

Estratégias para o fortalecimento da cultura de segurança em unidades de terapia intensiva

Strategies for strengthening safety culture in intensive care units

Estrategias para el fortalecimiento de la cultura de seguridad en unidades de cuidados intensivos

Catharine Silva de Souza^I; Jamila Geri Tomaszewski-Barlem^{II}; Grazielle de Lima Dalmolin^{III};
Thiago Lopes Silva^{IV}; Bruna Ruoso da Silva Neutzling^V; Rochele Maria Zugno^{VI}

RESUMO

Objetivo: identificar estratégias de promoção que contribuam para o fortalecimento da cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva. **Método:** estudo qualitativo, descritivo, realizado com cinco médicos, cinco enfermeiros e 24 técnicos de enfermagem atuantes em unidades de terapia intensiva de duas instituições hospitalares do sul do Brasil em 2016. A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas e o tratamento, pela análise textual discursiva. A pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** emergiram três categorias: implementação de protocolos de segurança do paciente; envolvimento institucional e multiprofissional; e segurança do paciente na educação permanente. **Conclusão:** os profissionais de saúde consideram a implementação de protocolos na assistência à saúde, a inclusão da temática da segurança na educação permanente e o envolvimento da instituição, bem como da equipe multiprofissional, como as principais estratégias para promover e fortalecer a cultura de segurança do paciente.

Descritores: Enfermagem; segurança do paciente; cultura organizacional; unidades de terapia intensiva.

ABSTRACT

Objective: identify promotion strategies that contribute to strengthening patient safety culture in intensive care units. **Method:** in this qualitative, descriptive study, data were collected in 2016 by semi-structured interviews of five physicians, five nurses and 24 nursing technicians working in intensive care units at two hospitals in southern Brazil, and analyzed using discursive textual analysis. The study was approved by the research ethics committee. **Results:** three categories emerged: implementation of patient safety protocols; institutional and multi-professional involvement and patient safety in continuing professional development. **Conclusion:** health personnel considered the implementation of health care protocols, the inclusion of safety as a topic in continued professional development and the involvement of both the institution and the multi-professional team to be the main strategies for promoting and strengthening patient safety culture.

Descriptors: Nursing; patient safety; organizational culture; intensive care units.

RESUMEN

Objetivo: identificar estrategias de promoción que contribuyan al fortalecimiento de la cultura de seguridad del paciente en unidades de cuidados intensivos. **Método:** estudio cualitativo, descriptivo, realizado junto a cinco médicos, cinco enfermeros y 24 técnicos de enfermería que trabajan en unidades de cuidados intensivos de dos instituciones hospitalarias del sur de Brasil, en 2016. La recolección de los datos se realizó por medio de entrevistas semiestructuradas y el tratamiento de los datos por el análisis textual discursivo. La investigación fue aprobada por Comité de Ética en Investigación. **Resultados:** surgieron tres categorías: implementación de protocolos de seguridad del paciente; participación institucional y multiprofesional y seguridad del paciente en la educación permanente. **Conclusión:** los profesionales de la salud consideran la implementación de protocolos en la asistencia a la salud, la inclusión de la temática de la seguridad en la educación permanente y la participación de la institución, así como del equipo multiprofesional, como las principales estrategias para promover y fortalecer la cultura de seguridad del paciente.

Descriptor: Enfermería; seguridad del paciente; cultura organizacional; unidades de cuidados intensivos.

INTRODUÇÃO

As discussões acerca da segurança do paciente têm se tornado uma tendência mundial. Mesmo com os diversos avanços do sistema, os pacientes estão expostos a inúmeros riscos quando submetidos à assistência à saúde, o que demanda a adoções de práticas seguras pelas organizações atuantes nessa área^{1,2}. Assim, nos anos 90, foi publicado, pelo *Institute of Medicine*, o relatório intitulado *To err is human: building a safer health care system*, que demonstrou altas taxas de incidência de eventos adversos (EA) em instituições hospitalares, contribuindo para mobilizar diversos países a voltarem o olhar à temática^{3,4}.

