



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

THAISE APARECIDA DANTAS BARRETO

**FATORES QUE COMPROMETEM A SEGURANÇA DO PACIENTE NA UNIDADE
DE TERAPIA INTENSIVA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

CAJAZEIRAS -PB

2017

THAISE APARECIDA DANTAS BARRETO

**FATORES QUE COMPROMETEM A SEGURANÇA DO PACIENTE NA UNIDADE
DE TERAPIA INTENSIVA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem, do Centro de Formação de Professores, da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito para obtenção de título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Me. Cícera Renata Diniz
Vieira Silva

CAJAZEIRAS - PB

2017

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Denize Santos Saraiva - Bibliotecária CRB/15-1096
Cajazeiras - Paraíba

B273f Barreto, Thaise Aparecida Dantas.
Fatores que comprometem a segurança do paciente na unidade de terapia intensiva: uma revisão integrativa / Thaise Aparecida Dantas Barreto. - Cajazeiras, 2017.
49f.: il.
Bibliografia.

Orientadora: Profa. Me. Cícera Renata Diniz Vieira Silva.
Monografia (Bacharelado em Enfermagem) UFCG/CFP, 2017.

1. Unidade de terapia intensiva. 2. Segurança do paciente. I. Silva, Cícera Renata Diniz Vieira. II. Universidade Federal de Campina Grande. III. Centro de Formação de Professores. IV. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU - 616-083.98

THAISE APARECIDA DANTAS BARRETO

**FATORES QUE COMPROMETEM A SEGURANÇA DO PACIENTE NA
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Graduação em
Enfermagem, do Centro de Formação de
Professores, da Universidade Federal de
Campina Grande, como requisito para
obtenção de título de Bacharel em
Enfermagem.

Aprovada em: 11/09/17

BANCA EXAMINADORA

Cícera Renata Diniz Vieira Silva

Prof^a Me. Cícera Renata Diniz Vieira Silva

Universidade Federal de Campina Grande – ETSC/CFP/UFCG
Orientador

Maria Berenice Gomes N. Pinheiro

Prof.^a Me. Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro

Universidade Federal de Campina Grande – UAENF/CFP/UFCG
1º Membro

Mary Luce Melquiades Meira

Prof.^a Esp. Mary Luce Melquiades Meira

Universidade Federal de Campina Grande – UAENF/CFP/UFCG
2º Membro

CAJAZEIRAS - PB

2017

Dedico este trabalho a minha mãe por ter escolhido me amar e ter feito de mim sua filha. E a minha avó, Djanira Alves (*in memoriam*), por todo amor, carinho e exemplo de vida que sempre levarei comigo.

AGRADECIMENTOS

Ao fim desta jornada, o sentimento que prevalece é o de gratidão.

Graças dou ao Senhor Jesus Cristo, Deus meu, soberano em minha vida, pois sem Ele nada disso seria possível. Portanto toda honra, glória e graças sejam dadas à Ele. “Até aqui o Senhor nos ajudou.” (1º Samuel 7:12).

Dona Neném, Maria Dantas ou mesmo ‘mainha’, obrigado por fazer de mim a mulher que sou hoje, tenho a dádiva de poder lhe chamar de mãe, obrigado por todas as vezes que renunciou a si mesma por mim. Seu Firmino, meu ‘painho’, obrigado por ser um pai amoroso, que me ensina todos os dias que amor é sinônimo de simplicidade. Amo vocês mais do que a mim mesmo.

‘Voinha’ Djanira (*in memoriam*), papai do céu te levou para junto dele, me deixando com um vazio imensurável, a dor da sua perda, me fez perder meu Norte e me deixou completamente perdida, mas o seu amor e as lembranças que carrego comigo sararam as feridas da sua ausência e hoje sinto saudade e não mais tristeza.

À professora Ms. Cícera Renata Diniz Vieira Silva, minha orientadora, por sua dedicação, empenho e atenção concedida a mim e a este trabalho. Saiba que lamento tê-la conhecido apenas na reta final da minha vida acadêmica, e que, o pouco tempo de convívio foi suficiente para me inspirar pessoalmente e profissionalmente. Que Jesus Cristo abençoe sua vida e de toda sua família, com muita luz e prosperidade, és merecedora do melhor de Deus!

Às professoras, a Ms. Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro e a Esp. Mary Luce Melquíades Meira, banca examinadora, pela a disponibilidade, dedicação e atenção em analisar este trabalho. O Senhor as abençoe sempre.

Meu mais amoroso obrigado ao meu namorado Edluiz, por sempre estar ao meu lado e por acreditar em mim, muitas vezes, mais do que eu mesma.

À minha parceira de vida, Lélia Raissa, que desde 2012 tem sido minha caixinha de segredos, meu porto seguro em meio as tempestades da vida. Obrigado por estar comigo nos bons e maus momentos, acreditando e incentivando meus sonhos.

Ao Bruno Dias, vulgo Bruninho, agradeço por ter se tornado uma das pessoas mais importantes da minha vida fora da universidade, quero que saiba que você é o irmão que eu não tive e que meu amor por você é infundável, obrigado por estar comigo nas aventuras, nos perrengues e nas alegrias enfrentadas do decorrer desses cinco anos juntos.

Ao Evelto, obrigado por todo carinho, zelo e gargalhadas compartilhadas comigo, com você aprendi que bons amigos são aqueles que simplesmente tornam um momento atoa um dos mais inesquecíveis da vida.

Ao Francisco Everardo de Umari-CE, minha gratidão por ser meu oposto e ao mesmo tempo tão semelhante a mim, você me mostrou que é possível amar o outro mesmo que ele pense diferentemente de você. Louvo à Deus por sua vida, e por Ele ter lhe colocado no meu caminho.

À minha irmã de outra mãe, dádiva da UFCG na minha vida, Jessica Mayara obrigado meu amor por ser minha parceira em tudo nessa vida acadêmica e fora dela, obrigado por os estágios, virotes, dores e alegrias compartilhados, com certeza ter você ao meu lado tornou tudo mais leve e ímpar.

À Anderson Bezerra dos Santos (Anderson Cauê), (*in memorian*), meu lindo, dentre todos os colegas acadêmicos ao longo dos anos, você foi o primeiro que tive o prazer de conhecer, ter você na minha vida foi como uma brisa de ar puro. Seu jeito irreverente de tratar todos ao seu redor jamais será esquecido por mim, obrigado por todos os sorrisos, por todas as canções de Cazuzza e pelos vinhos compartilhados comigo.

Agradeço todos que direta ou indiretamente contribuíram para minha formação profissional, sou eternamente grata por cada aprendizado, conselho, instrução dados a mim ao logo desta caminhada. Que o Senhor Jesus Cristo abençoe todos grandemente.

“Nunca se esqueça de quem você é, porque é certo que o mundo não se lembrará. Faça disso sua força. Assim, não poderá ser nunca a sua fraqueza. Arme-se com esta lembrança, e ela nunca poderá ser usada para magoá-lo.”

George R. R. Martin

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** – Distribuição dos artigos segundo ano de publicação, título, autoria e o periódico. Cajazeiras - PB, 2017..... 25
- Quadro 2** – Distribuição dos artigos de acordo com seu delineamento metodológico, nível de evidência e os principais resultados. Cajazeiras – PB, 2017..... 28
- Quadro 3** – Descrição dos fatores que comprometem a segurança do paciente na unidade de terapia intensiva. Cajazeiras – PB, 2017..... 34

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Etapas da revisão integrativa	21
Figura 2 – Fluxograma de seleção dos artigos encontrados.....	24
Figura 3 – Distribuição do número de artigos de acordo com o ano de publicação.....	28

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CIPNSP – Comitê de Implementação do Programa nacional de Segurança do Paciente

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

EA – Eventos Adversos

ICPS - International Classification for Patient Safety

IOM - Institute of Medicine

LP – Lesão por Pressão

MS – Ministério da Saúde

NSP – Núcleo de Segurança do Paciente

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNSP – Programa Nacional de Segurança do Paciente

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

BARRETO, Thaise Aparecida Dantas. **Fatores que comprometem a segurança do paciente na unidade de terapia intensiva: uma revisão integrativa**. 2017. 48p. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande. Cajazeiras-PB, 2017.

RESUMO

A assistência insegura na unidade de terapia intensiva pode causar maiores danos, pelo quadro clínico de pacientes, em sua maioria, instáveis. Imbuído neste contexto, o estudo objetivou averiguar na literatura científica quais os fatores que comprometem a segurança do paciente na unidade de terapia intensiva. Trata-se de um estudo de natureza descritiva pautado no método de Revisão Integrativa da Literatura. Para compor o estudo, foram utilizados como critérios de inclusão: artigos disponíveis na íntegra, que respondiam à questão norteadora, entre os anos de 2013-2017, publicados na língua portuguesa e indexados nas bases de dados: LILACS, MEDLINE, BDENF e SciELO. Para busca nas bases de dados, utilizou-se os Descritores em Ciências da Saúde: Segurança do Paciente e Unidade de Terapia Intensiva. Foram encontrados 102 artigos nas bases de dados, dos quais, 19 compuseram o presente estudo. Identificou-se quais fatores comprometem a segurança do paciente na UTI. Foram formulados os seguintes domínios e fatores, respectivamente: Domínio 1 – Relacionados ao indivíduo: Tempo de permanência na UTI e Características fisiopatológicas; Domínio 2 – Relacionados a equipe multiprofissional: Comunicação interdisciplinar; e Domínio 3 - Relacionados a gestão: Carga de trabalho, Cultura de punição e Infraestrutura. É notório que o tempo de permanência e a carga de trabalho influenciam na susceptibilidade em gerar riscos ao paciente, estando estes fatores majoritariamente presentes nos achados deste estudo. Nota-se considerável importância em se conhecer a realidade da qualidade do cuidado prestado nas UTI's, a fim de melhorar a assistência através da promoção da segurança do paciente, redução e prevenção dos riscos à saúde.

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

BARRETO, Thaise Aparecida Dantas. **Factors that compromise patient safety in the intensive care unit: an integrative review.** 2017.48p. Monograph (Bachelor of Nursing) - Federal University of Campina Grande. Cajazeiras-PB, 2017.

