

Eficácia das intervenções educacionais no clima de segurança em unidades de terapia intensiva

Effectiveness of educational interventions in the safety climate in intensive care units

Eficacia de las intervenciones educativas en el clima de seguridad de las unidades de cuidados intensivos

Adriana Lemos de Sousa Neto¹

Denise Von Dolinger de Brito Röder²

Resumo: Este estudo teve como objetivo identificar evidências na literatura sobre a eficácia da intervenção educacional no clima de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada nas bases de dados CINAHL, LILACS, Medline/PubMed, Scopus, Web of Science e na biblioteca Cochrane, para responder à questão norteadora: qual a eficácia das intervenções educacionais no clima de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva?. A busca ocorreu nos meses de maio e junho de 2020, onde foram incluídas publicações a qualquer tempo, nos idiomas português, inglês e espanhol. Identificou-se 223 referências, das quais 25 foram incluídas na revisão, considerando-se os critérios de inclusão e exclusão. Observou-se, em grande parte da amostra, escores menores que 75% quanto à percepção do clima de segurança pelos profissionais de saúde avaliados. Todos os estudos em que houve intervenção educacional observaram melhoria do clima de segurança entre os profissionais avaliados. Os resultados apontam a necessidade de maior investimento na cultura de segurança das unidades de terapia intensiva por meio da implementação de programas educacionais.

Palavras-chave: *Interprofissionalidade na saúde. Educação permanente. Gestão da segurança. Segurança do paciente.*

Abstract: *This study aimed to identify evidence in the literature about the effectiveness of educational intervention in the climate of patient safety in intensive care units. This is an integrative literature review, carried out in the CINAHL, LILACS, Medline/PubMed, Scopus, Web of Science databases and in the Cochrane library, to answer the guiding question: what is the effectiveness of educational interventions in the security climate of the patient in intensive care units?. The search took place in May and June 2020, where publications were included at any time, in Portuguese, English and Spanish. 223 references were identified, of which 25 were included in the review, considering the inclusion and exclusion criteria. In most of the sample, scores below 75% were observed regarding the perception of the safety climate of the evaluated health professionals. All studies in which there was an educational intervention observed an improvement in the safety climate among the professionals evaluated. The results point to the need for greater investment in the safety culture of intensive care units through the implementation of educational programs.*

Keywords: *Critical care. Interprofessionalism in health. Patient safety. Permanent education. Safety management.*

1 Mestre em Atenção à Saúde, Professora na Universidade Federal de Uberlândia (UFU).

2 Doutora em Patologia Molecular, Professora no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (UFU).

Resumen: Este estudio tuvo como objetivo identificar evidencia en la literatura sobre la efectividad de la intervención educativa en el clima de seguridad del paciente en unidades de cuidados intensivos. Se trata de una revisión integradora de la literatura, realizada en las bases de datos CINAHL, LILACS, Medline/PubMed, Scopus, Web of Science y en la biblioteca Cochrane, para responder a la pregunta orientadora: "¿Cuál es la efectividad de las intervenciones educativas en el clima de seguridad del paciente en unidades de cuidados intensivos?". La búsqueda se realizó en mayo y junio de 2020, donde se incluyeron publicaciones en cualquier momento, en portugués, inglés y español. Se identificaron 223 referencias, de las cuales 25 fueron incluidas en la revisión, considerando los criterios de inclusión y exclusión. En la mayor parte de la muestra se observaron puntuaciones inferiores al 75% en cuanto a la percepción del clima de seguridad por parte de los profesionales de salud evaluados. Todos los estudios en los que hubo una intervención educativa observaron una mejora en el clima de seguridad entre los profesionales evaluados. Los resultados apuntan a la necesidad de una mayor inversión en la cultura de seguridad de las unidades de cuidados intensivos a través de la implementación de programas educativos.

Palabras clave: Administración de la seguridad. Cuidados críticos. Interprofesionalidad en salud.. Educación permanente. Seguridad del paciente.

INTRODUCTION

Apesar dos esforços globais na redução dos eventos adversos na assistência à saúde, observados nos últimos 15 anos, mudanças significativas ainda não foram alcançadas (WHO, 2019). Para que haja maior segurança no cuidado prestado, é crucial que uma cultura de segurança seja implantada nas instituições, a qual deve ser constantemente avaliada para possibilitar a identificação de fatores que precisam ser aprimorados dentro do serviço, o direcionamento de ações e a implementação de programas de educação em saúde (CARVALHO et al., 2019).

