



Eventos adversos no ambiente de cuidado intensivo: o enfermeiro como gestor da segurança do paciente

Adverse events in the intensive care environment: the nurse as a patient safety manager

Eventos adversos en el entorno de cuidados intensivos: la enfermera como gerente de seguridad del paciente

Ana Paula Cabral Pereira¹
Emilly Beatriz da Silva Souza Soares²
Lizandra Argona Pereira³
Thais Nunes Resende⁴
Miguel Athos da Silva de Oliveira⁵
Luiz Vinicius de Alcantara Sousa⁶
Italla Maria Pinheiro Bezerra⁷
José Lucas Souza Ramos⁸

RESUMO

O presente artigo tem como objetivo buscar na literatura científica artigos que identifiquem o enfermeiro como gestor da segurança do paciente sob cuidados intensivos. A pesquisa foi realizada através de uma revisão integrativa de literatura de natureza qualitativa e descritiva, com base em artigos científicos disponibilizados nas seguintes plataformas eletrônicas: Biblioteca Virtual em

¹ Enfermeira, Especialista em Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. Pós-graduação Lato Sensu da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) – Vitória. Espírito Santo/Brasil. Email: paula.cabral90@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6277-4218>

² Discente de Enfermagem e membro do Laboratório de Escrita Científica – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM – Espírito Santo/Brasil. Email: emilly.beatriz725@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9747-0038>

³ Discente de Enfermagem e membro do Laboratório de Escrita Científica – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM – Espírito Santo/Brasil. Email: lizandra98argona@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5247-7551>

⁴ **Autor correspondente.** Discente de Enfermagem e membro do Laboratório de Escrita Científica – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM – Espírito Santo/Brasil. Email: thais.senun@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2497-3889>

⁵ Discente de Enfermagem e membro do Laboratório de Escrita Científica da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - Emescam - Vitória. Espírito Santo / Brasil. Email: atthos97@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9019-5582>

⁶ Docente. Departamento de saúde da coletividade do Centro Universitário FMABC. SP. Email: viniciusdealcantaras@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6895-4914>

⁷ Docente e membro do Laboratório de Escrita Científica. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, Vitória- ES. Email: itallabezerra@emescam.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8604-587X>

⁸ Docente e membro do. Laboratório de Escrita Científica. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, Vitória- ES. Email: joselucasenfermeiro@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6985-9716>

Saúde (BVS), Científic Eletronic Librari (SCIELO); Serviço da Biblioteca Nacional de Medicina (PUBMED), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILCAS). Os resultados indicaram que a Unidade de Terapia Intensiva é um ambiente em que a ocorrência de



eventos adversos é frequente, dada a própria complexidade do paciente que muitas vezes necessita de vários procedimentos e intervenções. Conclui-se que a atuação do enfermeiro gestor como responsável pela segurança do paciente sob cuidados intensivos, implica no gerenciamento ativo e passivo dos EA que colocam em risco a vida neste ambiente, o que requer desse profissional comprometimento com a cultura de segurança, liderança e comunicação eficaz, incentivos à capacitação, realização de treinamentos, monitoramento do trabalho da equipe da UTI, bem como, dos instrumentos, materiais, equipamentos, e, sobretudo, avaliação dos riscos e implementação de medidas preventivas conforme as necessidades específicas do setor.

Palavras-chave: Eventos Adversos; Paciente; Segurança; Unidades de Terapia Intensiva.

ABSTRACT

This article aims to search the scientific literature for articles that identify nurses as managers of patient safety in intensive care. The research was conducted through an integrative literature review of qualitative and descriptive nature, based on scientific articles available on the following electronic platforms: Virtual Health Library (VHL), Scientific Electronic Librari (SCIELO); Service of the National Library of Medicine (PUBMED), Latin American and Caribbean Health Sciences Literature (LILCAS). The results indicated that the Intensive Care Unit is an environment in which the occurrence of adverse events is frequent, given the patient's own complexity that often requires various procedures and interventions. It is concluded that the performance of the nurse manager responsible for patient safety in intensive care implies the active and passive management of life-threatening AEs, which requires from this professional commitment to the culture of safety, leadership and safety. effective communication, incentives for training, training, monitoring of the work of the ICU team, as well as instruments, materials, equipment, and, above all, risk assessment and implementation of preventive measures according to the specific needs of the sector.

Key words: Adverse Events; Patient; Safety; Intensive care units.

