

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE NA ÓTICA DE ENFERMEIRAS INTENSIVISTAS

SOCIAL REPRESENTATIONS ABOUT PATIENT SAFETY FROM THE PERSPECTIVE OF INTENSIVE CARE NURSES

REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS ENFERMERAS DE CUIDADOS INTENSIVOS

Rejane Santos Barreto¹
Maria Lúcia Silva Servo²
Amanda Maria Villas Bôas Ribeiro³

Como citar esse artigo: Barreto RS, Servo MLS, Ribeiro AMV. Representações sociais sobre segurança do paciente na ótica de enfermeiras intensivistas. Rev baiana enferm. 2020;34:e36969.

Objetivo: apreender as representações sociais sobre segurança do paciente na ótica de enfermeiras intensivistas. **Método:** estudo de natureza exploratória com abordagem qualitativa, fundamentado na Teoria das Representações Sociais. Foi realizada entrevista semiestruturada com 20 enfermeiras intensivistas de um hospital privado de uma capital brasileira. Os dados foram processados pelo *software* IRAMUTEQ e utilizado análise de similitude e de conteúdo para seu tratamento e interpretação. **Resultados:** na estrutura das representações sociais das enfermeiras intensivistas a segurança é concebida como eixo norteador das práticas de cuidado, objetivada mediante protocolos e normas institucionais, que promovem práticas seguras e gestão de risco. **Conclusão:** as representações sociais revelam que as enfermeiras ancoram suas concepções de segurança do paciente na dinâmica do seu processo de trabalho, por meio de subsídios e estratégias, como conferências/checagens, utilização de *checklists*, para realizar intervenções que possibilitem assistência livre de danos.

Descritores: Enfermagem. Segurança do Paciente. UTI. Cuidado.

Objective: to grasp the social representations about patient safety from the perspective of intensive care nurses. Method: exploratory study with qualitative approach, based on the Theory of Social Representations. A semi-structured interview was conducted with 20 intensive care nurses from a private hospital in a Brazilian capital. The data were processed by the IRAMUTEQ software and used similarity and content analysis for their treatment and interpretation. Results: in the structure of the social representations of intensive care nurses, safety is conceived as a guiding axis of care practices, objectified through protocols and institutional norms, which promote safe practices and risk management. Conclusion: the social representations reveal that nurses anchor their conceptions of patient safety in the dynamics of their work process, through subsidies and strategies, such as conferences/checks, use of checklists, to perform interventions that enable harm-free care.

Descriptors: Nursing. Patient Safety. ICU. Care.

¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Universidade Estadual de Feira de Santana, Salvador, Bahia, Brasil. rejeenf@hotmail.com. <http://orcid.org/0000-0002-2973-0272>.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, Bahia, Brasil. <http://orcid.org/0000-0003-4809-3819>.

³ Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia Salvador, Bahia, Brasil. <http://orcid.org/0000-0003-1561-9730>.

Objetivo: aprehender las representaciones sociales sobre la seguridad del paciente desde la perspectiva de las enfermeras de cuidados intensivos. Método: estudio exploratorio con enfoque cualitativo, basado en la Teoría de las Representaciones Sociales. Se realizó una entrevista semiestructurada con 20 enfermeras de cuidados intensivos de un hospital privado en una capital brasileña. Los datos fueron procesados por el software IRAMUTEQ y utilizaron análisis de similitud y contenido para su tratamiento e interpretación. Resultados: en la estructura de las representaciones sociales de los enfermeros de cuidados intensivos, la seguridad se concibe como un eje rector de las prácticas de atención, objetivado a través de protocolos y normas institucionales, que promueven prácticas seguras y gestión de riesgos. Conclusión: las representaciones sociales revelan que las enfermeras anclan sus concepciones de la seguridad del paciente en la dinámica de su proceso de trabajo, a través de subvenciones y estrategias, tales como conferencias/comprobaciones, uso de checklists, para realizar intervenciones que permitan la atención libre de daños.

Descriptor: Enfermería. Seguridad del Paciente. UCI. Cuidado.

Introdução

A segurança do paciente hospitalizado em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é influenciada por complexas dimensões, posto que se configura um ambiente crítico de cuidado, requerendo aproximações relacionadas a esta prática no cotidiano de trabalho. Nesse contexto, a prática do cuidar da enfermeira é um fator contribuinte para a sua consecução, uma vez que seu processo de trabalho e a segurança do paciente são elementos indissociáveis⁽¹⁾.

As dimensões da segurança do paciente hospitalizado em UTI vão além do entendimento e da operacionalização do processo de gestão de risco, perpassam pela subjetividade e relações estabelecidas no cotidiano de trabalho, são desencadeadas por comportamentos e atitudes que podem ser (re)significados por enfermeiras⁽²⁾, isto é, estão vinculadas às suas Representações Sociais (RS), tornando essa compreensão o diferencial para o cuidado seguro.