^IMestre em Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, Brasil. E-mail: catharinesouzaenf@hotmail.com

^{II}Doutora em Enfermagem. Docente da Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, Brasil. E-mail: jamila_tomaszewski@hotmail.com

^{III}Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Brasil. E-mail: grazi.dalmolin@gmail.com

^{IV}Graduando em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Brasil. E-mail: thiagoslopes@outlook.com

^VMestranda em Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Brasil. E-mail: brunaneutzling10@gmail.com

^{VI}Mestranda em Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Brasil. E-mail: rochelezugno@hotmail.com

Reconhecendo a importância do problema a nível global, a Organização Mundial de Saúde (OMS) instituiu, em 2004, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. Já no âmbito brasileiro, foi lançado em 2013 o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), tendo como um de seus objetivos reduzir a um mínimo aceitável o risco de qualquer dano, considerado desnecessário, que possa ser associado ao cuidado de saúde⁵.

Nesse sentido, com vistas a implantar uma cultura de segurança nas instituições de saúde, a culpa individual pelos erros cometidos tem sido substituída pela reorganização dos processos assistenciais na intenção de antever os erros e corrigi-los previamente à lesão ou dano ao paciente^{3,6,7}. A cultura de segurança é definida pelo Ministério da Saúde como um conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a segurança e a gestão da saúde⁸. A mesma incentiva os profissionais a serem responsáveis por seus atos, fortalecendo o abandono de práticas punitivas aos que cometem algum erro não intencional^{8,9}.

Dessa forma, para que a cultura de segurança se consolide, é de extrema importância que exista por parte dos profissionais e gestores, a compreensão do erro e as consequências desse, tendo como base o compromisso ético na busca pela melhoria do cuidado e na implementação de estratégias que visem a segurança do paciente como um todo¹⁰.

Assim, é preciso considerar o conhecimento da cultura de segurança do ambiente em que é prestada a assistência à saúde, para que assim, possam-se realizar melhorias¹¹. Para tanto, também é necessário buscar o entendimento de como trabalhadores visualizam essa cultura em sua prática. Dentre os ambientes assistenciais, destaca-se a unidade de terapia intensiva (UTI), por ser considerada complexa e com inúmeras ações que necessitam ser desenvolvidas de maneira emergencial.

Diante do exposto, buscando compreender as questões que envolvem o fenômeno da segurança do paciente, emergiu a seguinte *questão de pesquisa*: quais estratégias de promoção podem ser desenvolvidas para fortalecer a cultura de segurança positiva em UTI? Teve-se como *objetivo*: identificar estratégias de promoção que contribuam para o fortalecimento da cultura de segurança do paciente em UTI.

REFERENCIAL TEÓRICO

A necessidade de fortalecer a cultura de segurança em nível organizacional é medida fundamental para o processo de melhoria da segurança do paciente no contexto das instituições de saúde. De maneira positiva, possibilita que os profissionais da saúde passem a visualizá-la como uma de suas prioridades durante a assistência à saúde¹².

Dentre as características principais da cultura de segurança nas organizações de saúde está a inclusão da gestão e a participação de todos os profissionais na responsabilização pela sua própria segurança, de seus colegas, pacientes e acompanhantes, priorizando-a acima de qualquer meta financeira ou operacional. Além disso, a partir da ocorrência de algum incidente, deve ser encorajada a identificação, notificação e a resolução dos problemas ocorridos, promovendo o aprendizado organizacional^{5,13}.

Dessa forma, uma cultura de segurança baseada na justiça reconhece os erros como falhas que ocorrem no sistema e não somente em nível individual. Em uma cultura justa, o profissional não se sente intimidado pelas falhas cometidas, mas ao mesmo tempo, pode ser responsabilizado por suas ações. Desse modo, a cultura justa diferencia os profissionais que são cuidadosos e competentes, mas que acabam cometendo alguma falha, dos profissionais que têm um comportamento conscientemente de risco e de forma injustificável^{6,11,13,14}.