RESUMEN

Este artículo tiene como objetivo buscar en la literatura científica artículos que identifiquen a la enfermera como gerente de seguridad del paciente en cuidados intensivos. La investigación se llevó a cabo a través de una revisión bibliográfica integradora de carácter cualitativo y descriptivo, basada en artículos científicos disponibles en las siguientes plataformas electrónicas: Biblioteca Virtual en Salud (BVS), Biblioteca Electrónica Científica (SCIELO); Servicio de la Biblioteca Nacional de Medicina (PUBMED), Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILCAS). Los resultados indicaron que la Unidad de Cuidados Intensivos es un entorno en el que la ocurrencia de eventos adversos es frecuente, dada la propia complejidad del paciente, que a menudo requiere de varios procedimientos e intervenciones. Se concluye que el rol del enfermero gerente como responsable de la seguridad del paciente en cuidados intensivos implica el manejo activo y pasivo de los EA que ponen en riesgo la vida en este entorno, lo que requiere de este compromiso profesional con la cultura de seguridad, liderazgo y comunicación efectiva, incentivos a la formación, formación, seguimiento del trabajo del equipo de UCI, así como de instrumentos, materiales, equipos y, sobre todo, evaluación de riesgos e implementación de medidas preventivas acordes a las necesidades específicas del sector.

Palabras clave: Eventos Adversos; Pacientes; Seguridad; Unidades de Cuidados Intensivos.

1. Introdução

Nas instituições hospitalares, o Evento Adverso (EA) destaca-se como um dos mais prevalentes episódios que envolvem os profissionais de saúde e podem elevar o índice de

morbimortalidade dos pacientes, sobretudo, aqueles sob cuidados intensivos. Nesse cenário, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) destaca-se como o setor que se encontra relacionado à maior probabilidade de ocorrência de EA, pelo fato de ser um ambiente com equipamentos e materiais complexos, além de todo aparato tecnológico para atendimento a pacientes em situações graves¹.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), EA refere-se a um incidente ou conjunto de situações que por sua própria natureza é indesejável, desfavorável ou prejudicial ao processo de cuidado à saúde ou ao paciente. Evidências atuais sugerem que os eventos adversos resultam, na maioria das vezes, da convergência de erros e não da falha de um único profissional. Nesse sentido, apesar de vários fatores estarem associados à sua ocorrência, o erro humano destaca-se como um dos episódios mais prevalentes. Logo, os EA são situações não intencionais, causadas por falhas/erros e não pelo processo da doença².

Levando em conta que os EA podem ocorrer ao longo das etapas do processo de atendimento ao paciente, ou seja, no diagnóstico, avaliação e assistência operatória, manejo dos cuidados, uso de medicamentos, fluidos intravenosos e alta hospitalar, a segurança do paciente passou a ser considerada componente essencial do cuidado intensivo³. No entanto, a segurança do paciente tem sido postulada como uma condição relacionada à qualidade do cuidado, desde quando Hipócrates, considerado o pai da Medicina, há milênios de anos pronunciou que nos cuidados de saúde, a condição primordial deve ser “*primun non nocere*”, ou seja, “primeiro não ferir”, requisito esse que indiretamente já se encontrava associado à segurança do paciente^{3,4}.

Outra referência dessa temática é Florence Nightingale que reforçou o assunto ao enunciar que toda instituição hospitalar deve ter como princípio básico, não causar dano ao paciente. Nota-se que a assistência segura prestada ao paciente é um assunto que vem sendo problematizado desde tempos mais remotos. No entanto, o movimento moderno começou na década de 1999 quando nos Estados Unidos a Academia Nacional de Medicina formulou um relatório com o título “Errar é Humano”, revelando que EA afetam um em cada dez pacientes em todo o mundo, sendo a maioria consequente de falha humana, suscitando assim a relevância da segurança do paciente a nível mundial⁴.

No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) por meio da RDC nº 36/2013 postula a obrigatoriedade de os serviços de saúde implantarem o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), que tem como objetivo fazer o monitoramento dos incidentes e colocar em prática as medidas necessárias para reduzir a sua incidência. As ações de segurança que devem ser consideradas no atendimento e internação do paciente consistem



em identificar o paciente, prevenir infecções associadas à assistência, realizar os procedimentos de assepsia corretamente, colocar em prática todos os procedimentos técnicos, humanos e organizacionais para prevenir erros de medicação, lesões por pressão, erros de procedimento, entre outros⁵.

Nesse contexto, a segurança do paciente é parte essencial dos cuidados de enfermagem que visa prevenir a ocorrência de EA evitáveis e danos ao paciente. A enfermagem é uma profissão historicamente estruturada e constituída por diferentes maneiras de cuidar, ou seja, os enfermeiros prestam serviços de assistência direta ao paciente, mas também atuam na gestão dos cuidados. Dessa forma, considerando que a equipe de enfermagem é responsável pelo cuidado ininterrupto ao paciente, o enfermeiro ocupa posição diferenciada na atenção à saúde, pelo fato de identificar as complicações, intervir e contribuir para a prevenção de agravos e a segurança do paciente³.