As RS são uma forma de conhecimento socialmente organizado que colabora para a constituição de uma realidade comum a determinado grupo social⁽³⁾. É, portanto, uma forma de compreender nuances e processos de conhecimentos partilhados pelas enfermeiras intensivistas, acerca da segurança do paciente em seu cotidiano de trabalho.

A segurança do paciente é considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um componente crítico para melhoria na qualidade do cuidado em todo o mundo. Na

contemporaneidade, reflète os desafios que os profissionais de saúde devem buscar no aprimoramento da assistência livre de danos, e deve estar norteada por eficácia, eficiência, conhecimento técnico-científico e domínio de modernas tecnologias⁽⁴⁾.

Seguindo o movimento mundial pela assistência livre de danos, no Brasil, o Ministério da Saúde (MS), por meio da Portaria n. 259, de 1º de abril de 2013, instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)⁽⁵⁾. Em julho do mesmo ano, por meio da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n. 36, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), propõe ações para melhoria da qualidade nos serviços de saúde, aprovando através da Portaria n. 2.095, protocolos básicos de segurança do paciente, cuja finalidade é instituir ações para a segurança do paciente em serviços de saúde em caráter nacional, funcionam como guias e normas, e contêm as práticas mais recomendadas⁽⁶⁾.

Grande parte dessas diretrizes e ações pela segurança do paciente foi considerada em virtude da elevada ocorrência de eventos adversos ao paciente, isto é, de danos desnecessários nos cenários mundial e brasileiro de cuidados em saúde⁽⁷⁾. No entanto, as UTI, pelo tipo de práticas assistenciais que desenvolvem, ancoradas às tecnologias duras, perfil diferenciado de gravidade dos pacientes, múltiplas demandas de processos e atividades, possuem destaque na ocorrência de eventos adversos, impactando no aumento

do tempo de internação e mortalidade⁽⁸⁾. Destaca-se, assim, a relevância do estudo da segurança do paciente neste cenário de cuidado.

Nesta direção, foi delineada a seguinte questão de pesquisa: Como são apreendidas as representações sociais sobre a segurança do paciente na ótica de enfermeiras intensivistas?

Dessa forma, buscando acessar os saberes que orientam a segurança do paciente em UTI pela ótica de enfermeiras intensivistas, de forma a compreender também suas condutas e ações no fazer cotidiano em saúde, este estudo tem como objetivo: Apreender as representações sociais sobre segurança do paciente na ótica de enfermeiras intensivistas.

Método

Estudo de natureza exploratória com abordagem qualitativa, com base no aporte teórico metodológico da Teoria das Representações Sociais (TRS)⁽⁹⁾. Trata-se de um produto da dissertação de mestrado intitulada “Representações Sociais de Enfermeiros Intensivistas sobre Segurança do Paciente”⁽¹⁰⁾, desenvolvido em 2019, no Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem (MPE) do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Bahia, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos (CEP), Parecer n. 3.239.115.

Foi realizado em concordância com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS), de n. 466, de 12 de dezembro de 2012⁽¹¹⁾, do MS, que trata da ética em pesquisas com seres humanos, e da Resolução n. 510, de 2016⁽¹²⁾, que aborda normas aplicáveis a pesquisas em ciências humanas e sociais, respeitando desse modo os princípios legais, do que é ético e de direito. Para garantir o rigor metodológico, foi adotado o *checklist* da pesquisa qualitativa em todas as etapas, seguindo as diretrizes do *Consolidated Criteria For Reporting Qualitative Research* (COREQ).

O campo de estudo foi um hospital privado de grande porte situado numa capital brasileira. A aproximação com o cenário de pesquisa

ocorreu em dois momentos: apresentação do projeto de estudo na sessão clínica de pesquisa; comunicação verbal, pela coordenação, em reunião com o corpo clínico de enfermeiros das unidades críticas, seguida de formalização individual por meio de convite impresso entregue a cada potencial participante do estudo. Nesse momento foi feita a apresentação do entrevistador e as razões do desenvolvimento da pesquisa, destacando que se tratava de um projeto de dissertação de mestrado com alcance de intervenção para a realidade estudada.

As participantes da pesquisa foram enfermeiras intensivistas; das 32 profissionais atuantes no campo de estudo, 23 foram selecionadas, por atenderem aos critérios de inclusão: mínimo de seis meses de serviço e trabalhar em UTI geral em contato direto com o paciente crítico. Nove enfermeiras foram excluídas por se enquadrarem nos critérios de exclusão: afastamento do serviço por licença maternidade (2), por licença saúde (1), por estarem em gozo de férias (4) e uma coordenadora, por não desenvolver atividade assistencial direta ao paciente. Houve apenas uma recusa. Três enfermeiras não foram entrevistadas, devido ao encerramento da coleta por saturação de dados. Desse modo, o quantitativo de participantes foi definido pelos critérios de inclusão/exclusão e saturação de dados, totalizando 20 participantes.