A educação permanente em saúde estimula mudanças nas concepções e práticas dos sujeitos e possibilita transformações na prática clínica, sendo crucial na implementação da cultura de segurança nos diversos tipos de instituições (ROJAS et al., 2019).

Ao abordar a segurança do paciente em ambientes hospitalares, um setor que merece destaque é a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), devido à gravidade do quadro clínico do paciente, a complexidade e especificidade dos cuidados prestados, a alta tecnologia envolvida e o maior contingente profissional, o que requer investimento na promoção de ações seguras (DUARTE et al., 2018).

Considerando que a ocorrência de eventos adversos é uma das 10 principais causas de morte e incapacidade no mundo (WHO, 2018), tendo em vista a necessidade de práticas

seguras e a existência de uma cultura de segurança eficaz nos serviços de saúde, em especial nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), torna-se relevante a realização de estudos que avaliem as intervenções educacionais que objetivem melhorar o clima de segurança dos profissionais que atuam nestas unidades. Assim, esta revisão teve como objetivo identificar evidências na literatura sobre a eficácia da intervenção educacional no clima de segurança do paciente em UTIs.

2 REFERENCIAL

As instituições de saúde são organizações complexas, interdisciplinares, com diferentes relações e responsabilidades. Neste ambiente de grande diversidade, novas iniciativas podem falhar simplesmente por causa da má comunicação, falta de confiança na gestão ou conflitos entre os trabalhadores (LIVORSI et al., 2016). Tal cenário requer um modelo de gestão que acompanhe de forma sistemática a cultura de segurança, que atue no reconhecimento dos entraves e das necessidades de mudanças, a fim de providenciar as intervenções necessárias, no sentido de promover a transformação dos saberes e comportamentos na prática clínica (SOUZA et al., 2019).

Avaliar o clima e cultura de segurança contribui para a implementação de intervenções no ambiente organizacional, no intuito de melhorar a qualidade da assistência prestada. Dentre as intervenções utilizadas,

pode-se citar a Educação Permanente em Saúde (EPS), a qual pode ser útil para criar uma mudança positiva de atitude e comportamento entre os profissionais de saúde. O primeiro passo para fornecer uma cultura de segurança do paciente é criar essa mudança de atitude e comportamento (REIS, PAIVA, SOUSA, 2018).

Quando investigamos o cenário da atenção hospitalar, deparamo-nos com constantes inovações técnico-científicas, o que requer atualização e qualificação permanente dos trabalhadores, dos gestores e dos representantes das instituições formadoras. Os processos educacionais proporcionam um movimento intenso para todos os envolvidos, uma vez que, ao produzir saúde, os trabalhadores são instigados a refletir criticamente sobre o processo de trabalho, permitindo a sua transformação e a sua reorganização prática (ADAMY et al., 2018).

Ressalta-se, ainda, a importância da EPS por desenvolver o conhecimento, as habilidades, as atitudes e os comportamentos que refletem o cuidado seguro e centrado no paciente, com respeito às suas crenças e ao seu contexto psicossocial, partilhando com ele as informações, as opções e os riscos do seu tratamento (SOUSA; MENDES, 2019).

Segundo Rojas et al. (2019, p. 327) “pela EPS propõe-se a discussão participativa sem hierarquias, através das chamadas ‘Rodas de Conversa’. Essa estratégia educativa cria desfechos não prescritivos, mas inventivos, partindo da necessidade local e dos sujeitos”.

A EPS parte do pressuposto da aprendizagem significativa, que promove e produz sentido, e sugere que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais em ação na rede de serviços. É a realização do encontro entre o mundo de formação e o mundo de trabalho, onde o aprender e ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A questão central da EPS é sua porosidade à realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde, é sua ligação política com a formação de perfis profissionais e de serviços, a introdução de mecanismos, espaços e temas que geram

autoanálise, autogestão, implicação, mudança institucional, pensamento e experimentação (CECCIM, 2005).

A educação permanente é uma proposta de intervenção fundamental na capacitação e qualificação dos profissionais, dando subsídios que levam à conscientização das necessidades reais de saúde e propiciam mudança das práticas no âmbito do trabalho, favorecendo o atendimento de qualidade na assistência, possibilitando realizar com segurança os procedimentos e também o crescimento tanto do profissional quanto das organizações de saúde (PORTO et al, 2019, p. 3356).