ABSTRACT

The practice of safe care assistance has been discussed and widely disseminated on a global scale, permeating all levels of care. That said, unsafe care in the ICU can cause greater damage, due to mostly unstable patients. Imbued in this context, the study aimed to find out in the scientific literature which factors compromise patient safety in the intensive care unit. This is a descriptive study based on the method of Integrative Literature Review. In order to compose the study, the following criteria were used as inclusion criteria: articles that answered the guiding question of 2013-2017, in Portuguese and indexed in the databases: LILACS, MEDLINE, BDENF and SciELO. To search the databases, the descriptors in Health: Patient Safety and Intensive Care Unit. 102 items were found in the database. Of these, 22 articles were excluded for duplicity and 80 were analyzed by title and abstract, after initial analysis were left, 25 articles. Then the whole of the reading was done, reaching the final result of 19 articles that composed the present study. Later, it was identified which factors compromise the safety of the patient in the ICU. The following domains and factors were formulated: Domain 1 - Related to the individual: Length of stay in the ICU and pathophysiological characteristics; Domain 2 - Related to multiprofessional team: Interdisciplinary communication; and Domain 3 - Related to management: Workload, Punishment Culture and Infrastructure. It is noteworthy the importance that length of stay and workload influence on the susceptibility to generate risks to the patient, being these factors mostly present in the findings of this study. It is important to know the reality of the quality of care provided in the ICUs, in order to improve care by promoting patient safety, reducing and preventing risks to AS.

Key-words: Patient Safety. Intensive care unit.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. JUSTIFICATIVA	16
3. OBJETIVO	17
4. REFERENCIAL TEÓRICO	18
4.1 Segurança do Paciente: Aspectos Históricos e Conceituais	18
4.2 Programa Nacional de Segurança do Paciente	19
4.3 Unidade de Terapia Intensiva e Segurança do Paciente	21
5. METODOLOGIA	23
5.1 Revisão Integrativa da Literatura.....	23
5.2 Identificação do problema da revisão	24
5.3 Estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão de estudos.....	24
5.4 Avaliação e interpretação dos estudos incluídos na revisão integrativa	24
5.5 Apresentação da revisão/síntese do conhecimento/ aspectos éticos.....	25
6. RESULTADOS	26
7. DISCUSSÃO	37
7.1. Fatores que comprometem a segurança do paciente na unidade de terapia intensiva relacionados ao indivíduo	37
7.1.1. Tempo de Permanência	37
7.1.2. Características fisiopatológicas.....	38
7.2. Fatores que comprometem a segurança do paciente na unidade de terapia intensiva relacionados a equipe multiprofissional	39
7.2.1. Comunicação interdisciplinar.....	39
7.3. Fatores que comprometem a segurança do paciente na unidade de terapia intensiva relacionados a gestão	40
7.3.1. Carga de Trabalho	40
7.3.2. Cultura de Punição	41
7.3.3. Infraestrutura	42
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
REFERÊNCIAS	46

1. INTRODUÇÃO

A assistência à saúde segura vem sendo discutida e amplamente difundida, por se tratar da primícia clara de não causar danos desnecessários durante o processo do cuidar, permeando todos os níveis de atenção, desde atenção primária à terciária. Porém é na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), que a assistência insegura pode causar maiores danos, visto que os pacientes assistidos na UTI, em sua maioria, encontram-se em estado grave de saúde, necessitando de diversos aparelhos e procedimentos invasivos.

Segundo Marinho, et al. (2016), a segurança do paciente tornou-se um eixo prioritário a ser desenvolvido nos serviços de saúde, tendo em vista em âmbito mundial, o crescimento de danos resultantes da assistência que ocasionam comprometimento físico e/ou psicológicos de pacientes e profissionais das instituições de saúde, além de gastos exorbitantes devido a erros iatrogênicos.

O conceito de segurança do paciente, mediante o cuidado de saúde, está intrinsecamente relacionado com a qualidade do serviço ofertado. O termo qualidade é questão de diversas discussões nos mais variados meios, uma vez que possui alto grau de subjetividade relacionado a sua definição (ANVISA, 2013.).

No que lhe concerne, o uso do termo qualidade no âmbito da saúde, a Anvisa (2013), define uma assistência de boa qualidade aquela que proporciona ao indivíduo satisfação completa, através de uma abordagem holística, tendo resultado satisfatório após benefícios e danos ocasionados durante o processo do cuidar.

Apoiando-se em tais conceitos, é visto que a qualidade da assistência é sinônimo de segurança do paciente, e que não há seguridade, sem que haja um cuidado de qualidade.

Para Gomes, et al. (2017), a segurança do paciente consiste na redução do risco de ocasionar atos danosos no decorrer da assistência ao mínimo possível, por conseguinte, reduzir a ocorrência de Eventos Adversos (EA), resultando em um cuidado seguro. Este autor também define EA como incidentes suscetíveis de ocorrer ao longo do cuidado prestado e que geram danos ao paciente, sejam eles de origem física, social e/ou psicológica, incluindo desde lesões até mesmo a morte.

No que concerne a uma assistência segura, é necessário estar familiarizado com determinados conceitos, a fim de compreender a construção de tal assistência. Conceitos como erro, incidente, fatores de mitigação estão presente no cotidiano dos profissionais de saúde, sem que os mesmos atentem para a importância do esclarecimento de tais termos (ANVISA, 2013).

A presença de EA em cenários como as UTI's é ainda mais preocupante. Para Oliveira, Garcia e Nogueira (2016), a UTI é o setor de referência no tratamento de casos graves, devido à instabilidade fisiológica de seus pacientes e pela utilização de diversos aparelhos, dispositivos e ferramentas, muitos deles simultaneamente, além de intervenções e assistência intensiva, o que torna a UTI, um dos lugares mais suscetíveis a erros, que podem levar o paciente a graves consequências.

Segundo Ribeiro et al. (2016), a assistência na UTI requer importância no que diz respeito ao delineamento de ações com foco no cuidado seguro, uma vez que os cenários das UTI's são predominantemente marcados por equipamentos de difícil manuseio e falta de pessoal devidamente capacitado.

No Brasil, em 2013, foi instituído, com objetivo de reduzir o surgimento de EA e maximizar a cultura da segurança do paciente, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). O PNSP visa à confecção e implementação de protocolos para as instituições de saúde. Protocolos como: cirurgia segura, higienização das mãos e prevenção de lesões por pressão, prevenção de quedas, prescrição e administração segura de medicamentos, identificação correta de pacientes, surgem como ferramentas norteadoras para redução de riscos e ampliação da segurança (OLIVEIRA; GARCIA; NOGUEIRA, 2016).

Neste interim, surge a seguinte questão norteadora: Quais fatores comprometem a segurança do paciente na Unidade de Terapia Intensiva?

Mediante o que foi discorrido, acredita-se que analisar o que já foi descrito na literatura científica ajude a reforçar os pontos positivos que poderão ser encontrados, bem como trabalhar os aspectos negativos, assim como incentivar e promover a sensibilização de profissionais no âmbito assistencial e de produção de conhecimentos.

2. JUSTIFICATIVA

O interesse em abordar tal temática surgiu, enquanto acadêmica, observando a carência de debates acerca do tema. Partindo da primícia de não causar danos ao paciente, a seguridade na assistência está presente no cotidiano de todos os profissionais dos serviços de saúde.

No cenário hospitalar, imerso numa equipe multiprofissional, o enfermeiro se destaca como o profissional que mais tempo passa próximo ao paciente, sendo por vezes o primeiro a identificar riscos e danos e conseqüentemente, o pioneiro a implementar ações voltadas à segurança do paciente.

Observou-se a necessidade de discutir quais fatores poderiam gerar danos em pacientes já tão debilitados, como os da Unidade de Terapia Intensiva, para que dessa forma fosse possível identificar riscos, traçar estratégias e implementar ações efetivas na rotina de cuidados da UTI.

3. OBJETIVO

Averiguar, na literatura científica, quais os fatores que comprometem a segurança do paciente na unidade de terapia intensiva.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 SEGURANÇA DO PACIENTE: ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS

A discussão acerca da segurança do paciente tem sido frequentemente observada nos diversos níveis de atenção em âmbito mundial. A necessidade em oferecer um cuidado integral e de qualidade elevou-se ao longo dos anos, tendo em vista a crescente ocorrência de danos iatrogênicos desnecessários no decorrer da assistência prestada.

O debate sobre a importância da segurança do paciente nos serviços de saúde impulsionou-se em 1999, a partir do impresso publicado pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América (IOM), intitulado “ Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro” (To err is Human: building a safer health system), que apresenta a análise de prontuários de 30.121 internações, apontando ocorrer graves danos oriundos do cuidado ofertado em 3,7% das internações (OLIVEIRA et al., 2014).

Posteriormente, em 2002, foi validada a resolução WHA 55.18, “Qualidade da atenção: segurança do paciente”, na 55ª Assembleia Mundial de Saúde, visando incentivar maior atenção a problemática da seguridade no cuidar, promovendo ações e difundindo conhecimento a respeito do assunto. Dando seguimento, em 2004, durante a 57ª Assembleia Mundial de Saúde, foi criada a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, objetivando liderar programas de segurança do paciente no cenário mundial (ANVISA, 2013).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em companhia com Aliança Mundial, vem produzindo estratégias e diretrizes a fim de sensibilizar usuários e profissionais da saúde a promover uma cultura de segurança nos serviços. Um subsídio lançado foi relacionado aos Desafios Globais, a fim de orientar quanto à identificação de riscos para o paciente. (NEGELISKII, 2015).

A OMS, em resposta aos erros advindos da assistência de saúde prestada, lançou em 2011, as seis metas internacionais de segurança do paciente, sendo elas: 1. Identificar os Pacientes Corretamente 2. Melhorar a Comunicação Efetiva 3. Melhorar a Segurança de Medicamentos de Alta-Vigilância 4. Assegurar Cirurgias com Local de Intervenção Correto, Procedimento Correto e Paciente Correto 5. Reduzir o Risco de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde 6. Reduzir o Risco de Lesões ao Paciente decorrentes de Quedas. Os objetivos das metas internacionais são minimizar, prevenir e precaver o acontecimento de EA. (MILAGRES, 2015).