A participação na pesquisa foi condicionada à aceitação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após estarem cientes do tema, justificativa, objetivos, benefícios e riscos da pesquisa. O anonimato das participantes foi assegurado, e os conteúdos dos discursos nominados por siglas (EI-1; EI-2...), que correspondem ao termo Enfermeira Intensivista (EI), seguido por um numeral, orientado pela ordem de coleta.

Optou-se pela utilização da entrevista semiestruturada como estratégia de coleta de dados, técnica abrangente e que privilegia a interação social, com possibilidade de alcance às reflexões do próprio sujeito sobre a realidade vivenciada, isto é, do seu imaginário social, possibilitando, desse modo, a percepção de elementos das

RS, implícitos e latentes. O acesso ao diálogo com os sujeitos sobre o fenômeno investigado percorre o campo subjetivo das ideias e significados, por meio da espontaneidade e interação dos sujeitos⁽¹³⁾.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de junho e agosto de 2019, com anuência do serviço, em sala reservada, havendo apenas a presença do entrevistador e do participante, e teve duração média de 15 minutos. As entrevistas foram aplicadas por uma das autoras, devidamente treinada, mestranda em enfermagem e enfermeira intensivista, com mais de quinze anos de atuação na área, além da experiência em docência.

O instrumento de coleta de dados, previamente testado, contemplou dados objetivos referentes à caracterização das participantes e questões subjetivas que procuraram atender ao objetivo deste estudo. As entrevistas foram gravadas e transcritas *ipsis litteris* para análise. As transcrições foram devolvidas às participantes para correções, não havendo necessidade de repetição de entrevistas. Às participantes também foi oportunizado *feedback* parcial dos resultados, no evento institucional de balanço de atividades anuais, em dezembro de 2019.

A coleta de dados foi finalizada quando se atingiu a saturação empírica de dados, que ocorreu quando a essência dos depoimentos não apontavam novas informações, e aquelas obtidas asseguravam relevância e consistência, isto é, quantidade e intensidade de conteúdos implícitos e latentes para atender o objetivo proposto para este estudo⁽¹⁴⁾.

Após a transcrição de cada entrevista, todo o material foi reunido em um único *corpus* textual e submetido às etapas da análise de similitude e da análise de conteúdo. A análise da similitude, que se baseia na teoria dos grafos, possibilitou identificar as coocorrências entre os elementos e o seu resultado trouxe indicações da conexidade entre os termos, auxiliando na identificação da estrutura representacional, por meio do *software* de análise textual IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*)⁽¹⁵⁾.

O *software* permitiu o estudo e a organização dos elementos que compõem a representação investigada, mediante a identificação de ligação entre as palavras e construiu a árvore de similitude, sendo possível identificar a organização das RS, quer dizer, quanto mais as pessoas se assemelham na maneira de representar determinado objeto, maior será seu índice de similitude⁽¹⁶⁾.

Para este artigo foi utilizado um recorte da árvore máxima de similitude processada pelo *software*, considerando o léxico “segurança” e ramificações. Esse elemento apresenta forte conexão ao termo central “paciente”, destacados na representação esquemática, e observados pela espessura dos grafos.

Como o *software* faz apenas o processamento de dados, foi adotado, no segundo momento, o método de análise de conteúdo na busca por entender o imaginário social, uma vez que permite compreender o conteúdo dos depoimentos das participantes para além dos significados contidos nas suas falas. Vale destacar que a análise de similitude e a técnica de análise de conteúdo são complementares, baseada na perspectiva do processo de comunicação como ponto comum, são modos de interpretação da realidade, refletem os comportamentos e práticas sociais das participantes.

A análise de conteúdo proposta por Bardin⁽¹⁷⁾ ocorreu em três etapas: 1ª etapa – Pré-análise, fase de organização do material, em que foram realizadas leituras de exploração, que oportunizou a operacionalização e a sistematização de ideias iniciais; 2ª etapa – Exploração do material, momento em que foi realizada a codificação do material e a reunião em unidades de significado; na 3ª etapa, deu-se o tratamento dos resultados, inferência e interpretação, estabelecendo relações entre o objeto de análise e seu contexto mais amplo, proporcionando novas reflexões.

Resultados

Na composição do grupo pesquisado, a idade das 20 participantes variou de 28 a 53 anos, havendo apenas 1 participante do sexo masculino; e o tempo de formação/graduação

em enfermagem variando entre 4 e 30 anos. Enquanto que o tempo de atuação em unidades de cuidados críticos variou entre 2 e 29 anos, e o tempo de trabalho na instituição pesquisada, oscilou de 10 meses a 28 anos.