O processo de aprendizagem deve partir da reflexão sobre o que acontece no serviço e sobre o que precisa ser transformado. Para isso, é preciso problematizar as situações e trabalhar a partir da aprendizagem significativa (que promove e produz sentidos). Trata-se de um processo de educação no trabalho, que tem como finalidade garantir a qualidade da atenção à saúde, adequada às necessidades da população usuária dos serviços e da equipe, e não somente das carências profissionais de qualificação e atualização (PAGANI, ANDRADE, 2012).

Ao analisarmos um problema institucional, regional ou nacional de maneira contextualizada, descobrimos a complexidade de sua explicação e a necessidade de intervenções articuladas. As capacitações não se mostram eficazes para possibilitar a incorporação de novos conceitos e princípios às práticas estabelecidas, tanto de gestão, como de atenção e de controle social, por trabalharem de maneira descontextualizada e se basearem principalmente na transmissão de conhecimentos. A EPS, por outro lado, pode ser orientadora das iniciativas de desenvolvimento dos profissionais e das estratégias de transformação das práticas de saúde (CECCIM, 2019).

Pesquisas evidenciam que a aplicação de estratégias que levem o profissional a atuar de forma crítica e reflexiva são fundamentais para obter efeitos positivos, que os estimulem a repensar as práticas cotidianas, favorecendo

a transformação das atividades e contribuindo na qualidade dos serviços de saúde (PORTO et al, 2019).

Dentre as estratégias utilizadas na EPS, aquelas que adotam as metodologias ativas vem ganhando destaque nos serviços de saúde, com propostas inovadoras envolvendo simulação, onde os participantes identificam uma ampla gama de riscos potenciais à segurança do paciente, com foco interprofissional, o que contribui no nivelamento das diferentes categorias e estimula a responsabilidade compartilhada na construção de uma cultura de segurança (DIEMER et al., 2019).

Isto posto, acrescenta-se que a dimensão segurança do paciente está subordinada à qualidade dos cuidados em saúde e os processos educacionais devem possibilitar a compreensão de que não necessariamente um cuidado seguro é um cuidado de qualidade. Não adianta ter um cuidado seguro se ele for desatualizado, ou desconsiderar as preferências do paciente, ou desvalorizar as vulnerabilidades de alguns grupos, o que mostra a relevância de uma EPS eficaz nos serviços de saúde, possibilitando a construção de saberes e práticas seguras e de qualidade, essenciais na consolidação de uma cultura de segurança (SOUSA; MENDES, 2019).

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura em que foram percorridas as

seguintes etapas: formulação do problema; busca na literatura dos estudos primários; avaliação dos estudos incluídos na revisão; análise dos dados; apresentação dos resultados (WHITTEMORE; KNAF, 2005).

Na primeira etapa, buscou-se estabelecer de forma clara o tema em foco, de modo a facilitar a estratégia de busca, o que resultou na seguinte questão norteadora: Qual a eficácia das intervenções educacionais no clima de segurança do paciente em UTIs?

A busca das publicações nacionais e internacionais ocorreu de forma online nas bases de dados Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Biblioteca COCHRANE, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature and Retrieval System Online (MEDLINE, Pubmed), SCOPUS (Elsevier) e Web of Science (Clarivate Analytics), via portal CAPES.

Como estratégia de busca, foram identificados descritores controlados nos Descritores em Ciência da Saúde (DECS) e Medical Subject Headings (MESH), com posterior combinação dos mesmos por operadores booleanos OR e AND, conforme apresentado no quadro 1. Em algumas bases de dados foi utilizado menor número de descritores para maior recuperação de artigos, visto que não foram encontrados artigos quando combinados mais descritores, como ocorreu na base LILACS.