Porém, ainda hoje, a ideia de que os profissionais de saúde não erram está muito presente na sociedade, cabendo ao sistema criar mecanismos para que o erro não atinja os usuários^{9,14,15}. A problemática do erro humano pode ser visualizada sob duas perspectivas diferentes: da pessoa ou do sistema. A primeira se fundamenta em ações realizadas pelos profissionais de forma insegura, ou com desatenção, imprudência ou negligência. Já a segunda, centra-se na concepção de que os erros podem ocorrer até mesmo nas melhores instituições, pois todos os seres humanos são passíveis a falhas. Dessa forma, esses erros são vistos como consequências e não como causas, originando-se, na maior parte das vezes, a partir de fatores sistêmicos¹⁴⁻¹⁶.

Um dos modelos de cultura de segurança de James Reason é o da *cultura informada*¹⁷. Nesse, todos os membros de uma organização devem compreender e respeitar os perigos existentes na realização do trabalho e estar alertas para as formas em que as defesas do sistema organizacional podem ser ignoradas ou violadas. Além da cultura justa, é enfatizada a cultura de relato, em que as pessoas devem se sentir encorajadas a relatarem os erros^{17,18}.

Outro modelo do autor é o do Queijo Suíço, que preconiza a abordagem sistêmica e o gerenciamento do erro humano. Nele, as barreiras (fatias do queijo) impostas para a não ocorrência de falhas ocupam uma posição-chave. Entretanto, em todos os sistemas existem furos (buracos do queijo), que isoladamente não costumam causar dano, entretanto, quando ocorrem em várias camadas, ou seja, setores, podem desencadear erros¹⁴⁻¹⁶.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo descritiva, realizada em duas UTI de distintas instituições hospitalares do Sul do Brasil. A UTI geral do hospital filantrópico tem 10 leitos, dos quais três são intermediários, e a UTI geral do hospital universitário conta com seis leitos.

Participaram da pesquisa cinco enfermeiros, 24 técnicos de enfermagem e cinco médicos, selecionados por meio de amostragem não probabilística por conveniência, totalizando 34 informantes. Os critérios para a seleção dos participantes limitaram-se a ser profissional enfermeiro, técnico de enfermagem ou médico; e atuar profissionalmente há pelo menos 6 meses. Excluíram-se os que se encontravam em férias, afastamento ou licença.

A coleta de dados ocorreu de setembro a outubro de 2016, no local de trabalho dos participantes e no seu horário de preferência. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, gravadas, contendo questões fechadas, para a caracterização dos sujeitos, e questões abertas, enfocando aspectos relacionados à segurança do paciente no local de trabalho. Neste estudo, não são analisadas as características dos participantes.

A análise dos dados foi realizada a partir do referencial da análise textual discursiva, a qual compreende uma metodologia de análise de dados qualitativos que tem por finalidade produzir novas compreensões sobre discursos e fenômenos¹⁹. Para isso, foram seguidas três etapas: unitarização dos textos; estabelecimento de relações; e captação do novo emergente.

A unitarização pode ser definida como a imersão do pesquisador nas transcrições das entrevistas realizadas, mediante a desconstrução do texto e sua fragmentação em unidades de significado. Após essa etapa, realizou-se a articulação de significados semelhantes¹⁹.

Durante o processo de categorização, foram identificadas as relações entre as unidades de significado, comparando-as e realizando o agrupamento de elementos de significação próximos em categorias finais. A última etapa englobou a descrição e a interpretação dos sentidos e significados construídos a partir do texto, produzindo novas percepções sobre os aspectos envolvidos e as estratégias que contribuíam para o fortalecimento de uma cultura de segurança.

O estudo seguiu as recomendações da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo seu projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob parecer nº 126/2016. Os participantes foram esclarecidos sobre a pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e os seus depoimentos foram identificados pelas letras E (enfermeiro), TE (técnico de enfermagem), e M (médico), seguidas de um número sequencial, garantindo o sigilo e anonimato dos mesmos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Da análise discursiva emergiram três categorias: implementação de protocolos de segurança do paciente; envolvimento institucional e multiprofissional; e segurança do paciente na educação permanente.