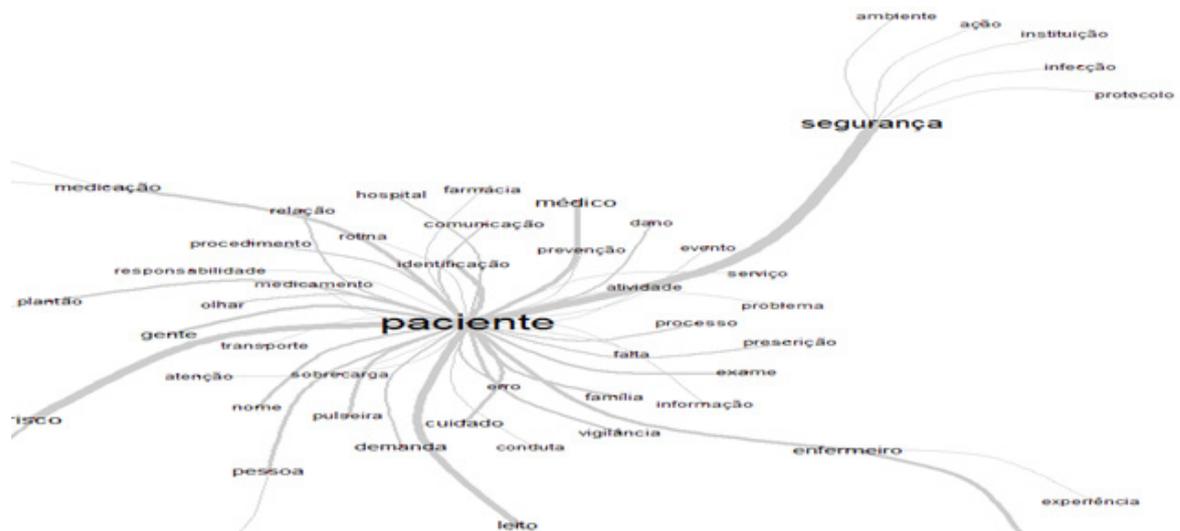
Quanto à formação complementar, todas as enfermeiras intensivistas possuíam pós-graduação na área de atuação, ou por especialização ou por residência em terapia intensiva. E no que se refere ao vínculo empregatício, em sua maioria, as enfermeiras possuíam um único vínculo de trabalho, do tipo celetista, com carga horária de trabalho de 44 horas semanais.

Os resultados apreendidos mediante a interlocução entre a análise de similitude e de conteúdos dos discursos refletem conhecimentos

compartilhados e construídos coletivamente por enfermeiras intensivistas sobre o objeto “segurança do paciente”.

O recorte da árvore de similitude sinaliza a segurança como elemento primordial de desenvolvimento das práticas de cuidado ao paciente na ótica do grupo investigado. O termo “segurança”, por sua vez, está diretamente ligado ao “ambiente”, “ações”, “instituição”, “infecção” e “protocolo”, revelando assim aspectos do cotidiano e prática profissional das enfermeiras no ambiente de trabalho, e convergem com os conteúdos dos discursos. Sua estrutura organizacional encontra-se descrita na representação esquemática a seguir (Figura 1):

Figura 1 – Recorte da árvore máxima de similitude baseada no termo “segurança”



Fonte: Elaborado pelo *Software* IRAMUTQ, versão 0.7 alpha 2, a partir do *corpus* de análise das entrevistas⁽¹⁵⁾.

Do processo de convergência entre as análises de similitude e conteúdo e do recorte, emergiu uma única categoria, “Segurança como eixo norteador das práticas de cuidado em UTI”, que reflete dimensões atitudinais, cognitivas, simbólicas e práticas.

Categoria – Segurança como eixo norteador das práticas de cuidado em UTI

Essa categoria foi delineada com base na observação de que as participantes trazem o

componente segurança como eixo norteador das práticas de cuidado, tanto na estrutura das RS na análise de similitude como no conteúdo dos discursos. No entanto, foi verificada uma predominância da dimensão atitudinal na representação do grupo social pesquisado, ou seja, as atitudes oferecem dinâmica à representação da segurança do paciente e respaldam as ações cotidianas de trabalho. Assim, derivou-se da categoria central duas subcategorias, que refletem ações, sustentadas no conhecimento, no movimento pela segurança do paciente, na adesão às

práticas seguras, nos protocolos e na gestão de risco institucional.

Subcategoria 1 – O agir da enfermeira intensivista para a segurança do paciente

As RS apreendidas das enfermeiras intensivistas refletem ações cotidianas que envolvem a segurança do paciente crítico, observados na preocupação com a identificação correta do paciente, com a terapêutica prescrita, com a vigilância, a monitorização tecnológica com a configuração de alarmes e com a prevenção de infecção hospitalar.