Portanto, os enfermeiros como gestores de saúde são responsáveis pelos estudos, políticas, procedimentos e implantação de estratégias relacionadas à assistência e, conseqüentemente, possuem papel relevante na qualidade dos cuidados e na segurança do paciente. Partindo desse contexto, pretende-se investigar a seguinte problemática: como o enfermeiro exercendo as atribuições de gestor pode colaborar para a segurança dos pacientes sob cuidados intensivos?

Logo, a justificativa para responder esse problema e contextualizar a temática aqui proposta, parte do princípio de que a identificação de EA é crucial para melhorar a segurança do paciente, hierarquizar prioridades de intervenção e avaliar o impacto das soluções desenvolvidas na melhoria da segurança e da qualidade dos cuidados. Nesse sentido, a atuação do enfermeiro como gestor da segurança do paciente visa proporcionar uma assistência mais eficiente, pautada na qualidade da prestação dos serviços a todos aqueles que dependem dos cuidados dispensados pela equipe de enfermagem. Esse conhecimento pode ser de grande valia tanto para as instituições hospitalares quanto para os enfermeiros intensivistas que assumem papel de gestores, em relação à definição, implementação de estratégias e abordagens específicas, a fim de contribuir para a melhoria para um ambiente de cuidados mais seguro. Ademais, a identificação precoce e a intervenção eficaz da enfermagem podem modificar os resultados letais.

Partindo dessa premissa, o presente artigo tem como objetivo buscar na literatura científica artigos que identifiquem o enfermeiro como gestor da segurança do paciente sob cuidados intensivos.

2. Métodos

Esta pesquisa foi realizada através de uma revisão integrativa de literatura de natureza qualitativa e descritiva, com base em artigos científicos disponibilizados nas seguintes plataformas eletrônicas: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Librari (SCIELO); Serviço da Biblioteca Nacional de Medicina (PUBMED), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILCAS). A busca deu-se através dos seguintes descritores: eventos adversos, segurança do paciente, UTI, enfermeiro.

Para a seleção dos artigos foram utilizados como critérios de inclusão: artigos publicados a partir de 2009, em língua portuguesa e inglesa. Foram excluídos os artigos fora desse limite temporal, que não indicavam o enfermeiro como gestor da segurança do paciente sob cuidados intensivos, e artigos que só disponibilizavam o resumo e/ou abstract.

Após a busca, 14(quatorze) artigos foram selecionados para o estudo, sendo os mesmos ordenados conforme segue a descrição do Quadro 1;

Quadro 1. Sumarização dos artigos que constituem a amostra dessa revisão integrativa.

Autor	Título	Ano de Publicação	Tipo de Estudo	Plataforma Eletrônica
Mardon et al.	Exploring relationships between hospital patient safety culture and adverse events	2010	Pesquisa descritiva	PUBMED
Ukwenya	Adverse events and patient safety from the surgical perspective	2014	Pesquisa bibliográfica	PUBMED
Duarte et al.	Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem.	2015	Revisão Integrativa	SCIELO
Silva et al.	A segurança do paciente em âmbito hospitalar: revisão integrativa da literatura	2016	Revisão Integrativa da literatura	BVS
Toso et al.	Cultura de segurança do paciente em instituições hospitalares na	2016	Estudo Transversal	SCIELO



	perspectiva da enfermagem			
Roque et al.	Eventos adversos na unidade de terapia intensiva: impacto na mortalidade e no tempo de internação em um estudo prospectivo	2016	Estudo prospectivo	SCIELO
Souza, Alves e Alencar	Eventos adversos na unidade de terapia intensiva	2018	Estudo quantitativo, descritivo, retrospectivo	BVS
Pagnamenta et al.	Adverse event reporting in adult intensive care units and the impact of a multifaceted intervention on drug-related adverse events	2012	Estudo prospectivo, multicêntrico	PUBMED
Paz Merino et al.	Study Investigators, Adverse events in Spanish intensive care units	2012	Estudo observacional, prospectivo	PUMED
Dutra et al.	Adverse events in Intensive Care Units: bibliometric study.	2017	Estudo bibliométrico, abordagem quantitativa, de base documental,	
Manzenara et al.	Quality Assurance and Patient Safety Measures: A Comparative Longitudinal Analysis	2018	Estudo observacional longitudinal	PUBMED
Molina et al.	Adverse events in critical care: Search and active detection through the Trigger Tool	2018	Estudo descritivo retrospectivo	PUBMED
Okuyama et al.	Healthcare Professional's Perception of Patient Safety Measured by the Hospital Survey	2018	Revisão Sistemática e Meta Análise	PUBMED



<https://saude.convibra.org>

	on Patient Safety Culture			
Reis et al.	Dificuldades para implantar estratégias de segurança do paciente: perspectivas de enfermeiros gestores	2019	Estudo descritivo, exploratório, qualitativo,	SCIELO

Fonte: pesquisa dos próprios autores.