Implementação de protocolos de segurança do paciente

Nesta categoria foi possível verificar que o estímulo à prática assistencial segura, fundamentada na implementação de protocolos de segurança do paciente, foi relatado pelos profissionais como uma das estratégias para fortalecer a cultura de segurança nas UTI. A falta desses protocolos pode gerar condutas que comprometem a segurança da unidade.

A gente ainda luta muito [...] embora tenha diminuído bastante a úlcera de pressão. [...] Caso tivesse protocolo específico para isso, com certeza melhoraria a qualidade da assistência, porque teríamos um embasamento teórico para executar a prática [...]. (E1)

Nós não temos protocolos, cada médico faz de acordo com o seu turno [...] cada plantão toma uma conduta. O que para mim é uma falta de cuidado, um erro, para o colega pode não ser [...]. (TE21)

Nesse sentido, o Ministério da Saúde instituiu como um dos eixos do PNSP a criação e o estabelecimento de um conjunto de seis protocolos básicos, que foram definidos pela OMS e que devem ser implementados para garantir uma prática assistencial segura e contribuir para a qualificação do cuidado em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional¹⁴. São eles: identificação do paciente; prevenção de úlcera por pressão; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; cirurgia segura; prática de higiene das mãos em serviços de saúde; e prevenção de quedas.

A implementação desses protocolos possui baixo custo e os mesmos são eficazes na redução de erros e EA¹⁴. No contexto de UTI, estudos evidenciaram que após a implantação e utilização dos protocolos de segurança do paciente, houve um aumento de ações, principalmente de cunho preventivo, demonstrando o impacto positivo dessas

ferramentas na segurança do paciente e consequente estímulo a uma cultura de segurança positiva entre os profissionais^{20,21}.

Ainda em relação aos protocolos, é preciso que sejam institucionalizados, de modo que o cuidado, embora tenha particularidades em função das singularidades dos clientes e das diferentes unidades hospitalares, seja padronizado, mitigando a ocorrência de erros e EA. Desse modo, a criação de uma estrutura institucional que priorize a segurança do paciente se constitui uma importante estratégia para o fortalecimento da cultura de segurança.

Tinha que seguir um protocolo, não por unidades, e sim geral, para o hospital todo. Porque não adianta vir da clínica médica com um cuidado e chegar aqui e a gente faz outro. [...] O paciente daqui a pouco começa a apresentar lesões. [...]. (TE 22)

Cada turno faz do seu jeito e o hospital inteiro trabalha assim. Por exemplo, se eu fizer plantão no SPA [serviço de pronto atendimento] e o paciente que estiver no SPA iniciar uma prescrição médica, antibiótico, se ele for para a UTI, eles trocam todo o horário [...]. Se o paciente for para a clínica médica, entra na rotina e esquema deles. Isso é negativo, como se estivéssemos em hospitais diferentes. [...]. (TE3)

Os profissionais referiram que, apesar de estar em fase inicial, existe uma mobilização das instituições de saúde pesquisadas para formar equipes que tenham como foco a criação de ações voltadas para o desenvolvimento da segurança do paciente, inclusive com realização de treinamentos e capacitações. Desse modo, a atuação dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) foi reconhecida como uma possibilidade para promover a cultura de segurança institucional. Os resultados permitem evidenciar a importância do surgimento desses setores específicos de apoio aos trabalhadores.

A gente não tem um protocolo da instituição. Está sendo encaminhada; desde o ano passado estavam montando um grupo de segurança do paciente, mas ainda se caminha bem devagar [...]. (E1)

Ouvi alguns comentários que existe implementação de um setor específico para isso. Não vejo ainda resultados presentes na atuação final, acho que por ser inicial, ele está em desenvolvimento [...]. (TE2)

Nesse sentido, buscando auxiliar o fortalecimento da segurança do paciente nas organizações de saúde, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicou, em 2013, a RDC nº 36, que destaca a obrigatoriedade da existência de um NSP nos serviços de saúde, os quais são responsáveis por elaborar e implantar os protocolos de saúde, que são construídos para assegurar uma prática assistencial de qualidade e segura^{13,14}. Além disso, os NSP possuem como responsabilidade prevenir, controlar, mitigar, e, obrigatoriamente, notificar os EA para o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, contribuindo para o fortalecimento do sistema, e para uma assistência à saúde segura^{8,9,13}.