Eu sempre chego e olho sempre o nome do paciente com a prescrição, e confirmo tudo, olho se todos os riscos, se todas as medidas para ele estão ali prescritas, olho sempre a pulseira do paciente com a plaquinha que a gente usa [...] principalmente quando tem paciente com nome parecido. (EI- 11).

O primeiro parâmetro positivo que nós temos é a monitorização do paciente, monitorizado com os alarmes sempre ativos, isso é uma condição para a gente, que te dar um pouco mais de conforto e segurança, e também referente à vigilância. (EI-6).

[...] os dispositivos que os pacientes utilizam para monitorizar, temos o monitor central que isso dá uma segurança para a gente, porque nossos quartos são fechados. (EI-10).

Eu trabalho constantemente com a equipe a prevenção da infecção hospitalar, a importância da higienização das mãos e da prevenção da infecção cruzada. (EI-1).

Subcategoria 2 – Da adesão às práticas seguras e aos protocolos institucionais à gestão de riscos

Os discursos das enfermeiras intensivistas apontam para RS construídas no cotidiano de trabalho, baseadas em elementos de segurança institucionais relacionados à adesão a práticas seguras, protocolos e gestão de risco. A dispensação/verificação/administração de medicamentos e *checklist* de transporte foram citadas como barreiras que reforçam a segurança de forma sistêmica:

A identificação das medicações dentro do saquinho com a etiqueta do paciente, algumas tem a sinalização das cores [...] algumas medicações ela vem saco vermelho, eu acho que isso reforça um pouco a gravidade do que você está pegando, e o saco azul que identifica medicamento de geladeira, aí você tentar administrar

ou tentar voltar para o ambiente, para ela ficar bem armazenada. (EI-12).

Em relação à administração de medicamentos, a dupla checagem daqueles medicamentos potencialmente perigosos, que a gente tem aqui na instituição, então anti-neoplásico ou quimioterápicos, ou outros tipos de medicações que estão na lista da ANVISA, eles são checados duas vezes ou por dois enfermeiros ou pelo farmacêutico e pelo enfermeiro. (EI-5).

Outra experiência positiva é o checklist de transporte, eu acho ele muito importante, mesmo que às vezes a gente negligencie o seu preenchimento, você consegue visualizar aquilo que precisa para levar, para pelo menos conseguir ter um transporte efetivo, sem trazer risco para o paciente durante esse percurso no hospital. (EI-3).

Os protocolos e as normas institucionais foram apontados pelas enfermeiras intensivistas como o instrumento que ajudam a definir, padronizar e revisar a maneira de processar a atenção direta à saúde, refletindo na organização do trabalho. Desse modo, as representações das participantes sobre os protocolos e normas institucionais subsidiam ações para manutenção da segurança do paciente.

Uma situação que eu vivencio quase todo dia é quando a gente tem acesso aos protocolos institucionais, então toda vez que eu me sinto insegura em relação a alguma ação que eu tenho que fazer, eu vou até o protocolo, que pela disponibilidade disso me dá segurança. (EI-2).

Nós temos processo de trabalho definido para quase todos os procedimentos que fazemos, e isso tende a facilitar a nossa rotina de trabalho. (EI-7).

[...] aqui a gente tem as rotinas muito bem estabelecidas, com um fluxograma muito fechado, pesquisado [...] ela facilita, até ajuda a gente a identificar os riscos aos pacientes. (EI-4).

No imaginário coletivo do grupo social pesquisado perpassa a concepção de que um ambiente de cuidado hospitalar complexo deve pautar-se na prevenção de danos, pela gestão de riscos, e suscita gestão da informação e comunicação estruturada. Os discursos a seguir fazem referência ao processo de comunicação para construção do plano terapêutico do paciente crítico, trazendo elementos da gestão de risco em seus conteúdos:

O nosso olhar já é direcionado ao que é previsão de riscos e danos ao doente e, também, facilitar a comunicação efetiva, comunicação com o médico, com todos da equipe. (EI-8).

É importante também a garantia da passagem de plantão do diarista na visita multidisciplinar [...] porque ali você compartilha a experiência de todos com relação

àquele doente, e todos contribuem para formar o máximo de um ambiente seguro... (EI-13).

A visita multidisciplinar é um mecanismo positivo, porque sinaliza também uma parte desses riscos, chama atenção da equipe. Então, cada um tem uma sinalização de risco que está mais ligado à sua área e pode também está fazendo essa prevenção. (EI-9).

Discussão

A configuração da árvore de similitude, produto dos discursos das enfermeiras intensivistas, sinaliza o “paciente” como centro da assistência em saúde e estabelece forte ligação com a “segurança”, colocando-a como elemento primordial e indissociável do processo de trabalho e das práticas de cuidado crítico.

Por sua vez, a segurança está diretamente ligada ao ambiente, ações, instituição, infecção e protocolo, revelando assim aspectos da prática profissional e do cotidiano de trabalho intensivo.