Quadro 1- Estratégia de busca nas bases de dados

Base de Dados	Estratégia
CINAHL	("Attitude of Health Personnel" OR "Health Personnel") AND "Patient Safety" AND ("Safety management" OR "Safety culture") AND ("Critical care" OR "intensive care")
COCHRANE	("Patient Safety" in Title Abstract Keyword AND "Safety management" in Title Abstract Keyword AND "critical care" in Title Abstract Keyword)
LILACS	("segurança do paciente" [Palavras] AND "cuidados críticos" [Palavras])
MEDLINE	("Attitude of Health Personnel"[All Fields] OR "Health Personnel"[All Fields] AND "Patient Safety"[All Fields] AND "Safety management"[All Fields] OR "safety culture" AND "Critical care"[All Fields])
SCOPUS	((TITLE-ABS-KEY ("health personnel") AND TITLE-ABS-KEY ("Patient Safety")) AND TITLE-ABS-KEY ("Safety management") AND TITLE-ABS-KEY ("Critical care") OR TITLE-ABS-KEY ("intensive care"))

Web of Science	("attitude of health personnel" OR "health personnel") AND TÓPICO: ("Patient Safety") AND TÓPICO: ("Safety management") AND TÓPICO: ("critical care")
----------------	---

Fonte: Elaborado pelo autor (2020).

Os critérios de inclusão dos estudos foram: artigos originais; relatos de experiência, protocolos e guidelines disponíveis nas bases de dados online; nos idiomas português, inglês e espanhol; publicações a qualquer tempo; que abordavam o clima de segurança do paciente em UTIs. E os critérios de exclusão: cartas, resumos de anais de eventos, editoriais, livros, teses e dissertações.

A busca nas bases ocorreu em maio e junho de 2020 e, posteriormente, utilizou-se a ferramenta de gerenciamento bibliográfico Mendeley® para remoção de artigos duplicados. Realizou-se a leitura do título e resumo do material selecionado, com exclusão daqueles não relacionados à temática proposta e, em seguida, os artigos foram lidos na íntegra, no intuito de identificar informações sobre o clima de segurança do paciente em UTIs.

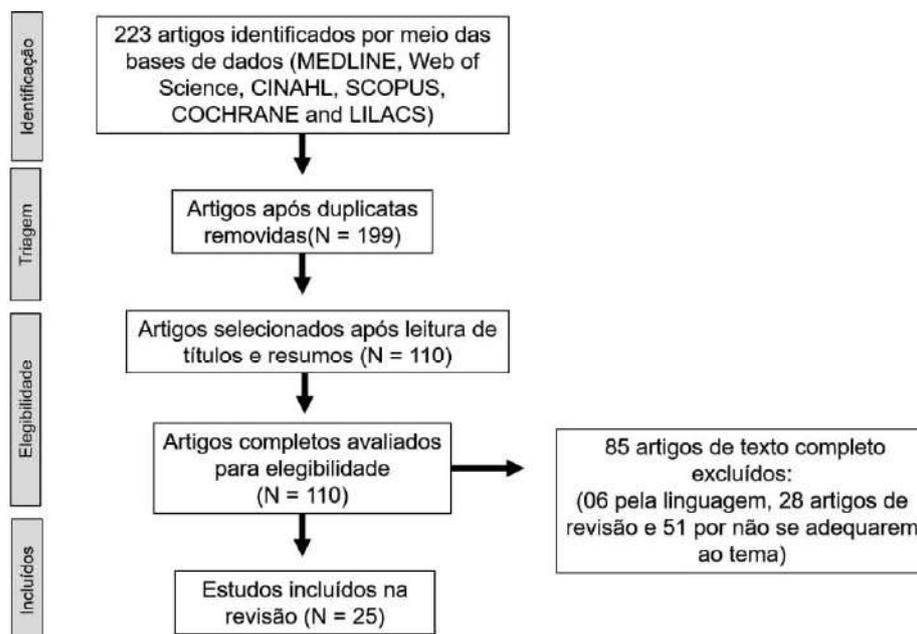
Os artigos incluídos na revisão foram avaliados quanto ao tipo de estudo e classificados de acordo com os níveis de evidência da Agency for Healthcare Research

and Quality (AHRQ): nível 1 - meta-análise de múltiplos ensaios clínicos controlados e randomizados; nível 2 - estudos individuais com delineamento experimental; nível 3 - estudos quase experimentais; nível 4 - estudos descritivos (não experimentais) ou de abordagem qualitativa; nível 5- relatos de caso ou experiência; e por fim o nível 6- opiniões de especialistas (AHRQ, 2016).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa nas bases de dados resultou em 223 referências, sendo 111 na MEDLINE, 60 na SCOPUS, 22 na CINAHL, 22 na LILACS, cinco na COCHRANE e três na Web of Science. Foram excluídos 24 artigos repetidos e 89 após a leitura dos títulos e resumos, não relacionados à temática. Assim, restaram 110 para serem lidos na íntegra, dos quais 25 foram incluídos nos resultados desta revisão por abordarem especificamente o tema em questão (Figura 1).