Envolvimento institucional e multiprofissional

Nesta categoria verificou-se que apesar de relatarem a implementação de protocolos como fundamental para minimizar a possibilidade de erros e garantir a segurança do paciente nas UTI, os profissionais ressaltaram a importância do comprometimento dos membros da equipe de saúde. Assim, entre as estratégias de fortalecimento da cultura de segurança está a conscientização dos profissionais de saúde para que assumam a responsabilidade pela assistência segura dos pacientes.

Por exemplo, existe protocolo médico para diminuir a aspiração de paciente [...].

Esses são protocolos que visam à segurança e estão em funcionamento na unidade. Apesar de que, o grande problema não são os protocolos, são as pessoas. O problema é o colega que entra na UTI e não usa luva, não usa touca, não põe o avental para fazer um procedimento, [...] O maior problema é esse [...]. (M1)

A gente trabalha com pessoas, com saúde, a segurança do paciente vem em todos os aspectos, em qualquer atendimento que é feito, envolvendo sempre o comprometimento profissional (...). São diversas ações que nós temos, [...] tanto registros e ações práticas, quanto o comprometimento. (E3)

Nesse sentido, destaca-se que a elaboração e implementação de protocolos, por si só, não garantem a adoção de boas práticas. Assim, torna-se essencial o delineamento de estratégias bem fundamentadas por parte dos gestores, e o recrutamento de profissionais comprometidos com a segurança do paciente, para que essas questões não sejam tratadas por eles apenas como uma exigência institucional²².

Foi possível evidenciar que o envolvimento, o comprometimento e o trabalho em equipe multidisciplinar foram elencados pelos profissionais como estratégias para minimizar a ocorrência de erros e EA, capazes de promover resultados positivos na assistência em prol da segurança do paciente. Tais fatores influenciam no fortalecimento da cultura de segurança nas UTI, uma vez que os membros da equipe trabalham por um objetivo coletivo.

Envolve a equipe multiprofissional, todos têm que estar envolvidos e engajados para isso, porque não adianta o trabalho de um se não tem o trabalho de outro. [...] tem que ter o envolvimento de todos, de enfermeiros, de médicos. A gente teve uma diminuição de ulcera de pressão, de erro de medicação. Essa diminuição nas úlceras se deu pelo fato de os enfermeiros começarem a cobrar e fiscalizar mais, [...] se as mudanças de

decúbitos estavam realmente acontecendo [...] com a visualização de um resultado positivo, começaram a valorizar mais a mudança de decúbito. (E1)

Foi possível observar a importância do envolvimento profissional com o paciente e do trabalho desenvolvido dentro de uma equipe multiprofissional para minimizar a ocorrência de erros. Os participantes percebem que a visualização de um resultado positivo na assistência, conquistado a partir de uma mudança profissional multidisciplinar, estimula e incentiva as equipes a prestarem os cuidados com foco na segurança do paciente.

A cultura da segurança do paciente tem como um de seus objetivos a transformação da prática assistencial, em que toda a equipe de saúde deve buscar uma corresponsabilidade entre os seus membros. Dessa forma, entende-se que os profissionais de saúde precisam aprimorar essa ideia de responsabilidade coletiva e ter o trabalho em equipe como um pressuposto básico para a segurança do paciente^{23,24}.

Do mesmo modo, os profissionais mencionaram a importância dos serviços de apoio, considerando que o desenvolvimento de uma cultura de segurança não pode ser visualizada como responsabilidade única das equipes que prestam assistência direta ao paciente. Assim, o trabalho conjunto de setores como higienização, lavanderia, farmácia e serviço de controle de infecção hospitalar foram citados pelos profissionais como imprescindíveis para a promoção do fortalecimento da cultura de segurança.