Por se tratar de um estudo de base de dados secundária, o mesmo não necessita de apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, entretanto, as resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde foram respeitadas.

3. Resultados

Uma pesquisa realizada em três instituições hospitalares brasileiras apontou que quase 8% dos pacientes foram afetados por eventos adversos (EA), sendo que, quase 67% de tais incidentes poderiam ter sido evitados³.

Na tentativa de minimizar os fatores que impactam a assistência e os serviços prestados pelos sistemas de saúde, a segurança do paciente emergiu do movimento da qualidade da assistência à saúde visando à prevenção de erros evitáveis, tais como, a prevenção de quedas, de úlceras por pressão, da prescrição, administração e uso incorreto de medicamentos, de cirurgias realizadas em local errado do corpo do paciente, entre outros incidentes que além de elevar o risco de morbimortalidade, estão também associados à ampliação do tempo de internação hospitalar^{2, 4, 5}.

Em outros termos, a segurança do paciente é definida como a ausência de dano desnecessário ou potencial associado aos cuidados de saúde. Esse dano é representado como um efeito funcional, estrutural ou qualquer efeito prejudicial derivado dos cuidados³.

Internacionalmente, o Instituto de Medicina define a segurança do paciente como as práticas que reduzem o risco de eventos adversos relacionados à exposição a cuidados médicos em uma variedade de diagnósticos ou condições clínicas⁶. No Brasil, o Ministério da Saúde também relaciona a segurança do paciente como parte intrínseca da qualidade do cuidado que tem mostrado relevância não somente para os pacientes, mas também, famílias, gestores e profissionais de saúde que visam ofertar uma assistência segura através da prevenção de erros e eventos adversos⁵.



Portanto, as instituições hospitalares e os profissionais de saúde devem proteger os pacientes de erros, lesões, acidentes e infecções, ou seja, de incidentes que causam dano não intencional ou complicação desnecessária resultando em tempo prolongado de internação hospitalar, incapacidade no momento da alta ou morte causada por falhas/erros no manejo do cuidado e não pela doença subjacente do paciente^{3, 9, 10, 11}.

Assim sendo, evitar erros e EA é uma premissa para melhorar a qualidade do atendimento minimizando complicações e o risco de levar o paciente a óbito.

Os EAs podem ser entendidos como complicações, erros, incidentes, falhas, entre outras denominações não intencionais que podem afetar negativamente a qualidade do tratamento, piorar a condição clínica, causar danos temporários ou mesmo permanentes e mortes, sobretudo, em Unidades de Terapia Intensiva (UTI)^{1,2,11}. Nos últimos anos, a prestação de cuidados intensivos tornou-se mais complexa não apenas em termos de tecnologia, mas também, em função do monitoramento contínuo que é crucial para revisar as necessidades do paciente e avaliar a eficácia dos cuidados que ele recebe^{1, 2, 12}.

Nesse contexto, levando em conta um ambiente altamente monitorado e uma maior disponibilidade de mão de obra na UTI, implicaria teoricamente que este deveria ser o local mais seguro e confiável dentro do hospital. No entanto, representa uma área de alto risco para EA que pode ocorrer devido à complexidade do atendimento, ao grande número de intervenções realizadas e às condições clínicas dos pacientes^{12, 13}. Grande parte dos estudos realizados na UTI indica que quase metade dos EA são classificados como evitáveis^{1, 3, 9}.

O tipo de incidente mais frequente apontado é medicação e/ou preparo dos medicamentos muitas vezes decorrente da falta de atenção do profissional⁹. Muitos medicamentos usados em pacientes críticos acarretam alto risco e são administrados por via intravenosa, o que aumenta a probabilidade de erros e falhas¹³. Neste contexto, cita-se ainda que o preparo antecipado, diluição inadequada, ausência de desinfecção das ampolas e bancadas, falta de higienização das mãos também são fatores de risco associados aos EA na UTI⁹.