Segundo a RDC nº 26/2013, os incidentes são circunstâncias que podem ocasionar ou não, danos desnecessários ao paciente. Françaolin, et al. (2015), classificam os incidentes em: near miss – quando o incidente não chega a atingir o paciente; incidente sem dano – quando o incidente alcança o paciente, porém não ocorre dano algum; e incidente com dano – quando o incidente alcança o paciente e desencadeia algum tipo de dano temporário ou permanente.

Detectar o surgimento desses incidentes caracteriza um passo importante para assegurar uma assistência de qualidade. Sendo assim, o International Classification for Patient Safety (ICPS), nomeia que a detecção consiste em descobrir a ocorrência de um incidente. Por sua vez, existem os fatores que contribuem para surgimento de incidentes, que influenciam a natureza, o desdobramento e o aumento do risco de um incidente ao longo do processo de cuidar (RUNCIMAN et al., 2009).

Em contrapartida, o ICPS apresenta os fatores de mitigação, como responsáveis por prevenir e interromper todo e qualquer processo danoso que pode ser ocasionado ao paciente, que aliado as ações tomadas visando a diminuição de riscos, consistem em ferramentas fundamentais no assistencialismo com segurança.

O incentivo à cultura de segurança do paciente, nos diversos campos da saúde é responsabilidade de todos os envolvidos de forma direta ou indireta, proporcionando assim uma assistência integral e de qualidade.

4.2 PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE

No Brasil, a compreensão acerca da segurança do paciente nos serviços de saúde alcançou grande relevância, capaz de suscitar a criação de políticas governamentais que fomentassem a cultura de segurança no cotidiano da assistência (GAMA et al., 2016).

O Ministério da Saúde (MS), por meio da portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, instaura o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), com objetivo de promover ações de promoção da segurança na assistência, prevenção e notificação de EA. O PNSP visa à seguridade do paciente nos diversos níveis de atenção, implementando ações que vão da gestão à assistência por meio da gestão de risco e dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) (BRASIL, 2013a).

Em seu Art.6º, a Portaria nº 529, de 2013, institui a criação do Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP), que se trata de uma instância colegiada, de caráter consultivo, com a finalidade de promover ações que visem à melhoria da segurança do cuidado em saúde através de processo de construção consensual entre

os diversos atores que nele participam. Posteriormente, a Portaria atribui ao CIPNSP, a formulação de protocolos, guias e manuais que conduzam boas práticas na segurança do paciente. O comitê é composto por diversos profissionais, sendo um deles, representante do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) (BRASIL, 2013a).

A Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 36 de 25 de julho de 2013, estabelece nos serviços de saúde a promoção de ações da segurança do paciente. Contempla instituições de saúde de caráter público, privado, civis, militares e filantrópicas, bem como instituições que promovam ações de ensino e pesquisa. No que concerne ao âmbito organizacional a RDC nº 36, corroborando com a Resolução nº 529 do MS, institui a criação dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) (BRASIL, 2013b).

A RDC nº36, assegura que os serviços de saúde fomentem seus próprios Núcleos de Segurança do Paciente, nomeando profissionais adequados para os cargos lhes dando empoderamento para efetivar o Plano de Segurança do Paciente no serviço. Sobre competências, compete aos NSP, a promoção de ações acerca da gestão de risco, ações integralizadas de abrangência multiprofissional, identificar e avaliar presença de desnivelamento durante o processo de criação a implantação de ações, introduzir protocolos e supervisionar indicadores, entre muitos outros (BRASIL, 2013b).

No que se refere à construção de protocolos básicos de segurança do paciente, é necessário atentar para importantes características. Os protocolos devem ser sistemáticos e gerenciados, que facilitem a comunicação dos profissionais nos seus setores de atuação, que sejam práticos à realidade da assistência, que relatem a vivência do serviço e que gerencie riscos. No cenário brasileiro atual, protocolos são formulados e podem ser preconizados nos serviços de saúde de todo o Brasil; são eles: prática de higiene das mãos em estabelecimentos de saúde; cirurgia segura; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; identificação de pacientes; prevenção de quedas; úlceras por pressão (ANVISA, 2013).

Outra vertente importante para a consolidação da segurança do paciente nos serviços é a notificação dos EA. Segundo a RDC nº36, é obrigatória a notificação de EA pelos NSP, sendo possível também a notificação por cidadãos, pois o sistema de captação dos eventos possibilita a notificação de forma anônima. (BRASIL, 2013b).

Por outro lado, inibindo que o sistema de notificação flua e conceda informações que retratem a realidade dos serviços de saúde, está a cultura organizacional, que pune os EA de forma equivocada e exagerada. Segundo Francçolin, et al (2015), uma vivência baseada em punições leva a omissões dos relatos ocorridos, dificulta descrever fidedignamente a realidade nas instituições de saúde. O autor ainda ressalva que as chances de causar dano ao paciente são

diretamente proporcionais a provável notificação que virá de tal ato. Ou seja, um EA tem mais chances de ser notificado, caso ele tenha causado algum tipo de dano ao paciente.

Outro ator social no cenário da segurança do paciente, é o próprio paciente. Elevando o mesmo a colaborador nas implantações de segurança do serviço, ganha-se um aliado primordial e instiga o empoderamento do cuidar posicionando o paciente na linha de frente do seu cuidar.

A consolidação da tríade gestão-assistencialismo-comunidade necessita da responsabilidade que cada um possui em atuar ativamente no processo de implementação da cultura de segurança do paciente.

4.3 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA E SEGURANÇA DO PACIENTE

O desenvolvimento de uma infecção hospitalar é um dos principais determinantes no aumento da morbidade e mortalidade. Nos Estados Unidos da América, as infecções hospitalares afetam de 7 a 10% dos pacientes internados e são responsáveis por aproximadamente 99 mil mortes por ano, o que representa uma taxa de mortalidade por IH de 5%. No Brasil a cada dia, a problemática da IH cresce, apresentando altos índices de 15,5%, o que corresponde a aproximadamente dois episódios de infecção por paciente internado com IH nos hospitais brasileiros (FIGUEIREDO, 2012).

Segundo Rodriguez et al. (2016), a UTI reserva-se ao tratamento de doentes graves, críticos, que necessitam de cuidados complexos e monitoramento contínuo. O cenário da UTI é marcado pela presença de máquinas, equipamentos e dispositivos que dão suporte a vida de pacientes críticos, que apresentam características fisiológicas instáveis e desequilíbrio hemodinâmico.

Conforme Roque, Tonini e Melo (2016), a incidência de evento adverso varia de 0,87 a 34,7 por 100 pacientes admitidos nas UTIs. A vasta diversidade observada nesses índices é explicada, em sua maioria, por meios de notificação e obtenção da informação.

Para Ribeiro, Silva e Ferreira (2015), especialmente na unidade de terapia intensiva os eventos adversos estão mais presentes, devido a vulnerabilidade dos pacientes. Um estudo, em que foram acompanhados médicos e enfermeiros de uma UTI durante um ano, mostrou o relato de 390 incidentes, corroborando com tal afirmação. Ainda conforme esses autores, estão entre os eventos adversos mais comuns aqueles relacionados a equipamentos, medicamentos,

procedimentos técnicos e administrativos, apontando o erro humano como principal responsável.

O processo de cuidado na rotina de assistência na UTI, requisita dos profissionais envolvidos atenção à prática da segurança do paciente, instigando iniciativas que promovam a cultura de segurança no cotidiano do setor (RIBEIRO et al., 2016).

Segundo Oliveira, Garcia e Nogueira (2016), a qualidade da assistência prestada na unidade de terapia intensiva e a segurança do paciente, vão além da qualificação profissional, abrangem também o contingente de recursos humanos disponíveis para o setor, observando grande dificuldade das instituições em atender o número de profissionais adequados para se desenvolver um serviço de qualidade.

O cuidado prestado pela equipe na UTI deve ganhar um olhar diferenciado, sendo observado como produto entre esforços administrativos e assistenciais, baseado as ações do cuidar em evidências científicas fundamentadas, além da falibilidade do ser humano ao prestar a assistência (LIMA et al., 2017).

A UTI consiste em um ambiente caracterizado por situações críticas, que exigem do profissional ciência, habilidade e ética, onde o primeiro passo para gerar o bem ao paciente está em não causar o mal. Portanto, vários fatores contribuem e dificultam uma assistência segura neste ambiente, cabe aos recursos humanos do setor identificá-los, interferir e solucionar tais fatores.

5. METODOLOGIA

5.1 REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Para a elaboração da respectiva investigação do estudo, foi empregado o método de Revisão Integrativa de Literatura (RIL). Para Whitmore e Knafl (2005), o termo integrativo, origina-se de integrar opiniões, conceitos e ideias provenientes das pesquisas utilizadas.

A RIL possibilita a sistematização do conhecimento científico, propiciando ao pesquisador uma aproximação com a temática tratada, facilitando acompanhar sua pesquisa e a evolução da temática ao longo dos anos (BOTELHO, CUNHA, MACEDO, 2011).

Botelho, Cunha e Macedo, 2011, enfatizam que a RIL se trata da “síntese e análise do conhecimento científico já produzido sobre o tema investigado”. A RIL é composta pelas seguintes etapas: 1 - Identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; 2 - estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos; 3 – Identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados; 4 – categorização dos estudos selecionados; 5 – análise e interpretação dos resultados; 6 - apresentação da revisão/síntese do conhecimento, como observa-se na figura 1.