É um contexto muito grande, porque não tem só a nossa parte como enfermagem, mas tem todo o resto que está envolvido com o manejo do paciente. A questão do serviço de apoio é uma coisa que a gente tem que trabalhar melhor, a gente trabalha pouco a segurança. [...] Muitas vezes os atos falhos não são só nossos, tem todo um entorno que precisa ser melhorado[...]. Eles influenciam de diversas formas, tanto positiva quanto negativa. [...]. (E2)

Toda uma equipe, todo um conjunto influencia naquele cuidado, na segurança daquele paciente. O controle de infecção é muito importante porque a partir do momento que o paciente está internado e ele está com uma bactéria de contato, [...] a CCIH [Comissão de Controle de Infecção Hospitalar] nos fornece medidas de segurança, para o paciente, para os outros. A farmácia também é um setor muito importante devido à manipulação da medicação, o antibiótico que é usado [...]. (TE12)

A gestão do risco, associada ao cuidado à saúde dos pacientes, deve ser visualizada como uma questão transversal e multiprofissional que inclua todos os serviços de apoio pertencentes às instituições de saúde. Destaca-se que a falta de integração entre os serviços de apoio fragiliza o trabalho realizado em equipe interdisciplinar, o que prejudica a realização de uma assistência de qualidade e possibilita o surgimento de falhas²⁵, comprometendo a cultura de segurança.

Segurança do paciente na educação permanente

A educação permanente em saúde é compreendida de forma ampla, como uma construção que deve ser coletiva, sendo capaz de levar ao rompimento de modelos prontos e abrindo espaço para novas construções e possibilidades, promovendo importantes mudanças nas organizações de saúde²⁶. Assim, os profissionais ressaltaram a importância da disseminação do conhecimento acerca da segurança do paciente por meio da educação permanente. Vale registrar que treinamentos e capacitações, teóricas e práticas foram sugeridos como estratégias para o fortalecimento da cultura de segurança do paciente nas UTI.

Ensinos, palestra. [...]. Não adianta tu queres implantar uma coisa, se tu não explicas como funciona isso para a segurança do paciente. (TE11)

O que está se tentando é montar esse grupo [visando à] segurança do paciente. Tem a educação continuada, que faz algumas capacitações. Mas voltada para a segurança do paciente, eu creio que o melhor mesmo seria a definição desse grupo, que comece [...] a funcionar. (E1)

Ainda, destacaram a importância de atualizar as práticas desenvolvidas nas unidades e valorizar os profissionais que buscam atualização. Do mesmo modo, relataram que os treinamentos e capacitações devem ser adequados às necessidades da equipe de saúde, considerando o horário de trabalho, visando abranger maior número de pessoas, e contribuindo para modificar e fortalecer a cultura de segurança nas UTI.

Eu acho que treinamentos são importantes, acho que a gente faz pouca coisa. A questão de buscar aperfeiçoamento está bastante falha. A educação permanente tenta fazer bastante coisa, mas não se consegue porque não é cobrado ou porque muitas vezes é no horário de serviço. (E2)

Nesse sentido, o setor de educação permanente da instituição de saúde é fundamental para o fortalecimento de uma cultura de segurança positiva. Foi possível perceber que os profissionais entrevistados ressaltam relevância da disseminação do conhecimento acerca da segurança do paciente. Tal evidência vem ao encontro do que é preconizado pelo terceiro eixo da PNSP, é necessário incluir a temática da segurança do paciente no ensino e na educação permanente em saúde¹⁴.

Destaca-se a importância do desenvolvimento de atividades e intervenções educativas nesse sentido, a fim de desencadear uma melhoria contínua nos processos assistenciais²⁷. Elas também possibilitam um aumento do número de notificações de erros e EA pelos profissionais²⁸. Assim, os estabelecimentos de saúde necessitam, cada vez, mais, incorporar novas tecnologias, e a segurança do paciente precisa ser problematizada e discutida em todos os âmbitos, tornando-se indispensável instrumentalizar os profissionais para a prevenção de EA, promovendo uma assistência à saúde potencialmente segura. Desse modo, a educação permanente de todos os profissionais é fundamental para que ocorra uma conscientização coletiva para o cuidado seguro^{25,29}.

