profissional 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.

É imprescindível que o enfermeiro olhe para cada paciente como um ser singular e multidimensional, com problemas e necessidades, e ter mais carinho e atenção com eles, chamando-os pelo nome e importando-se com eles em sua totalidade, a partir da adoção de novos referenciais que vão além do modelo biomédico vigente. Isto é, é necessário ter mais humanidade no cuidado com o paciente enfermo, o que não depende apenas de tempo. Com isso, espera-se que sejam realizados mais estudos sobre esta temática, afim de promover a qualidade da assistência de enfermagem de forma humanizada e a segurança do paciente, uma vez que tais meios devem fazer parte diariamente e permanente nas unidades de cuidados intensivos.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, C. K, DINIZ, R.C.M, LIMA, F.R.F. Administração do tempo nas atividades de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brás de Enf.** Brasília, v 57, n.2, p.417-420, 2004

ARAÚJO, A. D. Trabalho no centro de terapia intensiva: perspectivas da equipe de enfermagem. REME – **Revista Mineira de Enfermagem**, jan - mar, 9 (1), p. 20-28, 2005.

BAGGIO, Maria Aparecida; *et al.* Privacidade em unidades de terapia intensiva: Privacidade em unidades de terapia intensiva: Privacidade em unidades de terapia intensiva: direitos do paciente e implicações para a enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2011 jan-fev; 64(1): 25-30.

BARBOSA, Taís Pagliuco; *et al.* Práticas assistenciais para segurança do paciente em unidade de terapia intensiva. **Acta Paul Enferm.** 2014; 27(3):243-8.

BECCARIA, L. M; *et al.* Eventos adversos na assistência de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. **Rev Bras Ter Intensiva.** São Paulo, vol 21, n.3, p. 276-282, 2009.

BREVIDELI, M. M; SERTÓRIO, S. C. M. **TCC – Trabalho de conclusão de curso: guia prática para docentes e alunos da área da saúde.** 4.ed.rev.atual. e ampl. São Paulo: Iátria, 2010.

BRASIL. M.S. **Portaria 529, DE 1o DE ABRIL DE 2013.** Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) Brasília: 2013.

DUARTE, Sabrina da Costa Machado; *et al.* Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.** [online]. 2015, vol.68, n.1, pp. 144-154. ISSN 0034-7167.

GARCIA, Dayse Maioli; *et al.* Curso de especialização profissional de nível técnico em enfermagem – livro do aluno: **urgência e emergência** / coordenação técnica pedagógica Julia Ikeda Fortes ... [et al.]. São Paulo : FUNDAP, 2010.

GARANHANI, Mara Lúcia; *et al.* **O trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva: significados para técnicos de enfermagem.** 2008. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38677>> acesso em outubro de 2015.

LAKATOS. Eva Maria. MARCONI. Maria de Andrade. **Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e tratados científicos.** 7ed. - 4.reimpr. – São Paulo: Atlas, 2009.

LOURENÇO, E. A. S. **Na trilha da saúde do trabalhador: a experiência de Franca/SP.** 2009. 426 p. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Faculdade de História, Direito e Serviço Social, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2009.

MEZZOMO, J.C. **Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos.** Barueri: Manole, 2001.

ORLANDO, JMC. **Humanização.** 2004. Disponível em: <www.amib.com.br/etica_forum98-3.htm> Acesso em: 12 de abril de 2015.

OLIVEIRA, Roberta Meneses; *et al.* Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Esc. Anna Nery [online].** 2014, vol.18, n.1, pp. 122-129. ISSN 1414-8145.

PEDREIRA, ML. Práticas de enfermagem baseadas em evidências para promover a segurança do paciente. **Rev Acta Paul Enferm.** 2009;22(N Spec):880-1.

SILVA, A. E. B. C. Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em Enfermagem. **Rev. Eletr. Enf. [Internet].** 2010.

TOMAZONI, Andréia; *et al.* Cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva neonatal: perspectivas da equipe de enfermagem e médica **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** set.-out. 2014;22(5):755-63

TOFFOLETTO, M. C. **Fatores associados aos eventos adversos em unidade de terapia intensiva** [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2008.

VICENT, C. **Segurança do paciente. Orientações para evitar eventos adversos.** São Caetano do Sul: Editora Yendis; 2009.

WACHTER, R. M. **Segurança versus qualidade. In: Wachter RM. Compreendendo a segurança do paciente.** Porto Alegre: Artmed; 2010.