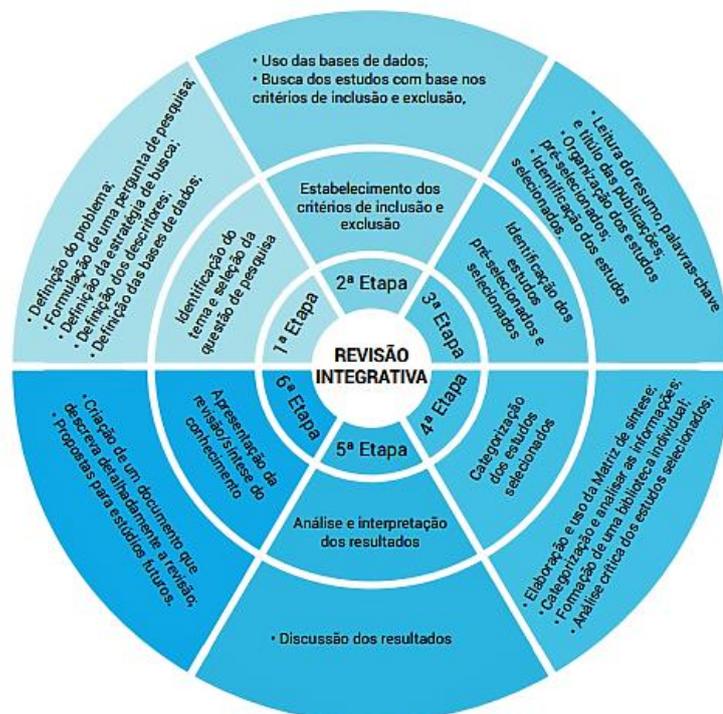


Figura 1. Etapas da revisão integrativa

Fonte: (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011).

5.2 IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA DA REVISÃO

Compreende a fase da identificação da problemática, bem como o levantamento de hipóteses. Para Souza, Silva e Carvalho (2010), a formulação da questão norteadora é a etapa mais importante, pois ela define todo o rumo que a pesquisa terá, uma vez que determina quais estudos serão inseridos.

Deste modo, a questão norteadora do presente estudo foi: “*Quais fatores comprometem a segurança do paciente na Unidade de Terapia Intensiva?* ”.

5.3 ESTABELECIMENTO DOS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE ESTUDOS

O passo seguinte para a elaboração e seleção de um método de busca, trata-se da definição dos critérios de inclusão e exclusão, que tem por objetivo manter a coerência ao longo da busca, respondendo à questão norteadora anteriormente construída (LOPES, 2002).

Desse modo, os critérios de inclusão para a presente pesquisa foram os seguintes: artigos completos disponíveis, que abordem quais fatores comprometem a segurança do paciente na Unidade de Terapia Intensiva, publicados no período 2013- 2017, na língua portuguesa e indexados nas bases de dados: *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line* (Medline), *Base de Dados de Enfermagem* (BDENF) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Foram escolhidos artigos que contemplavam os critérios de inclusão e exclusão e que satisfaziam o objetivo do estudo. Os critérios de exclusão estabelecidos foram: artigos que não respondiam ao objetivo proposto, que não se enquadravam nos critérios de inclusão.

A busca ocorreu em julho de 2017. Foram utilizados os descritores controlados (DeCS e MeSH) nos idiomas português, inglês e espanhol, “Segurança do paciente” e “Unidade de terapia intensiva”, resultando na seguinte combinação: “Segurança do paciente” OR “Patient safety” OR “Seguridad del paciente” AND “Unidade de terapia intensiva” OR “Intensive care units” OR “Unidades de cuidados intensivos”.

5.4 AVALIAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DOS ESTUDOS INCLUÍDOS NA REVISÃO INTEGRATIVA

Preliminarmente, foram selecionados os dados os quais se referem ao título dos artigos, objetivo, tipo de estudo, periódico de publicação, ano da publicação e principais resultados

encontrados. As variáveis analisadas nos artigos estão relacionadas aos fatores que comprometem a segurança do paciente na unidade de terapia intensiva.

Os artigos selecionados para compor a amostra apresentaram em seus resultados os principais fatores que compromete a segurança do paciente na unidade de terapia intensiva, contemplando ao objetivo do presente estudo.

Quanto às evidências científicas dos estudos, classificou-se, considerando: Nível 1 - as evidências são originárias de revisão sistemática ou metanálise de ensaios clínicos randomizados controlados relevantes ou decorrentes de diretrizes clínicas fundamentadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; Nível 2 - evidências oriundas de, pelo menos, um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; Nível 3 - evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; Nível 4 - evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; Nível 5 - evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; Nível 6 - evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; Nível 7 - evidências procedentes de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas (MENDES et al., 2008).

5.5 APRESENTAÇÃO DA REVISÃO/SÍNTESE DO CONHECIMENTO/ ASPECTOS ÉTICOS.

Essa última etapa, consiste na construção de um documento que contemple de maneira criteriosa a descrição de todo conhecimento reunido por meio da pesquisa que responda à questão norteadora satisfatoriamente (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011). Os artigos selecionados foram arranjados em planilha do Microsoft Excel, para facilitar a obtenção e organização dos dados que foram inseridos no estudo e posteriormente colocados em um quadro para facilitar a análise.

Esta revisão integrativa da literatura assegura os aspectos éticos, garantindo a autoria dos artigos pesquisados.

6. RESULTADOS

A seleção dos artigos (Figura 2) foi realizada pelo pesquisador de maneira criteriosa, ocorrendo previamente uma leitura inicial dos títulos e resumos dos 102 artigos encontrados nos bancos de dados e posteriormente a leitura na íntegra dos artigos que responderam aos objetivos da pesquisa e compuseram a presente amostra. Portanto, serão apresentados detalhadamente os dados obtidos.

Para a obtenção dos dados foram reunidas as seguintes informações dos artigos: identificação dos autores, título, objetivo, tipo de estudo, resultados alcançados, ano de publicação e periódicos.

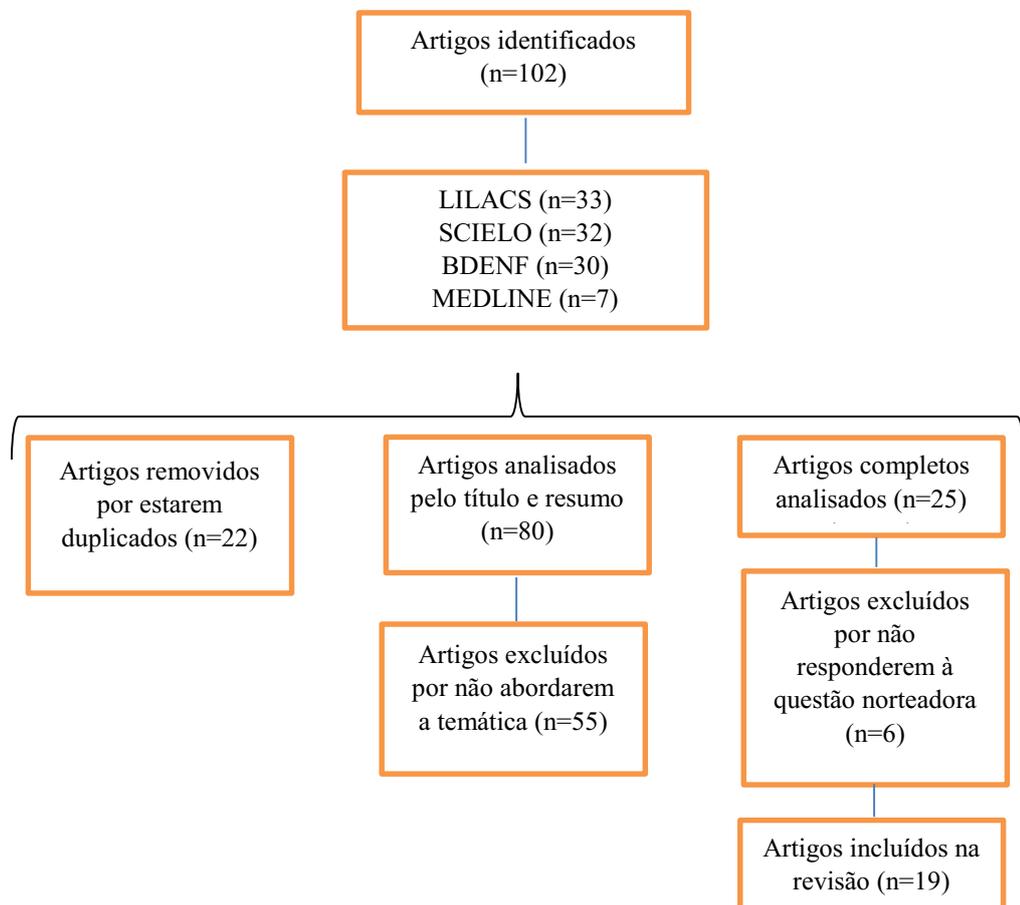


Figura 2 – Fluxograma de seleção dos artigos encontrados.

Fonte: Dados da pesquisa. Cajazeiras, 2017.

A seguir, estão expostos, de forma minuciosa as informações dos artigos selecionados, no que dizem respeito a: título, autoria, ano, idioma e periódico de publicação referentes aos artigos que compuseram a amostra do presente estudo.

QUADRO 1 – Distribuição dos artigos segundo ano de publicação, título, autoria e o periódico. Cajazeiras – PB, 2017.