CONCLUSÃO

Foi possível evidenciar que os profissionais de saúde pesquisados consideram a implementação de protocolos, o envolvimento institucional e multiprofissional e a inclusão do tema segurança do paciente na educação permanente como as principais estratégias para fortalecer a cultura de segurança do paciente nas UTI.

Ressalta-se a importância da implementação dos protocolos de segurança do paciente nas unidades pesquisadas assim como da atuação dos NSP nas instituições, visando minimizar a ocorrência de erros e EA e proporcionar maior segurança e qualidade na assistência à saúde. Ainda, destaca-se a necessidade de aperfeiçoamentos e treinamentos contínuos das equipes atuantes nas UTI e demais setores da instituição hospitalar, para que medidas simples e efetivas possam auxiliar a prevenir e reduzir os riscos associados ao cuidado à saúde dos pacientes, o que auxiliará no fortalecimento da cultura de segurança.

Como limitações desta pesquisa, evidencia-se que esses resultados não podem ser generalizados, uma vez que a mesma foi conduzida em duas UTI de um único município da Região Sul do Brasil, as quais não se assemelham as múltiplas realidades de saúde do país. Dessa forma, indica-se a realização de outras pesquisas que possam auxiliar na compreensão das estratégias que fortalecem a cultura de segurança do paciente nessas unidades.

REFERÊNCIAS

1. Raduenz AC, Hoffmann P, Radunz V, Dal Sasso GTM, Marck PB. Nursing care and patient safety: visualizing medication organization, storage and distribution with photographic research methods. *Rev. latinoam. enferm.* (Online). 2010 [cited 2018 Jul 24]; 18(6):1045-54. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/02.pdf>
2. Duarte SC, Queiroz ABA, Büscher A, Stipp MAC. Human error in daily intensive nursing care. *Rev. latinoam. enferm.* (Online). 2015 [cited 2018 Jul 17]; 23(6):1074-81. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0479.2651>
3. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. *To err is human: building a safer health system.* Washington (DC): National Academy Press; 2000.
4. Reis CT, Martins M, Laguardia J. Patient safety as a dimension of the quality of health care – a look at the literature *Ciênc. saúde coletiva.* (Online). 2013 [cited 2018 Jul 10]; 18(7):2029-36. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000700018>
5. Ministério da Saúde (Br). Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). [Online]. Brasília (DF) Gabinete Ministerial; 2013 [cited 2018 Apr 6]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
6. Sammer CE, Lykens K, Singh S, Mains DA, Lacka NA. What is patient safety culture? A review of the literature. *J. Nurs. Scholarsh.* [Online]. 2010 [cited 2018 Apr 6]; 42 (2):156-65. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2009.01330.x>
7. Paese F, Dal Sasso GTM. Patient safety culture in primary health care. *Texto & contexto enferm.* (Online). 2013 [cited 2018 Apr 16]; 22(2):302-10. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/en_v22n2a05.pdf
8. Ministério da Saúde (Br). Resolução - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013: Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. [Online]. Brasília (DF) : ANVISA; 2013.
9. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Br). *Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática.* Brasília (DF): Anvisa; 2013.
10. Costa TD, Salvador PTCO, Rodrigues CCFM, Alves KYA, Tourinho FSV, Santos VEP. Perception of nurses about patient safety in intensive care units. *Rev. gaúch. enferm.* [Scientific Electronic Library Online]. 2016 [cited 2018 Jul 10]; 37(3):e61145. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.03.61145>
11. Wachter RM. *Compreendendo a segurança do paciente.* 2ª ed. Porto Alegre (RS): Ed. AMGH; 2013.
12. National patient safety agency. *Seven steps to patient safety for primary care - The full reference guide.* London (UK): NPSA; 2006.
13. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Br). *Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente e Serviços de Saúde.* Brasília (DF): ANVISA; 2014.
14. Ministério da Saúde (Br). *Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente.* Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.
15. Reason J. Human error: models and management. *BMJ Qual. Saf.* [Online]. 2000 [cited 2018 Jun 25]; 320(7237):768–70. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768>
16. Fernandes LGG, Tourinho FSV, Souza NL, Menezes RMP. contribution of James Reason to patient safety: reflection for nursing practice. *Rev. enferm. UFPE on line.* (Online). 2014 [cited 2018 Jun 20]; 8(7):2507-12. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/9944/10252>