As UTIs também são caracterizadas por alta tecnologia e equipamentos que podem colocar os pacientes em risco pelo mau funcionamento ou uso inadequado. Estima-se que grande parte dos EA na UTI seja associada às intervenções e procedimentos realizados, tais como, os incidentes relacionados à retirada acidental de cateteres e tubos, dano por manejo de cateteres vasculares, falhas no manejo ventilatório, erros de diagnóstico, infecções associadas aos cuidados com a saúde, sobretudo, do sítio cirúrgico e de corrente sanguínea, úlcera por pressão, hipotensão arterial, entre outros^{13, 14}.

Nesse contexto, na equipe multidisciplinar responsável pela assistência ao paciente na UTI,



o enfermeiro atua não somente no cuidado direto, mas também, como gestor da segurança desse paciente. Para tanto, precisa pensar criticamente, analisar problemas e buscar soluções, na tentativa de abreviar os eventos que colocam em risco a recuperação e a vida do paciente na UTI¹¹. Como gestor, precisa ter conhecimento dos tipos de gerenciamento da segurança do paciente no ambiente de cuidados intensivos que abrangem o gerenciamento passivo, em que os eventos são relatados voluntariamente pela equipe da unidade; e o gerenciamento ativo, onde retrospectiva ou prospectivamente, o enfermeiro gestor realiza uma avaliação abrangente para detectar os problemas, elaborar estratégias e medidas para evitar a ocorrência do EA¹².

Estudos indicam que o gerenciamento passivo não alcança a detecção absoluta dos eventos, em comparação com a revisão ativa, pois, estimativas indicam que apenas entre 10% a 30% dos EA são relatados voluntariamente. Para mudar essa realidade, é fundamental o enfermeiro gestor criar uma cultura de segurança para estimular o relato espontâneo e voluntário da equipe em relação ao EA¹⁵. Atualmente, não existe método de referência para identificar EA. Apesar de várias limitações, o sistema de notificação voluntária de EA durante a internação hospitalar continua sendo uma ferramenta valiosa para ajudar o enfermeiro a identificar riscos à segurança, analisar os déficits e implantar as medidas necessárias^{12, 13, 14, 15}.

No entanto, é importante considerar que o sistema de notificação voluntária não deve ser utilizado somente com finalidade punitiva, mas, sobretudo, para auxiliar o enfermeiro gestor a identificar problemas estruturais, falhas em relação aos recursos humanos, materiais, equipamentos e demais processos de trabalho como um todo¹². Nessa perspectiva, mais do que buscar culpados, é indispensável identificar as falhas e erros existentes para implantar ações preventivas eficazes que possam garantir a segurança do paciente na UTI. Reforça-se que, minimizar a ocorrência de EA na UTI requer integrar a segurança em todas as etapas e processos envolvidos no cuidado e assistência ao paciente sob cuidados intensivos³.

A literatura indica que importante estratégia para aumentar a adesão do profissional a segurança do paciente são as ações educativas que visam a promover além de mudanças comportamentais, o aperfeiçoamento da equipe sobre as questões associadas a segurança do paciente, bem como, o debate, a troca de experiências, ideias e a disseminação da importância de garantir a melhoria contínua da prática assistencial e dos cuidados dispensados aos pacientes na UTI^{9, 14}.

Desse modo, para criar uma cultura de gestão de segurança, a liderança mostra-se habilidade crucial, pois o enfermeiro gestor deve ser capaz de promover ações que despertem a



<https://saude.convibra.org>

percepção positiva entre os profissionais da equipe da UTI; além de introduzir mudanças e promover um clima de trabalho adequado que aumente a adesão dos profissionais em relação às ações voltadas à segurança do paciente⁶.

Acrescenta-se que a comunicação é outra variável muito associada a liderança, posto que, a forma como o enfermeiro se comunica e passa as informações e atribuições a equipe, deve contribuir para criação de um ambiente favorável de confiança, respeito, motivação, trabalho em equipe e compartilhamento de responsabilidades. Por isso, a relação do enfermeiro gestor com a equipe da UTI deve pautar-se numa interação aberta que contribua para a criação de um clima de unidade positivo, favorecendo a autopercepção dos profissionais sobre a responsabilidade em relação à segurança do paciente^{3, 12}.

Levando em conta que a gestão de segurança não consiste somente no gerenciamento passivo, destaca-se a relevância também do gerenciamento ativo que requer do enfermeiro gestor um alto nível de monitoramento e documentação na UTI na tentativa de aumentar a probabilidade de detectar problemas. Propõe no gerenciamento ativo a implantação de listas de verificação e/ou protocolos implantados conforme a realidade de cada UTI, para auxiliar a equipe a reduzir/evitar a incidência de EA, bem como, melhorar o trabalho e a comunicação entre os profissionais. É também atribuição do enfermeiro gestor no gerenciamento ativo, averiguar os riscos, reconhecê-los e divulgá-los^{10, 12,13,14,15}.