	TÍTULO	AUTORIA	ANO	IDIOMA	PERIÓDICO
1	Infraestrutura e adesão à higienização das mãos: Desafios à segurança do paciente	BATHKE, Janaína; et al.	2013	Português	Revista Gaúcha de Enfermagem
2	Segurança no preparo e na administração de medicamentos, à luz da Pesquisa restaurativa em saúde	GIMENES, Fernanda Raphael Escobar; et al.	2013	Português	Revista Mineira de Enfermagem
3	Práticas assistenciais para segurança do paciente em unidade de terapia intensiva	BARBOSA, Tais Pagliuco; et al.	2014	Português	Escola Paulista de Enfermagem
4	Tempo estímulo-resposta da equipe de saúde aos alarmes de monitorização na terapia intensiva: implicações para a segurança do paciente grave	BRIDI, Adriana Carla; et al.	2014	Português	Revista Brasileira de Terapia Intensiva
5	Evento adverso versus erro de medicação: percepções da equipe de enfermagem atuante em terapia intensiva	FERREIRA, Patrícia Cabral; et al.	2014	Português	Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online
6	Prevalência de incidentes relacionados à medicação em unidade de terapia intensiva	AZEVEDO FILHO, Francino Machado; et al.	2015	Português	Escola Paulista de Enfermagem

7	Segurança do paciente na terapia intravenosa em unidade de terapia intensiva	ALVES, Kisma Yasmin Andrade; et al.	2016	Português	Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online
8	A segurança do paciente nos caminhos percorridos pela enfermagem brasileira	GOMES, Andréa Tayse de Lima; et al.	2016	Português	Revista Brasileira de Enfermagem
9	Contribuições da equipe de saúde visando à promoção da segurança do paciente no cuidado intensivo	MINUZZI, Ana Paula; et al.	2016	Português	Escola Anna Nery
10	Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia Intensiva na perspectiva da equipe de saúde	MINUZZI, Ana Paula; et al.	2016	Português	Revista Texto & Contexto Enfermagem
11	Carga de trabalho de enfermagem e ocorrência de eventos adversos na terapia intensiva: revisão sistemática	OLIVEIRA, Andrea Carvalho de; et al.	2016	Português	Revista da Escola de Enfermagem da USP
12	Deslizes, lapsos e enganos no uso de equipamentos por enfermeiros na Unidade de Terapia Intensiva	RIBEIRO, Gabriella da Silva Rangel; et al.	2016	Português	Revista da Escola de Enfermagem da USP
13	Fatores relacionados à ocorrência de eventos adversos em pacientes idosos críticos	TOFFOLETTO, Maria Cecilia; et al.	2016	Português	Revista Brasileira de Enfermagem
14	Fatores associados aos incidentes de	BARCELOS, Renata Afonso; et al.	2017	Português	Escola Paulista de Enfermagem

	segurança entre idosos em terapia intensiva				
15	Ocorrência de incidentes de Segurança do Paciente e Carga de Trabalho de Enfermagem	CARLESI, Katya Cuadros; et al.	2017	Português	Revista Latino-Americana de Enfermagem
16	Eventos adversos em Unidades de Terapia Intensiva: estudo bibliométrico	DUTRA, Dariele Dias; et al.	2017	Português	Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online
17	Fatores contribuintes para ocorrência de eventos adversos em Unidade de terapia intensiva: perspectiva do enfermeiro	LIMA, Kelcione Pinheiro; et al.	2017	Português	Revista de Enfermagem UFPE
18	Cultura de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: perspectiva da equipe de enfermagem	MELLO, Janeide Freitas; et al.	2017	Português	Revista Eletrônica de Enfermagem
19	Análise de eventos adversos em pacientes internados em unidade de terapia intensiva	ORTEGA, Daniela Benevides; et al.	2017	Português	Escola Paulista de Enfermagem

Fonte: Dados da pesquisa. Cajazeiras, 2017.

No quadro 1 observa-se a presença da temática nos mais diversos periódicos nacionais, ao longo do período compreendido da busca (2013-2017), proporcionando embasamento científico em torno dos fatores que comprometem a segurança do paciente na unidade de terapia intensiva.

No que concerne aos anos de publicação, compreendidos entre 2013 e 2017, a figura 1 expõe dados referentes à quantidade de artigos publicados a cada ano.

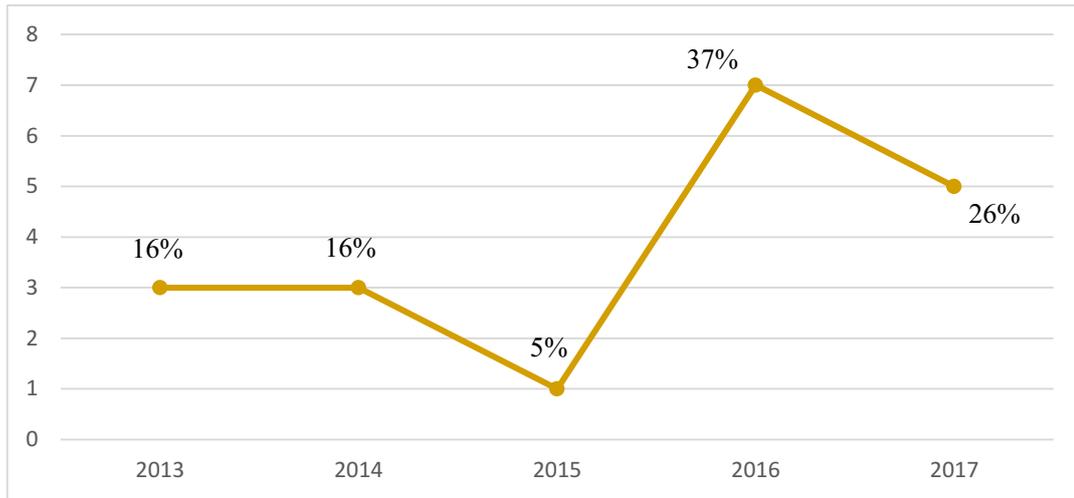


Figura 3: Distribuição do número de artigos de acordo com o ano de publicação. Cajazeiras - PB, 2017.

Fonte: Dados da pesquisa. Cajazeiras, 2017.

Mediante os dados apresentados da figura 3, observa-se a crescente publicação da comunidade científica acerca do tema explanado no estudo em questão, apresentando o ano de 2015 com o menor número de publicações (5%) e o ano de 2016 com maior índice de publicações (37%). Reforçando a constante necessidade em se trabalhar a temática, permeando os mais diversificados espaços.

A seguir, está explanado no quadro 2, os artigos de acordo com seu delineamento metodológico, nível de evidência e os principais resultados apresentados.

QUADRO 2 – Distribuição dos artigos de acordo com seu delineamento metodológico, nível de evidência e os principais resultados. Cajazeiras - PB, 2017

	TITULO	DELINEAMENTO METÓDOLOGICO	NIVEL DE EVIDENCIA	PRINCIPAIS RESULTADOS
1	Infraestrutura e adesão à higienização das mãos: Desafios à segurança do paciente	Estudo descritivo, transversal, quantitativo.	Nível 6	A adesão foi de 28,6%, e significativamente menor antes do contato e dos procedimentos assépticos do que após o contato com o paciente. A infraestrutura apresentou-se deficiente em funcionalidade.
2	Segurança no preparo e na administração de	Estudo descritivo, transversal, qualitativo.	Nível 6	Seis temas foram obtidos da análise: identificando o

	medicamentos, à luz da Pesquisa restaurativa em saúde			ambiente assistencial como contribuinte para a segurança no preparo e na administração de medicamentos; identificando riscos no ambiente assistencial; percebendo o ambiente assistencial como fator de risco para os acidentes ocupacionais
3	Práticas assistenciais para segurança do paciente em unidade de terapia intensiva	Estudo descritivo, transversal, quantitativo.	Nível 6	Em conjunto, as boas práticas estão sendo realizadas com índice acima de 90%, com exceção da mudança de decúbito, restrições de membros limpos e circuito do ventilador.
4	Tempo estímulo-resposta da equipe de saúde aos alarmes de monitorização na terapia intensiva: implicações para a segurança do paciente grave.	Estudo descritivo, transversal, quantitativo.	Nível 6	Acompanhou-se 88 pacientes. O número total de alarmes de monitorização foi de 227 nas 40 horas de observação. Foram observados 145 alarmes sem resposta da equipe, demonstrando que mais de 60% dos alarmes excederam o tempo-resposta de 10 minutos, considerados alarmes sem resposta.
5	Evento adverso versus erro de medicação: percepções da equipe de enfermagem atuante em terapia intensiva	Estudo descritivo, transversal, quantitativo.	Nível 6	O estudo demonstrou que 48% dos profissionais não sabiam distinguir entre erro de medicação e evento adverso; 100% da equipe limitaram os eventos apenas às alterações clínicas; a principal atitude da equipe de enfermagem, em frente de um erro, é a comunicação.
6	Prevalência de incidentes relacionados à medicação em unidade de terapia intensiva	Estudo descritivo, transversal, quantitativo.	Nível 6	Verificou-se que 113 internações foram expostas a pelo menos um tipo de incidente, totalizando 2.869 ocorrências, sendo 1.437 circunstâncias notificáveis, 1.418 incidentes sem dano, nove potenciais eventos adversos e

				cinco eventos adversos.
7	Segurança do paciente na terapia intravenosa em unidade de terapia intensiva	Revisão da literatura.	Nível 5	De 21 produções, sete estudos mencionaram a terapia intravenosa. As produções possuem níveis de evidência baixos, não apresentando grau de recomendação forte.
8	A segurança do paciente nos caminhos percorridos pela enfermagem brasileira	Revisão da literatura.	Nível 5	Foram encontrados 8.720 resumos. Houve predomínio de dissertações relacionadas à redução do risco de quedas e úlcera por pressão do tipo descritivo quantitativo, no cenário hospitalar utilizando escalas e protocolos.
9	Contribuições da equipe de saúde visando à promoção da segurança do paciente no cuidado intensivo	Estudo descritivo, transversal, quantitativo.	Nível 6	Obteve-se 124 recomendações categorizadas de acordo com os aspectos do instrumento. Destacando-se recomendações relacionadas ao apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente.
10	Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia Intensiva na perspectiva da equipe de saúde	Estudo descritivo, transversal, quantitativo.	Nível 6	Os resultados apontaram melhores avaliações nas dimensões: expectativas e ações de promoção da segurança do paciente do supervisor, trabalho em equipe na unidade e abertura para comunicações.
11	Carga de trabalho de enfermagem e ocorrência de eventos adversos na terapia intensiva: revisão sistemática	Revisão sistemática da literatura.	Nível 1	De 594 estudos, oito incluíram a amostra final da revisão. O NAS e TISS, foram os instrumentos mais utilizados para avaliar a carga de trabalho de enfermagem. Seis estudos identificaram a influência da sobrecarga de trabalho em eventos de infecção e erros de medicação.