A categoria “Segurança como eixo norteador das práticas de cuidado em UTI” aponta RS, que, por um lado, demonstram implicações objetivas, como ações de conferências e checagens, criação de barreiras superpostas para minimizar o risco de erros, troca de pacientes e eventos adversos, por outro lado, denota implicações subjetivas, como responsabilidade e comprometimento com o outro.

A dimensão subjetiva reporta para um olhar mais crítico frente ao objeto segurança do paciente e reflete uma cultura positiva, tendo em vista que o conhecimento dos riscos, a observância se as medidas de prevenção estão sendo prescritas e realizadas, são pontos básicos para qualquer questão que envolve saúde, implicando em cultura de prevenção de erros, diminuição de riscos e consequente segurança do paciente. Desse modo, tanto a análise de similitude como a de conteúdo possibilitaram depreender que existe movimento e responsabilização do grupo frente à produção de cuidado seguro ao paciente crítico.

Na subcategoria 1, “O agir da enfermeira intensivista para a segurança do paciente”, as RS apreendidas estabelecem consonância com a meta internacional de segurança de identificação

correta do paciente. Nessa direção, o PNSP orienta a adoção de indicadores de monitoramento que constam no protocolo de identificação do paciente, que são: o número de eventos adversos devido a falhas na identificação do paciente e a proporção de pacientes com pulseiras padronizadas entre os pacientes atendidos nas instituições de saúde⁽⁵⁾.

As várias formas utilizadas de identificação do paciente, seja pela pulseira, placa próxima ao leito e ainda no prontuário, são estratégias utilizadas pelas organizações, na tentativa de garantir uma assistência à saúde mais segura. A negligência por parte dos profissionais, pela não aderência ao cumprimento dessa meta/estratégia, produzem falhas na monitorização dos elementos de identificação, podendo gerar desde danos leves a fatais.

A vigilância, realizada pelas enfermeiras, visando a segurança do paciente, ancora-se em normas, protocolos institucionais e em equipamentos, e enquadra-se na dimensão atitudinal das RS do grupo social em estudo, providos sobretudo pela ação de monitorização paramédica, com alarmes sempre ativos. Dessa forma, há uma visão biologicista, com ênfase em tecnologias duras, objetivada pela visualização rápida de alterações clínicas captáveis pela monitorização, como a identificação de arritmias, de valores críticos de frequência cardíaca ou de alterações nos parâmetros de suporte ventilatório e mecânico⁽⁸⁾. Registra-se que existe um processo de dessensibilização, redução do estado de alerta e da confiança, e até mesmo de urgência desses dispositivos, resultante da fadiga de alarmes, que ocorre quando um grande número de alarmes encobre outros clinicamente significativos, possibilitando que alguns relevantes sejam desabilitados, silenciados ou ignorados pela equipe⁽¹⁸⁾. Portanto, não cabe somente assegurar monitorização ativa, mas saber utilizar esses dispositivos de forma assertiva, o que implica em conhecimento do doente e ajustes que atendam às necessidades de segurança de forma individualizada.

Na subcategoria 2, “Da adesão às práticas seguras e aos protocolos institucionais à gestão de riscos”, as RS sinalizaram estratégias com relação

à dispensação, conferência e administração de medicamentos, e, conseqüentemente, segurança no uso de medicações. Segundo estudo internacional e brasileiro⁽¹⁹⁻²⁰⁾, cada paciente internado está sujeito a erros de medicação, isto é, a eventos adversos evitáveis relacionados ao ciclo medicamento. Esses erros podem ocorrer em qualquer dos processos que constituem o circuito do medicamento, sendo os mais frequentes classificados como erros de prescrição, de distribuição, de dispensação, de preparo e de administração.

A dispensação individualizada e acondicionada em sacos de cores diferentes visa eliminar ou reduzir a possibilidade de troca de medicações por paciente. Esse tipo de barreira remete à ativação do sistema sensorial, com atribuição de cores às embalagens de acondicionamento dos medicamentos, medidas institucionais que oportunizam redução de danos ao paciente.

Ancorada ao universo cotidiano, a atitude institucionalizada da dupla checagem de medicamentos foi descrita como uma prática positiva frente à segurança do paciente. No universo reificado, isto é, da ciência e do saber, a administração de determinados medicamentos de alto risco/alto alerta/alta vigilância deve ser seguida de dupla checagem, mediante o estabelecimento prévio e criterioso de uma padronização, objetivando a não banalização do método⁽²¹⁾. Essa ação garante estabelecer filtros contra prescrições errôneas.

Nessa direção, outra prática de segurança sinalizada pelo grupo pesquisado refere-se ao *checklist* de transporte, que se mostra como instrumento com potencial para melhorar a segurança e a qualidade do cuidado aos pacientes na UTI. De maneira geral, os *checklists* facilitam a aplicação de tarefas complexas, diminui a variabilidade e garante melhor segurança durante os procedimentos e intervenções⁽²²⁾. Desse modo, a adoção desse instrumento mostra-se como valiosa ferramenta institucional, que pode ser adotada por todos os membros da equipe, frente não só a transportes, mas em outros procedimentos.