Assim sendo, para garantir na prática a segurança do paciente, o enfermeiro gestor deve realizar visitas in loco, para analisar a assistência e os cuidados prestados diretamente ao paciente em busca de reconhecer fatores de riscos e eliminá-los^{10, 12,13,14,15}.

É essencial também que durante as visitas na UTI, ocorra o monitoramento não somente dos cuidados, mas também, em relação aos equipamentos, materiais, insumos, instrumentos e recursos humanos. Durante esses momentos, é importante o enfermeiro gestor interagir com todos os funcionários da UTI, incluindo enfermeiros, médicos, farmacêuticos, fisioterapeutas e até o pessoal responsável pela limpeza do local. Essas interações que também pode ocorrer em outros momentos, através de reuniões, por exemplo, podem incluir perguntas relacionadas ao conhecimento dos profissionais sobre possíveis EA, tirar dúvidas, ouvir propostas de melhorias, solucionar problemas, reforçar a importância da adesão e responsabilidade individual de cada um quanto a segurança do paciente^{10, 12,13,14,15}.

Acrescenta-se que o gerenciamento ativo realizado através do levantamento e a análise dos fatores de riscos e das ocorrências dos EA in loco, permitem ao enfermeiro gestor o desenvolvimento de ações mais efetivas quanto a segurança dos pacientes, resultando em melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde⁹. Portanto, a comunicação eficaz, o



feedback após relatórios, a liderança engajada e ambientes focados em aprender com os erros, são fatores que podem levar a melhorias⁸.

4. Discussão

O sistema de saúde brasileiro opera em um ambiente que muitas vezes coloca em risco a vida do paciente em função de atendimento inadequado, negligência, recursos escassos, infraestrutura ineficiente, intervenções indesejadas, erros médicos, falhas na assistência direta ao paciente, dentre outros eventos adversos (EA) que impactam diretamente a segurança do paciente e aumentam os índices de morbi mortalidade³. A literatura indica que os primeiros registros de EA remontam a antigas civilizações e são considerados eventos indesejáveis e não planejados^{1,3}.

Assim sendo, o comprometimento com a segurança do paciente deve ser parte integrante da política de qualidade das organizações de saúde e incluir objetivos relacionados à eficácia e eficiência dos serviços prestados⁷, bem como, refletir as percepções de processos, normas e atitudes relacionadas a prevenção de erros evitáveis compartilhados pelos profissionais de saúde na prestação de cuidados. Nesse sentido, requer amplo comprometimento e envolvimento tanto da organização como de toda equipe multidisciplinar responsável pelo atendimento e assistência ao paciente⁸.

No entanto, enquanto em alguns hospitais, a segurança do paciente é uma prioridade, em contrapartida, em outras instituições muitos pacientes morrem devido a erros evitáveis decorrentes, sobretudo, de acidentes e infecções. Portanto, desenvolver uma cultura de segurança é elemento central que demanda esforços em longo prazo e investimentos contínuos para assegurar a vida e prevenir complicações associadas a eventos adversos⁹.

No entanto, é preciso considerar que a organização hospitalar muitas vezes é estigmatizada pela precariedade da assistência e pelos erros que causam impacto direto na qualidade dos serviços ofertados aos pacientes. Essa realidade pode ser consequente, em parte, por falhas no sistema de gestão que esbarra-se na falta de uma cultura organizacional voltada para a redução dos riscos de danos desnecessários associados à atenção à saúde^{6,10}.

Nesse sentido, a segurança do paciente depende do comprometimento do gestor de saúde tanto no setor administrativo quanto assistencial, em implementar ações que promovem a qualidade da assistência prestada ao paciente, a melhoria da comunicação, a vivência do trabalho em equipe e o gerenciamento de riscos. Vale ressaltar que cada setor hospitalar deve



priorizar pelas ações que contribuem de forma direta para redução dos eventos adversos, sendo que o enfermeiro como gestor de segurança do paciente é também responsável pela qualificação do cuidado^{5, 7, 10}.

Todavia, independente da frequência, da gravidade e/ou dos danos causados pelo EA ao paciente, destaca-se a importância da prevenção, tendo em vista que, a UTI é um local onde a segurança merece atenção especial. Desse modo, o gerenciamento da segurança neste ambiente tem como propósito analisar as questões desfavoráveis derivadas da assistência, equipamentos e/ou materiais, por meio da detecção e análise de falhas/erros, com o objetivo final de elaborar estratégias para prevenir, bem como, evitar reincidências de EA e garantir a qualidade dos cuidados ao paciente¹⁵.