12	Deslizes, lapsos e enganos no uso de equipamentos por enfermeiros na Unidade de Terapia Intensiva	Estudo descritivo, transversal, qualitativo.	Nível 6	Foram identificados lapsos de memória e atenção no manejo de bombas de infusão, bem como falhas de planejamento durante a programação de monitores.
13	Fatores relacionados à ocorrência de eventos adversos em pacientes idosos críticos	Estudo descritivo, transversal, quantitativo.	Nível 6	Do total de 315 idosos, 94 sofreram eventos. Dos 183 eventos, houve predomínio do tipo processo clínico e procedimento. Houve associação entre evento adverso e tempo de permanência na unidade.
14	Fatores associados aos incidentes de segurança entre idosos em terapia intensiva	Estudo descritivo, transversal, quantitativo.	Nível 6	O tempo de internação aumentou os tipos de incidentes sem dano, EA geral, processo/procedimento e infecção. A internação clínica aumentou os ISD de comportamento e, a cirúrgica, EA de infecção.
15	Ocorrência de incidentes de Segurança do Paciente e Carga de Trabalho de Enfermagem	Estudo descritivo, transversal, quantitativo e documental.	Nível 6	Foram analisados prontuários clínicos de pós-alta e a carga de trabalho de enfermeiros auxiliares de Enfermagem. A taxa global de incidentes foi de 71,1%. foi encontrada uma alta correlação positiva entre as variáveis de carga de trabalho.
16	Eventos adversos em Unidades de Terapia Intensiva: estudo bibliométrico	Revisão da literatura.	Nível 5	Identificou-se produções científicas acerca de EA em UTIs dos últimos 10 anos, ressaltando a predominância de trabalhos publicados pela enfermagem, com destaque para EAs relacionados a erros de medicação e infecção nosocomial, intensificados pela sobrecarga de trabalho.

17	Fatores contribuintes para ocorrência de eventos adversos em Unidade de terapia intensiva: perspectiva do enfermeiro	Estudo descritivo, transversal, quantitativo.	Nível 6	Encontrou-se o nível de importância que os enfermeiros atribuem aos aspectos da estrutura e processo como, também, a percepção sobre a existência dos aspectos da estrutura e processos no seu ambiente de trabalho
18	Cultura de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: perspectiva da equipe de enfermagem	Estudo descritivo, transversal, quantitativo.	Nível 6	As dimensões com maior avaliação positiva foram trabalho em equipe nas unidades, expectativas e ações para promoção da segurança do supervisor e aprendizado organizacional.
19	Análise de eventos adversos em pacientes internados em unidade de terapia intensiva	Estudo descritivo, transversal, quantitativo.	Nível 6	Ocorreram 39 eventos adversos sendo a lesão por pressão a mais prevalente. Os pacientes que apresentaram algum evento tiveram maior média de idade, maior prevalência de internações clínicas, internações mais prolongadas.

Fonte: Dados da pesquisa. Cajazeiras, 2017.

Em conformidade com o Quadro 2, é observado a predominância do delineamento metodológico do tipo descritivo quantitativo (68%), seguido por revisão de literatura (21%) e do tipo descritivo qualitativo (11%). No que concerne o nível de evidência científica, o nível 6 (79%) encontra-se majoritariamente no estudo.

O presente estudo integra 19 artigos científicos, nos mais diversos periódicos nacionais, permeando diferentes áreas da saúde e atuação da equipe multiprofissional da UTI. Realizou-se a leitura e análise dos artigos, sendo identificados quais os principais fatores que geram comprometimento da segurança do paciente na UTI, segundo os autores do estudo. Posteriormente tais fatores, foram alocados em três domínios distintos, porém coincidentes.

Observou-se que os fatores que comprometem a seguridade da assistência na UTI, provem de três origens dissemelhantes: 1 – relacionados ao indivíduo; 2 – relacionados a equipe multiprofissional; e 3 – relacionados a gestão, que por sua vez coincidem ocasionalmente.

Mediante prévio agrupamento dos artigos em estudo, formulou-se o quadro 3, trazendo os seguintes domínios e fatores, respectivamente: Domínio 1 – Relacionados ao indivíduo: Tempo de permanência na UTI e Características fisiopatológicas; Domínio 2 – Relacionados a equipe multiprofissional: Comunicação interdisciplinar; e Domínio 3 - Relacionados a gestão: Carga de trabalho, Cultura de punição e Infraestrutura.

Posteriormente, são discorridas as principais ideias e constatações trazidas pelos artigos em estudo, suas concordâncias e discrepâncias relacionadas ao que já se tem conhecimento na literatura científica atual.

QUADRO 3 – Distribuição dos fatores que comprometem a segurança do paciente na unidade de terapia intensiva. Cajazeiras - PB, 2017.

DOMÍNIOS	FATORES	REFERÊNCIAS
Relacionados ao indivíduo	Tempo de permanência na UTI	AZEVEDO FILHO, F. M.; et al. (2015) TOFFOLETTO, M. C.; et al. (2016) ORTEGA, D. B.; et al. (2017) BARCELOS, R. A.; TAVARES, D M. S. (2017)
	Caraterísticas fisiopatológicas	BARCELOS, R. A.; TAVARES, D M. S. (2017) TOFFOLETTO, M. C.; et al. (2016)
Relacionados a equipe multiprofissional	Comunicação interdisciplinar	GIMENES, F. R. E.; CASSIANI S. H. B. (2013) GOMES, A. T. L.; et al. (2016) MINUZZI, A. P.; et al. (2016)
Relacionados a gestão	Carga de trabalho	BARBOSA, T. P.; et al. (2014) BRIDI, A. C.; et al. (2014) OLIVEIRA, A. C.; GARCIA, P. C.; NOGUEIRA, L. S. (2016) RIBEIRO, G. R. S.; et al. (2016) CARLESII, K. C.; et al. (2017) DUTRA, D. D.; et al. (2017) LIMA, K.P.et al. (2017)
	Cultura de punição	MINUZZI, A. P.; SALUM, N. C.; LOCKS, M. O. H. (2016) MELLO, J. F.; BARBOSA, S. F. F. (2017)
	Infraestrutura	BATHKE, J.; et al. (2013)

		GIMENES, F. R. E.; CASSIANI S. H. B. (2013) ALVES, K. Y. A.; et al. (2016) LIMA, K. P.; et al. (2017)
--	--	---

Fonte: Dados da pesquisa. Cajazeiras, 2017.

De acordo com o Quadro 3, nota-se que diversos fatores comprometem a segurança do paciente na UTI, sendo esses fatores contemplados em três domínios distintos, que conversam entre si esporadicamente. É fundamentalmente importante, que os profissionais das equipes multiprofissionais de saúde das UTI's conheçam e sejam capazes de identificar, prevenir e reduzir os fatores de risco que podem acarretar possíveis EA ao cliente, proporcionando, por conseguinte uma assistência mais segura.

7. DISCUSSÃO

7.1. Fatores que comprometem a segurança do paciente na unidade de terapia intensiva relacionados ao indivíduo

7.1.1. Tempo de Permanência

Nos serviços de saúde, o tempo de hospitalização de um paciente é diretamente proporcional a exposição de riscos oriundos da prestação da assistência. O perfil de clientela observado em UTI's compreende em sua maioria, pacientes com faixa etária elevada, quadro clínico e hemodinâmico instáveis e comorbidades prévias. Considerando tal cenário, quanto maior o tempo de permanência do paciente na UTI, maior as chances de ocorrer EA provenientes do cuidado ofertado.

Para Barcelos e Tavares (2017), certos fatores devem ser considerados quando relacionados ao tempo de hospitalização do paciente na UTI, como tempo de sedação, de drogas vasoativas, de drenos, complicações pós-operatórias, sepse, dentre outras.

Em concordância com Barcelos e Tavares (2017), Ortega, et al. (2017) discorrem que a gravidade do quadro clínico até as exigências terapêuticas imposta pelo tratamento, interferem no tempo de permanência do paciente na UTI, constatando que tais variáveis estão correlacionadas.

Corroborando, Roque, Tonini e Melo (2016), em um estudo realizado na UTI de um hospital universitário no município do Rio de Janeiro, afirmam que a escolha terapêutica medicamentosa e o tempo de permanência estão correlacionados ao surgimento de EA, após observar que após dez dias de internação hospitalar, 56.6 % dos pacientes sofreram algum tipo de EA na UTI.

Segundo, Toffoletto, et al. (2016), o tempo de hospitalização constitui um importante fator responsável por ocasionar EA na UTI. Ainda conforme o autor, evidenciou-se que o tempo de permanência de idosos internos em UTI's do município de São Paulo, Brasil; que sofreram algum tipo de EA apontou um média de 10,62 dias, sendo superior à média de idosos internos que não sofreram nenhum tipo de EA, que foi de 5,06 dias. De acordo com Ortega et al. (2017), um estudo realizado em uma UTI geral de hospital particular, também no município de São Paulo, o tempo médio de permanência hospitalar foi de 6,0 dias.

O estudo realizado a partir da análise de 116 internações mostrou que o tempo médio de permanência hospitalar foi de 10,5 dias, onde a taxa de óbito foi de 81%. Neste estudo,

também fora observado que, incidente sem danos ou EA está associado com tempo de internação de até cinco dias (AZEVEDO FILHO et al., 2015).

No que concerne aos EA mais presentes no âmbito do cuidado na UTI, lesões por pressão (LP) são frequentemente observadas, tendo em vista a restrição ao leito que majoritariamente os pacientes se encontram, seguido por erros na prescrição e administração de medicamentos.

A ocorrência de LP na UTI correspondeu a 47% dos tipos de EA mais frequentes, no estudo realizado em UTI geral da cidade de São Paulo. Entretanto, um número elevado de LP, esse resultado pode ser considerado baixo quando comparado com outros estudos. (ORTEGA et al., 2017).

Azevedo Filho, et al (2015), observam que incidentes relacionados à medicação estão associadas ao tempo de internação maior que cinco dias, devido as múltiplas doses diárias de medicamentos utilizadas pelos pacientes. Toffoletto et al. (2016), abordam em seu estudo a presença de EA relacionados a administração de medicamentos, porém destacam a baixa prevalência desse EA no seu estudo, porém ressaltam que os erros de medicação são os mais frequentes no âmbito geral.

7.1.2. Características fisiopatológicas

O quadro clínico do paciente assistido na UTI, é considerado instável e grave. As peculiaridades que cada paciente apresenta torna o caso singular e com características distintas. O fato de haver essa gravidade e instabilidade, torna o paciente da UTI suscetível à possíveis EA, estando intrinsecamente relacionados com as condições fisiopatológicas apresentadas por cada paciente.