Assim, as RS revelam que os enfermeiros intensivistas ancoram suas concepções de

segurança do paciente na organização do seu processo de trabalho e na dinâmica de fluxos, com base em subsídios e estratégias, como a utilização de *checklists* para realizar intervenções que possibilitem a assistência livre de danos aos pacientes.

As RS apreendidas referentes à segurança do paciente sugerem ainda, que as ações dos enfermeiros intensivistas são guiadas por protocolos, pois foi observado familiaridade com esse instrumento, que apareceu na análise de similitude e de conteúdo. A consulta em situações de dúvidas reflete sua utilização como ferramenta de gestão de risco, como um guia para o cumprimento de fluxos organizados e de rotinas de trabalhos, e remete ancoragem às representações frente ao objeto de estudo.

As RS mostram que, no cotidiano de trabalho, as ações em torno da segurança do paciente são guiadas pela melhor orientação e evidência científica; por outra ótica, aparece dimensões subjetivas, uma vez que estes profissionais parecem ter incorporado uma cultura de segurança positiva, assumindo o compromisso pela qualidade do cuidado, em detrimento ao agir espontaneamente, de forma mecanicista ou impulsiva na definição de uma conduta.

Em outro prisma, sinalizam que a comunicação assertiva garante o correto diagnóstico e condutas, convergindo com a premissa que no campo da terapia intensiva a adoção de procedimentos corretos torna-se vital⁽²³⁾. Nessa direção, ainda na subcategoria 2, as RS apreendidas apontam a visita multidisciplinar como um momento de alinhamento, que oportuniza a comunicação efetiva por meio do diálogo, da interação, da troca de informações, experiências e contrapontos dos profissionais no manejo do indivíduo crítico e de seus riscos. Dessa maneira, assegura uma terapia integrada, com harmonia de condutas entre as equipes envolvidas no cuidado ao paciente.

A interação, decorrente da discussão de condutas das diversas áreas, deve estar baseada na melhor evidência disponível, porém palpável para cada cenário, devendo ser realizada em momento oportuno, o que muitas vezes

é inviabilizado por conta da dinâmica da UTI, subutilizando o potencial de alcance que a visita multiprofissional tem como ferramenta de gestão de riscos. Esse momento também se configura numa oportunidade à educação em serviço, uma vez que permite a troca de cientificidade multiprofissional⁽²⁴⁾.

Conclusão

As RS sobre a segurança do paciente, apreendidas neste estudo, por meio do olhar de enfermeiras intensivistas, permitiram refletir sobre o cotidiano do cuidado crítico para a garantia de uma assistência livre de danos, com base na cientificidade e na incorporação de uma política de gerenciamento de risco assertiva, estabelecendo barreiras preventivas frente aos processos estratégicos e identificando oportunidades de melhorias na assistência à saúde.

Assim, as RS revelaram que os enfermeiros intensivistas ancoram suas concepções de segurança do paciente na organização e dinâmica do seu processo de trabalho, mediante subsídios e estratégias, como conferências/checagens, utilização de *checklists*, para realizar intervenções que possibilitem a assistência segura aos pacientes.

É necessário conhecer, reconhecer, revelar e reafirmar os saberes construídos na prática social e coletiva de enfermeiros intensivistas no trilhar pela segurança em cenários de cuidados complexos, para assim avançarmos na busca por incorporação de novos elementos a esse universo, transformando gradativamente os modos de pensar, sentir e agir pela segurança ao paciente crítico, tendo em vista que as representações sociais direcionam ações e condutas no saber-fazer cotidiano em saúde.

Colaborações:

1 – concepção, projeto, análise e interpretação dos dados: Rejane Santos Barreto e Maria Lúcia Silva Servo;

2 – redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Rejane Santos

Barreto, Maria Lúcia Silva Servo e Amanda Maria Villas Bôas Ribeiro;

3 – aprovação final da versão a ser publicada: Rejane Santos Barreto, Maria Lúcia Silva Servo e Amanda Maria Villas Bôas Ribeiro.