Portanto, na gestão de segurança passiva é indispensável que o enfermeiro gestor crie estratégias voltadas para a adesão dos profissionais da UTI quanto a notificação voluntária, iniciando com a conscientização da equipe sobre a importância de seguir as recomendações propostas pela instituição sobre as práticas seguras ao prestar assistência, e, sobretudo, que cada profissional individualmente não crie resistência em relação aos esforços necessários para garantir a segurança do paciente sob cuidado intensivo⁹. O enfermeiro gestor deve envolver todos os profissionais da equipe multidisciplinar que atua na UTI e não somente os profissionais da enfermagem, orientando-os também quanto ao cumprimento de diretrizes, políticas, listas de verificação internas e protocolos de segurança^{2, 12}.

É importante frisar que quando se fala em ações educativas que podem ser realizadas através de treinamentos internos e externos, educação continuada e permanente, além do enfermeiro gestor ser responsável em motivar e estimular os profissionais da equipe de saúde a buscar capacitação na área de segurança do paciente, torna-se fundamental também que a própria instituição hospitalar invista no aperfeiçoamento dos profissionais que atuam na UTI, orientando-os e conscientizando-os sobre a responsabilidade de cada um pela vida do paciente^{9, 10}. Desse modo, a instituição e o próprio enfermeiro gestor devem criar uma cultura organizacional que desperte nos profissionais a relevância da conduta proativa para minimizar a ocorrência de EA na UTI e, conseqüentemente, diminuir a probabilidade de incidentes evitáveis⁴.

Em resumo, a participação sistemática do enfermeiro na averiguação e avaliação dos resultados em relação à cultura de segurança o permite monitorar o grau de implantação e eficácia das ações e, quando necessário, propor as melhorias necessárias. Os resultados na literatura indicam que, em geral, os hospitais com maior investimento e adesão dos profissionais na cultura de segurança do paciente tendem a ter menos casos relatados de EA⁷,



Nesse sentido, cumpre destacar que uma cultura de segurança somente é efetiva, quando o gestor e sua equipe trabalham de modo integrado, têm conhecimento sobre os EA e os fatores que levam a ocorrência dos incidentes, para então implantar ações preventivas que sejam eficazes e contribuam para a melhoria do cuidado, e, principalmente, para a redução de danos a saúde e a vida do paciente sob cuidados intensivos³.

5. Considerações finais

Este artigo buscou identificar o enfermeiro como gestor da segurança do paciente sob cuidados intensivos e nesse contexto, observou que os EA que ocorrem nas UTIs variam amplamente, desde erros relacionados a medicamentos, até equipamentos, retirada acidental de cateteres, entre outros. No entanto, independentemente do tipo e da gravidade, notou-se que é alta a incidência de EA, sendo que, grande parte é considerada evitável.

Desse modo, a atuação do enfermeiro gestor como responsável pela segurança do paciente sob cuidados intensivos, implica no gerenciamento ativo e passivo dos EA que colocam em risco a vida do paciente, o que requer desse profissional comprometimento com a cultura de segurança, liderança e comunicação eficaz, incentivos à capacitação, realização de treinamentos, monitoramento do trabalho da equipe da UTI, bem como, dos instrumentos, materiais, equipamentos, e, sobretudo, avaliação dos riscos e implantação de medidas preventivas conforme as necessidades específicas do setor.

Observou-se que o enfermeiro gestor não deve pautar as suas atribuições somente numa atuação fiscalizadora e/ou punitiva do trabalho desenvolvido pela equipe da UTI. A gestão em saúde, especificamente quanto a segurança do paciente na UTI, requer um trabalho integrado e participativo com todos os profissionais da equipe multidisciplinar, com o propósito de despertar e conscientizar sobre a responsabilidade individual e coletiva desses profissionais no cuidado com o paciente, visando minimizar riscos e garantir a qualidade da assistência e dos serviços ofertados nesse ambiente.