17. Reason J. Achieving a safe culture: theory and practice. *Work & Stress* [Online] 1998 [cited 2018 Jun 21]; 12(3):293-306. DOI: <https://doi.org/10.1080/02678379808256868>
18. Reason J. Beyond the organisational accident: the need for “error wisdom” on the frontline. *BMJ Qual. Saf.* [Online]. 2004 [cited 2018 Jul 21]; 13(suppl 2):28-33. Available from: https://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/13/suppl_2/ii28.full.pdf
19. Moraes R, Galiazzi MC. *Análise textual discursiva*. 2ª ed. rev. Ijuí (RS): Ed. Unijuí; 2013.
20. Vasconcelos JMB, Caliri MHL. Nursing actions before and after a protocol for preventing pressure injury in intensive care. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* [Scientific Electronic Library Online]. 2017 [cited 2018 Mar 28]; 21(1):1-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20170001>
21. Sanches BO, Contrin LM, Beccaria LM, Frutuoso IS, Silveira AM, Werneck AL. Adherence of the nursing team to the protocols of pressure injury in intensive care unit. *Arq. bras. ciênc. Saúde.* [Online]. 2018 [cited 2018 Mar 28]; 25(3):27-31. Available from: DOI: <https://doi.org/10.17696/2318-3691.25.3.2018.1058>
22. Araújo MPS, Oliveira AC. Quais mudanças poderão ocorrer na assistência cirúrgica após implantação dos núcleos de segurança do paciente? *R. Enferm. Cent. O. Min.* [Online]. 2015 [cited 2018 Mar 28]; 5(1):1542-51. Available from: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/807/844>
23. Wegner W, Silva SC, Kantorski KJC, Predebon CM, Sanches MO, Pedro ENR. Education for culture of patient safety: implications to professional training. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* [Scientific Electronic Library Online]. 2016 [cited 2018 Jul 10]; 20(3). DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160068>
24. Mello JF, Barbosa SFF. Patient safety culture in intensive care: nursing contributions. *Texto & contexto enferm.* [Online]. 2013 [cited 2018 Jul 15]; 22(4):1124-33. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/en_31.pdf
25. Tobias GC, Bezerra ALQ, Moreira IA, Paranaguá TTB, Silva ABC. knowledge of nurses on the culture of patient safety in university hospital. *Rev. Enferm. UFPE on line.* [Online]. 2016 [cited 2018 May 26]; 10(3):1071-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.8702-76273-4-SM.1003201617>
26. Fagundes NC, Range AGC, Carneiro TM, Castro LMC, Gomes BS. Continuing professional development in health for working nurses. *Rev. Enferm. UERJ.* 2016 [cited 2018 Mar 21]; 24(1):e11349. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2016.11349>
27. Borsato FG, Vannuchi MTO, Haddad MCFL. Quality of nursing care: patient environment in a medium-complexity public hospital. *Rev. enferm. UERJ.* [Online]. 2016 [cited 2018 Mar 28]; 24(2):e6222. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2016.6222>
28. Marinho MM, Radünz V, Rosa LM, Tourinho FSV, Ilha P, Misiak M. Results of educational interventions on patient safety in error and adverse event reporting. *Rev. baiana enferm.* [Online]. 2018 [cited 2018 Mar 27]; 32:e25510. DOI: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v32.25510>
29. Costa VT, Meirelles BHS, Erdmann AL. Best practice of nurse managers in risk management. *Rev. latinoam. enferm.* (Online). 2013 [cited 2018 Jun 17]; 21(5): 1165-71. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000500021>