De acordo com estudo realizado por Toffoletto et al. (2016), o dano fisiopatológico é encontrado em 54,7% dos idosos internos na UTI. Sendo responsáveis pela a instabilidade clínica e correlação o tempo de internação hospitalar e o risco a infecções.

Em concordância, Bhering (2016), afirma que os problemas respiratórios e cardiológicos compõem as patologias mais frequentes na unidade de terapia intensiva, onde o uso de drogas vasoativas causa aumento do risco de mortalidade no paciente crítico.

Divergindo do estudo anterior, Barcelos e Tavares (2017), trazem que as comorbidades não influenciam consideravelmente em comparação com outros fatores como por exemplo, o tempo de permanência hospitalar.

7.2. Fatores que comprometem a segurança do paciente na unidade de terapia intensiva relacionados a equipe multiprofissional

7.2.1. Comunicação interdisciplinar

O ambiente de trabalho é um motivador da qualidade de serviço. Construir um ambiente de diálogo, igualdade e responsivo favorece a assistência segura, bem como, um ambiente desigual, autoritário e inarticulado gerar incidentes durante a assistência. Um dos principais fatores comprometedor da segurança do paciente está na comunicação interdisciplinar.

Gomes et al. (2017), analisaram cinco resumos que consideraram de fundamental importância a comunicação efetiva entre os profissionais de saúde, objetivando uma comunicação mais clara sobre diagnóstico, tratamento e prognóstico dos pacientes. Ainda conforme os autores, os erros durante a comunicação podem gerar falhas relacionadas aos erros de prescrição e administração de medicamentos. Eventos em que ocorre ilegibilidade do nome do paciente na prescrição potencializam as chances de ocorrerem erros de dose incorreta, medicação, horário e via de administração errados, inclusive, paciente errado.

Obter uma cultura de segurança eficaz exige um comprometimento dos líderes e gestores atuando juntamente com os profissionais assistenciais, através de uma comunicação efetiva que resolva os problemas e incentive a segurança do paciente nos serviços. Ainda conforme o autor, uma linguagem clara, bem estruturada e com técnicas corretas, promovem a cultura de segurança do paciente, uma vez que os profissionais envolvidos colaborem com suas ideias, observações e sugestões (MINUZZI et al., 2016).

Outra vertente da comunicação consiste no diálogo entre os diversos setores que compõem uma unidade hospitalar. A UTI precisa contar com um diálogo claro e frequente com os demais setores do serviço (Pronto Atendimento, Centro Cirúrgico, Farmácia, entre outros.). O estudo apresentado por Gimenes et al. (2013), constatou que dificuldades de comunicação com a farmácia, torna a segurança da assistência comprometida, uma vez que o índice de EA correlacionados à medicação é elevado, corroborando com o autor anteriormente citado.

A ocorrência de erros, no que tange a assistência, é resultado de falhas nas tomadas de decisões ocasionadas por falhas de comunicação e/ou informações insuficientes, reforçando a comunicação interdisciplinar um fator importante para surgimento de riscos ao paciente. (SILVA, 2016).

7.3. Fatores que comprometem a segurança do paciente na unidade de terapia intensiva relacionados a gestão

7.3.1. Carga de trabalho

A sobrecarga de trabalho torna-se um fator preocupante nas mais diversas atuações empregatícias do ser humano. Qualquer área e qualquer profissional que sofra por estar sobrecarregado com seu trabalho, não será capaz de executar com segurança e eficiência o seu serviço, bem como, nenhuma instituição prestará um serviço de qualidade composto por profissionais sobrecarregados. Na área da saúde não seria diferente, muito pelo contrário, profissionais de saúde sobrecarregados levam ao surgimento de EA, comprometendo assim a segurança do paciente.

A sobrecarga de trabalho relacionada à desproporção entre o número de profissionais de enfermagem e de pacientes é relatada como fator de risco inclusive para o aumento da incidência de infecções hospitalares em pacientes críticos. Ainda segundo os autores, a sobrecarga de trabalho pode estar relacionada a aquisição de mais de um vínculo empregatício bem como do mal dimensionamento por parte da gestão (DUTRA et al., 2017).

Em consonância, Lima et al. (2017), dizem que profissionais que excedem as horas estipuladas tornam-se mais expostos a falhas e quanto maior o turno de trabalho maior o índice de acidentes.

A discordância entre os valores do quantitativo de pessoal disponível e da demanda do serviço ocasionam sobrecarga de trabalho, gerando ambiente propício ao erro. Ainda conforme o autor, a carga de trabalho de enfermagem influencia ocorrência de diferentes EA: infecção, quedas, úlcera por pressão e uso de medicamentos (OLIVEIRA; GARCIA; NOGUEIRA, 2016).

Um estudo realizado na cidade de Viña del Mar, Chile, apontou a carga de trabalho altamente correlacionada a taxas de quedas, demonstrando um cenário onde as tantas atividades a serem executadas em relação ao quantitativo de pacientes, certamente estava em discrepância, não havendo um cuidado minucioso as necessidades e monitorização dos pacientes, explicando a reincidência de quedas. (CARLESI et al., 2017).

Barbosa et al. (2014), definem o trabalho na UTI como estressante, onde a jornada de trabalho e o ambiente geram desgaste, frustração e sobrecarga. Segundo o autor, essa sobrecarga ocasionou a negligência na mudança de decúbito, nas UTI's observadas,

promovendo o risco de os pacientes desenvolverem posteriormente lesões por pressão, EA bastante comum na UTI. Uma pesquisa brasileira citada por Oliveira, Garcia e Nogueira (2016), constatou que a ocorrência de úlcera por pressão na terapia intensiva teve como um fator de proteção o dimensionamento adequado da equipe multiprofissional atuante na UTI.

No que concerne aos EA relacionados ao tempo-reposta diante dos alarmes nas UTI's, Bridi et al. (2014), afirmam que a carga de trabalho excessiva gera fadiga, ocasionando sobrecarga sensorial onde ocorre dessensibilização diante dos alarmes, prejudicando a tomada de ação perante uma situação que pode gerar danos ao paciente.

Ribeiro et al. (2016), completam afirmando que um número considerável de erros relacionados ao manuseio de equipamentos e dispositivos de assistência à saúde na UTI estão ligados a sobrecarga da equipe de saúde.

7.3.2. Cultura de Punição

No cotidiano dos serviços de saúde, além de identificar, prevenir e reduzir o acontecimento de EA, é necessário um sistema de notificação de eventos adversos eficiente. Para que isso seja possível é necessário construir um ambiente de trabalho favorável para que as notificações aconteçam. Um ambiente de trabalho que pune exageradamente ou equivocadamente o profissional, promove um ambiente de trabalho hostil e suscetível a desenvolvimento de riscos à EA.

Um estudo realizado na UTI, de um hospital de médio porte no Sul do Brasil, revelou sobre a comunicação dos erros, que os profissionais receberam informações sobre erros 17,24% das vezes que ocorrem no setor. Os profissionais ainda advertem que, os EA são raramente divulgados e quase nunca estabelecem um feedback a respeito (MINUZZI; SALUM; LOCKS, 2016).

Novamente, Minuzzi, Salum e Locks (2016), dizem que a cultura de punição desencoraja o relato da ocorrência do EA, desestimula a notificação, negligencia a tomada de decisão acerca do erro e impossibilita a análise situacional do ambiente de trabalho, impedindo um ambiente seguro e estimulando a recorrência do erro.

Corroborando, Tobias et al. (2016), relatam que a resistência em notificar os EA, é um reflexo da dificuldade para aceitar a falibilidade humana, atrelado ao temor da punição. Ainda conforme os autores, é importante substituir a punição pela avaliação do processo, consolidando uma cultura de segurança embasada, analisando as causas dos erros, corrigindo o processo e tomando medidas preventivas contra a reincidência de falhas.

A maioria das instituições de saúde possuem um sistema hierárquico inflexível que promovem a recidência do erro, comprometendo a participação e o trabalho em equipe. Ainda, a resposta não punitiva ao erro, demonstra a insegura dos profissionais em relatar o erro tendo em vista que não irá ser analisado o erro em si, mas quem o cometeu (MELLO et al., 2016).

7.3.3. Infraestrutura

No âmbito estrutural do serviço, contar com uma infraestrutura adequada, que forneça segurança, qualidade e conforto ao cuidado prestado consiste em uma essencial ferramenta para efetivação do cuidado seguro.

Um estudo realizado em UTI's da cidade de Fortaleza, Ceará, destacou dois itens no que concerne a infraestrutura do setor, foram eles a distribuição dos leitos de forma que favoreça a visualização direta dos pacientes internados, onde em uma escala de 0 a 5, o ideal seria 5,00 e a realidade apresentava 3,68, e também dispor de dispensadores de álcool gel entre os leitos e na entrada da UTI, onde o ideal seria 5,00 e a realidade apresentou 0,00. (LIMA, et al. 2017).

Gimenes et al. (2013), afirmam que problemas de infraestrutura no posto de enfermagem corresponde a um coeficiente de suma importância no surgimento de risco que podem acarretar EA ao paciente assistido na UTI.

Como mencionado anteriormente, em outros domínios, o EA mais comum, tem sido o erro oriundo das medicações. Alves et al. (2016), corroborando com Gimenes et al. (2013), afirmam que espaços pequenos elevam as chances de ocorrência de EA medicamentosos, já que espaços menores prejudicam a checagem na hora do preparo, deixando o profissional suscetível e interrupções.

Outro EA comum nas UTI's está relacionado ao risco de infecções devido a higienização incorreta das mãos ou ausência dela, antes, durante e após o contato com o paciente.

Um estudo realizado na UTI adulto de hospital na capital paranaense no sul do Brasil, demonstrou que “menos da metade das estações de higienização das mãos reunia condições estruturais e de abastecimento ideais”. No referente estudo, a relação entre quantidades de pias e números de leitos estão em concordância com legislação vigente. (BATHKE et al., 2013).

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento do presente estudo, pautado na análise criteriosa dos artigos estudados, objetivou averiguar na literatura nacional quais fatores comprometem a seguridade da assistência de saúde prestada na unidade de terapia intensiva. Neste ínterim buscou-se esclarecer as divergentes particularidades e conformações que culminam a favorecer a segurança do paciente na UTI.