Referências

1. Souza RF de, Alves AS, Alencar IGM. Eventos adversos na unidade de terapia intensiva. Rev enferm UFPE. 2018; 12(1):19-27.
2. Ukwenya YA et al. Adverse events and patient safety from the surgical perspective. Arch



- Int Surg, 2014; 4(2): 65-71.
3. Duarte, S. C. M. et al. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. Rev Bras Enferm. 2015; 68(1): 144-54.
 4. Reis GA et al. Dificuldades para implantar estratégias de segurança do paciente: perspectivas de enfermeiros gestores. Revista Gaúcha de Enfermagem, 2019; 40(spe):1-7.
 5. ANVISA. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Pacientes pela segurança do paciente em serviços de saúde: Como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente? Orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017.
 6. Manzanera R, Moya D, Guilabert M, et al. Quality Assurance and Patient Safety Measures: A Comparative Longitudinal Analysis. Int J Environ Res Public Health. 2018;15(8):1568.
 7. Mardon R. E., Khanna K., Sorra J., Dyer N., Famolaro T. Exploring relationships between hospital patient safety culture and adverse events. Journal of Patient Safety. 2010;6(4):226–232.
 8. Okuyama, Julia Hiromi Hori et al. “Healthcare Professional's Perception of Patient Safety Measured by the Hospital Survey on Patient Safety Culture. The Scientific World Journal. 2018; 1-11.
 9. Silva ACC et al. A segurança do paciente em âmbito hospitalar: revisão integrativa da literatura. Cogitare Enferm. 2016; 21 (n. esp): 1-9.
 10. Toso GL, Golle L, Magnago TSBS, Herr GEG, Loro MM, Aozane F, et al. Cultura de segurança do paciente em instituições hospitalares na perspectiva da enfermagem. Rev Gaúcha Enferm. 2016; 37(4): 1-8.
 11. Dutra DD, Duarte MCS, Albuquerque KFD, Santos JDS, Simões KM. Adverse events in Intensive Care Units: bibliometric study. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online. 2017; 9(3): 669-675.
 12. Pagnamenta A, Rabito G, Arosio A. Adverse event reporting in adult intensive care units and the impact of a multifaceted intervention on drug-related adverse events. Ann. Intensive Care. 2012; 2: 47.
 13. Paz Merino, Joaquín Álvarez, Mari Cruz Martín, Ángela Alonso, Isabel Gutiérrez. SYREC Study Investigators, Adverse events in Spanish intensive care units: the SYREC study. International Journal for Quality in Health Care. 2012; 24(2): 105-113.
 14. Roque KE, Tonini T, Melo ECP. Eventos adversos na unidade de terapia intensiva: impacto na mortalidade e no tempo de internação em um estudo prospectivo. Cad. Saúde



Pública. 2016; 32(10): 1-15.

15. Molina FJ, Rivera PT, Cardona A, Restrepo DC, Monroy O, Rodas D, Barrientos JG. Adverse events in critical care: Search and active detection through the Trigger Tool. World journal of critical care medicine. 2018; 7(1): 9–15.

Participação dos autores na elaboração do artigo original

Ana Paula Cabral Pereira: concepção da pesquisa, elaboração do plano analítico, sistematização da produção de dados; leitura documental, tratamento dos resultados e elaboração das tabelas/imagens; discussão dos resultados com a literatura, elaboração texto em versão final.

Emilly Beatriz da Silva Souza Soares: concepção da pesquisa, elaboração do plano analítico, sistematização da produção de dados; leitura documental, tratamento dos resultados e elaboração das tabelas/imagens; discussão dos resultados com a literatura, elaboração texto em versão final.

Lizandra Argona Pereira: concepção da pesquisa, elaboração do plano analítico, sistematização da produção de dados; leitura documental, tratamento dos resultados e elaboração das tabelas/imagens; discussão dos resultados com a literatura, elaboração texto em versão final.

Thais Nunes Resende: concepção da pesquisa, elaboração do plano analítico, sistematização da produção de dados; leitura documental, tratamento dos resultados e elaboração das tabelas/imagens; discussão dos resultados com a literatura, elaboração texto em versão final.

Miguel Athos da Silva de Oliveira: concepção da pesquisa, elaboração do plano analítico, sistematização da produção de dados; leitura documental, tratamento dos resultados e elaboração das tabelas/imagens; discussão dos resultados com a literatura, elaboração texto em versão final.

Luiz Vinicius de Alcantara Sousa⁷: concepção da pesquisa, elaboração do plano analítico, sistematização da produção de dados; leitura documental, tratamento dos resultados e elaboração das tabelas/imagens; discussão dos resultados com a literatura, elaboração texto em versão final.

Italla Maria Pinheiro Bezerra: concepção da pesquisa, elaboração do plano analítico, sistematização da produção de dados; leitura documental, tratamento dos resultados e elaboração das tabelas/imagens; discussão dos resultados com a literatura, elaboração texto em versão final.

José Lucas Souza Ramos: concepção da pesquisa, elaboração do plano analítico, sistematização da produção de dados; leitura documental, tratamento dos resultados e elaboração das tabelas/imagens; discussão dos resultados com a literatura, elaboração texto em versão final.