Referências

1. Duarte SCM, Azevedo SS, Muinck GC, Costa TF, Cardoso MMVN, Moraes JRMM. Boas Práticas de segurança nos cuidados de enfermagem em Terapia Intensiva Neonatal. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(2):e20180482. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0482>
2. Dias CA, Santos DC, Matias LO, Servo MLS, Santana CLA, Tanaka LH. Representações de supervisão na perspectiva dos enfermeiros coordenadores de um hospital de ensino. *Rev baiana enferm.* 2018;32:e27422. DOI: [10.18471/rbe.v32.27422](https://doi.org/10.18471/rbe.v32.27422)
3. Rodrigues AS, Oliveira JF, Suto CSS, Coutinho MPL, Paiva MS, Souza SS. Cuidado à mulher envolvida com drogas: representações sociais de enfermeiros. *Rev Bras Enferm.* 2017;70(1):65-72. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0339>
4. Zárate-Grajales RA, Salcedo-Álvarez RA, Olvera-Arreola SS, Hernández-Corral S, Barrientos-Sánchez J, Pérez-López MT, et al. Eventos adversos en pacientes hospitalizados reportados por enfermería: un estudio multicéntrico en México. *Enferm univ.* 2017;14(4):277-85. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.08.005>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [Internet]. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília (DF); 2013 [cited 2018 Jan 28]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
6. Brasil. Ministério da Saúde. RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Instruções para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília (DF); 2013 [cited 2018 Jan 28]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html
7. World Health Organization. Patient safety: making health care safer [Internet]. Geneva (CH); 2017 [cited 2019 Feb 15]. Available from: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/259136>

- who.int/iris/bitstream/10665/255507/1/WHO-HIS-SDS-2017.11-eng.pdf?ua=1
8. 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):e00081815. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00081815>
 9. Moscovici S. The phenomenon of social representations. In: Farr RM, Moscovici S, organizadores. *Social Representations*. Cambridge: Cambridge University Press, 1984. p. 3-69.
 10. Barreto RS. Representações Sociais de enfermeiros intensivistas sobre segurança do paciente [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2020.
 11. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre a pesquisa envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília (DF); 2012 [cited 2019 May 10]. Available from: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
 12. Brasil. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais [Internet]. Brasília (DF); 2016 [cited 2019 May 23]. Available from: <https://conselho.saude.gov.br/resocoes/2016/Reso510.pdf>
 13. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14a ed. Rio de Janeiro: Hucitec; 2015.
 14. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev Pesq Qualitativa* [Internet]. 2017 [cited 2019 May 18];5(7):1-12. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/315756131>
 15. Ratinaud P. IRaMuTeQ: Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires. Computer software [Internet]. Toulouse (FR); 2009 [cited 2019 Oct 20]. Available from: <http://www.iramuteq.org>.
 16. Ribeiro AMVB, Servo MLS. Representações Sociais sobre a produção do Cuidado ao Idoso construídas por Profissionais de Saúde. *Rev Mult Psic* [Internet]. 2019 [cited 2019 Oct 20];13(45):187-203. Available from: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1693/2716>
 17. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo (SP): Edições 70; 2016.
 18. Bridi AC, Louro TQ, Silva RCL. Alarmes clínicos em terapia intensiva: implicações da fadiga de alarmes para a segurança do paciente. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2014;22(6):1034-40. DOI: 10.1590/0104-1169.3488.251
 19. World Health Organization. The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety (ICPS) [Internet]. Geneva (CH); 2009 [cited 2019 Apr 30]. Available from: <https://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/ICPS-report/en/>
 20. Pena MM, Braga AT, Meireles ES, Vassao LGC, Melleiro MM. Mapping of medication errors at a university hospital. *Rev enferm UERJ*. 2016;24(3):e7095. DOI: <https://doi.org/10.12957/ruerj.2016.7095>
 21. Beccaria LM, Rezende FF, Barbosa TP, Rodrigues ACS, Faria JIL, Melara SVG. Dupla checagem de enfermagem e presença de hematoma em pacientes com terapia anticoagulante. *Arq Ciênc Saúde* [Internet]. 2016 [cited 2020 Jan 25];23(2):65-70. Available from: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/286/197>
 22. Silva R, Amante LN. Checklist para o transporte intra-hospitalar de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva. *Texto Contexto Enferm*. 2015 Jun;24(2):539-47. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072015001772014>
 23. Olineo L, Gonçalves AC, Strada JKR, Vieira LB, Machado MLP, Molina KL, Cogo ALP. Comunicação efetiva para a segurança do paciente: nota de transferência e Modified Early Warning Score. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019;40(spe):e20180341. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180341>
 24. Walker D, Altmiller G, Barkell N, Hromadik L, Toothaker R. Development and validation of the Just Culture Assessment Tool for Nursing Education. *Nurse Educ*. 2019;44(5):261-4. DOI: 10.1097/NNE.0000000000000705

Recebido: 26 de maio de 2020

Aprovado: 11 de julho de 2020

Publicado: 24 de agosto de 2020



A *Revista Baiana de Enfermagem* utiliza a Licença Creative Commons - Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Este artigo é de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho para fins não comerciais.

Embora os novos trabalhos tenham de lhe atribuir o devido crédito e não possam ser usados para fins comerciais, os usuários não têm de licenciar esses trabalhos derivados sob os mesmos termos.