A linha tênue em prestar um cuidado efetivo de qualidade e a negligencia ou exacerbação de um cuidado, otimizado por quadro clínico inconstante, frágil e crítico atrelado ao desgaste profissional, contribui para que a UTI seja um meio suscetível ao erro humano podendo ocasionar EA iatrogênicos, muitas vezes irreversíveis, durante assistência ofertada.

Mediante uma consistente explanação acerca da temática, o estudo em questão possibilitou verificar quais os fatores que comprometem a segurança do paciente na UTI estão mais frequentemente citados e correlacionados na literatura científica.

No que concerne os fatores que comprometem a segurança do paciente relacionado ao indivíduo é observado como causa dos principais EA, o tempo de permanência hospitalar e as características fisiológicas de cada paciente, onde ambos se correlacionam ambigualmente, pois quanto maior o tempo de hospitalização mais suscetível está o paciente em desenvolver complicações e sofrer algum EA, da mesma forma, complicações e EA desnecessária causa alta hospitalar tardia.

A comunicação interdisciplinar categorizada como fator que compromete a segurança do paciente no âmbito da equipe multiprofissional, retrata a importância do diálogo claro e objetivo dentro do serviço. O estudo mostrou que a falta de uma comunicação efetiva leva a ocorrência de erros, principalmente erros de medicação, e dificulta a consolidação de uma assistência de qualidade.

No que se refere, a gestão como percussora de fatores que afetam a seguridade da assistência estão a carga de trabalho, responsável pelo o maior número de autores que citam a como principal causa dos EA, seguida pela cultura de punição e a falta de infraestrutura adequada.

É nítido quanto se retrata da carga de trabalho excessiva ou mal dimensionada como causa do EA. Mas, na verdade o erro é resultado de uma série de fatores que estão interligados e não apenas de único fator contribuinte.

O tempo de permanência hospitalar leva ao um comprometimento hemodinâmico e fisiológico, e vice-versa, a carga de trabalho excessiva aliada a uma estrutura inadequada de

trabalho gera uma comunicação ineficaz que por sua vez prejudica a efetivação de um cuidado correto, onde provavelmente ocorrerá um EA de qualquer natureza, que devido à má comunicação será notificado, dificultando a detecção de um diagnóstico situacional fidedigno.

Quanto às limitações encontradas, a falta de artigos que discutam o tema em profundidade foi a principal delas, porém é importante mencionar as mudanças que vem ocorrendo neste cenário e mais que isso, é importante incentivar a discussão do tema nos mais diversos círculos da saúde, através da difusão de conhecimento na formação do profissional na graduação até nos serviços de saúde através da educação permanente, por exemplo.

Propõe-se ainda, a elaboração de ferramentas (protocolos, check-list, entre outros) que auxiliem efetivamente na instauração de uma cultura de segurança, assim como, a divulgação e o debate incentivador acerca do tema.

REFERÊNCIAS

- ALVES, K. Y. A. et al. Segurança do paciente na terapia intravenosa em unidade de terapia intensiva. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental**. v.6, n. 1, p. 3714-3724, 2016.
- ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura**: Uma reflexão teórica aplicada à prática. Série: Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. 1ª edição-2013.
- AZEVEDO FILHO, F. M. et al. Prevalência de incidentes relacionados à medicação em unidade de terapia intensiva. **Escola Paulista de Enfermagem**. v. 28, n. 4, p. 331-336, 2015.
- BARBOSA, T. P. et al. Práticas assistenciais para segurança do paciente em unidade de terapia intensiva. **Esc. Paulista de Enfermagem**. v.27, n.3, p. 243 – 8, 2014.
- BARCELOS, R. A. TAVARES, D. M. S. Fatores associados aos incidentes de segurança entre idosos em terapia intensiva. **Esc. Paulista de Enfermagem**. v. 30, n. 2, p. 159 – 167, 2017.
- BATHKE, J. et al. Infraestrutura e adesão à higienização das mãos: desafios à segurança do paciente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v. 34, n. 2, p. 78-85, 2013.
- BHERING, C. F. C. **Fatores associados à readmissão em uma terapia intensiva**. 2016. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, da Universidade Federal do Estado Rio de Janeiro - UNIRIO, 2016.
- BRASIL. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente, estabelecendo por objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. **Diário Oficial da União**, 2013a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 36, de 25 de julho de 2013**. Brasília, 2013b.
- BRIDI, A. C. et al. Tempo estímulo-resposta da equipe de saúde aos alarmes de monitorização na terapia intensiva: implicações para a segurança do paciente grave. **Rer. Bras. Ter. Intensiva**. v. 26, n. 1, p. 28-35, 2014.
- BOTELHO, L. L. R. CUNHA, C. C. A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade**. v.5, n. 11, p. 121-136 · maio-ago. 2011.
- CARLESI, K. C. et al. Ocorrência de incidentes de Segurança do Paciente e Carga de Trabalho de Enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 25, p. 2841, 2017.

DUTRA, D. D. et al. Eventos Adversos em Unidades de Terapia Intensiva: um estudo bibliométrico. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental**. v. 9, n.3, p. 669-675, jul-set, 2017.

FERREIRA, P. C. et al. Evento adverso versus erro de medicação: percepções da equipe de enfermagem atuante em terapia intensiva. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental**. v. 6, n.2, p. 725-734, abr-jun, 2014.

FIGUEIREDO, D. A. **Fatores de risco associados à infecção hospitalar em uma unidade de terapia intensiva**. 2012. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde da Universidade Federal da Paraíba, 2012.

FRANÇOLIN, L. Gerenciamento da segurança do paciente sob a ótica dos enfermeiros. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v.49, n.2, p.277-283, jan./fev. 2017.

GAMA, Z. A. S. et al. Desenvolvimento e validação de indicadores de boas práticas de segurança do paciente: Projeto ISEP-Brasil. **Cad. Saúde. Publica**. v.32, n.9, set. 2016.

GIMENES, F. R. E. CASSIANI, S. H. B. Segurança no preparo e na administração de medicamentos, à luz da pesquisa restaurativa em saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**. v. 17, n. 4, p. 966-974, out/dez, 2013.

GOMES, A.T.L. et al. A segurança do paciente nos caminhos percorridos pela enfermagem brasileira. **Res. Bras. Enferm**.v.70, n.1, p.146-154. 2015.

LIMA, K. P. et al. Fatores contribuintes para ocorrência de eventos adversos em unidade de terapia intensiva: perspectiva do enfermeiro. **Res. Enferm. UFPE**. v.11, n.3, p1234-43. mar., 2017.

LOPES, I. L. Estratégia de busca na recuperação da informação: revisão da literatura. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 31, n. 2, p. 60-71, maio-ago. 2002.

MARINHO, M. M. et al. Intervenções educativas e seu impacto na cultura de segurança: uma revisão integrativa. **Enferm. Foco**. v.7, n.2, p. 72-77, 2016.

MILAGRES, L. M. **Fatores de risco associados à infecção hospitalar em uma unidade de terapia intensiva**. 2015. Dissertação (Mestrado) - Pós-graduação Stricto Sensu da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2015.

- MINUZZI, A. P. et al. Contribuições da equipe de saúde visando à promoção da segurança do paciente no cuidado intensivo. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. v. 20, n. 1, p. 121-129, 2016.
- MINUZZI, A. P. SALUM, N. C. LOCKS, M. O. H. Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva na perspectiva da equipe de saúde. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**. v. 25, n. 2, p. 1610-1615, 2016.
- MELLO, J. F. BARBOSA, S. F. F. Cultura de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: perspectiva da equipe de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 19, 2017.
- MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVAO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm**. v. 17, n. 4, p. 758-764, Dec. 2008.
- NEGESLISKII, C. **Efeito de uma intervenção educativa com profissionais de enfermagem acerca da segurança do paciente na administração de medicamentos injetáveis**. 2015. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.
- OLIVEIRA A. C., GARCIA P. C., NOGUEIRA L.S. et al. Carga de trabalho de enfermagem e ocorrência de eventos adversos na terapia intensiva: revisão sistemática. **Res. Bras. Enferm**.v.50, n.4, p.683-694. 2016.
- ORTEGA, d. B. et al. Análise de eventos adversos em pacientes internados em unidade de terapia intensiva. **Esc. Paulista de Enfermagem**. v. 30, n.2, p. 168- 173, 2017.
- RIBEIRO, G. S. R. et al. Deslizes, lapsos e enganos no uso de equipamentos por enfermeiros na Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v.50, n.3, p.419-426. 2016.
- RIBEIRO, G. S. R., SILVA, R. C., FERREIRA, M.A. Tecnologias na terapia intensiva: causas dos eventos adversos e implicações para a Enfermagem. **Res. Bras. Enferm**.v.69, n.5, p. 972-980. 2016.
- ROQUE, K. E; TONINI, T; MELO, E. C P. Eventos adversos na unidade de terapia intensiva: impacto na mortalidade e no tempo de internação em um estudo prospectivo. **Caderno Saúde Pública**. v.32, n. 10, out. 2016.

RUNCIMAN W., HIBBERT P., THOMSON R., SCHAAF T.V., SHERMAN H., LewalleP. **Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms.** Int J Qual Health Care.; v.21, n.1, p.18-26. 2009.

SILVA, A. C. A. B. **Cultura de segurança do paciente em organização hospitalar.** 2016. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, 2016.

SOUZA, M. T. SILVA, M. D. CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Revista Einstein.** V. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.

TOBIAS, G. C. et al. Conhecimento dos enfermeiros sobre a cultura de segurança do paciente em hospital universitário. **Revista de Enfermagem – UFPE.** v. 10, n. 3, p. 1071-1079, mar, 2016.

TOFFOLETTO, M. C. et al. Fatores relacionados à ocorrência de eventos adversos em pacientes idosos críticos. **Revista Brasileira de Enfermagem.** v. 69, n. 6, p. 1039-1045, 2016.

WHITEMORE, Robin; KNAFL, Kathleen. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing.** v.52, n.5, p. 546–553. 2005.