Figura 1- Fluxograma do processo de identificação, seleção e inclusão dos estudos, elaborado a partir da recomendação PRISMA.



Fonte: Elaborado pelo autor (2020).

Os artigos foram publicados entre 2007 e 2020, dos quais 21 (84%) foram publicados em inglês, três (12%) em português e um (4%) em espanhol. De acordo com a AHQR, 21 artigos foram categorizados como nível 4, três nível 3 e um nível 2.

Houve predominância da utilização dos questionários Safety Attitude Questionnaire (SAQ) - versão adaptada para unidades de cuidado intensivo (SAQ-ICU) e o Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS) na avaliação do clima de segurança nos estudos avaliados, escolha que pode ter sido atribuída ao fato de serem instrumentos validados e traduzidos em vários idiomas. Ambos são amplamente citados em pesquisas de todo o mundo que objetivam avaliar a cultura de segurança do paciente em ambientes hospitalares (OKUYAMA et al., 2019).

4.1 Avaliação do clima de segurança do paciente

Os baixos escores de pontuação quanto à percepção geral do clima de segurança, evidenciados em vários artigos (HUANG et al., 2007, GUTIÉRREZ-CÍA et al., 2010, SEXTON et al., 2011, MEURLING et al., 2013, HAMDAN, 2013, ABDI et al., 2015, ABU-EL-NOOR et al., 2017, AL MALKI et al., 2018, AL-MUGHEED et al., 2020, ARMELLINO et al., 2010, BALLANGRUD et al., 2012, TLILI et al., 2020), refletem a necessidade de fortalecimento da cultura de segurança das UTIs avaliadas, motivo pelo qual é essencial o investimento em ações voltadas à segurança do paciente, dentre as quais está o EPS.

Condições de trabalho e reconhecimento do estresse foram dimensões que apresentaram baixas pontuações em muitos estudos, principalmente pela enfermagem (HUANG et al., 2007, GUTIÉRREZ-CÍA et al., 2010, POLEY et al., 2011, HAMDAN, 2013, ABU-EL-NOOR et al., 2017, AL MALKI et al., 2018, AL-MUGHEED et al., 2020, DUNSTAN et al., 2020). Na linha de frente na assistência à saúde, a equipe de enfermagem é a primeira a identificar possíveis falhas, além de lidar

constantemente com sobrecarga de trabalho, deficiente infraestrutura, inadequação de recursos humanos e número elevado de pacientes (CARVALHO et al., 2019, SOUSA; MENDES, 2019).

Os achados dessa revisão apontaram fragilidade na comunicação e notificação de eventos adversos e no manejo do erro (HAMDAN, 2013, ABDI et al., 2015, ARMELLINO et al., 2010, BALLANGRUD et al., 2012, TOMAZONI et al., 2014, LIVORSI et al., 2016, NOTARO et al., 2019, TLILI et al., 2020), sendo a mudança de cultura e estímulo aos profissionais no reconhecimento de suas falhas, estratégias essenciais para a promoção de práticas seguras, o que propiciará elaboração de ações voltadas à implantação de barreiras de segurança nos serviços de saúde (ARMELLINO et al., 2010, BALLANGRUD et al., 2012, TOMAZONI et al., 2014, ABDI et al., 2015, TOMAZONI et al., 2017, NOTARO et al., 2019, SOUZA et al., 2019, PAVAN et al., 2019, MORENO; ANDREOLI, 2019).

Em estudos que avaliaram mais de uma UTI, foi observado uma variedade significativa de escores gerais sobre o clima de segurança entre as unidades (HUANG et al., 2007, GUTIÉRREZ-CÍA et al., 2010, PROFIT et al., 2012, ABU-EL-NOOR et al., 2017), resultados que reafirmam a importância de implementação de programas educacionais específicos, elaborados conforme a realidade individual e diversidade de demandas de cada unidade hospitalar (GUTIÉRREZ-CÍA et al., 2010, PROFIT et al., 2012, HAMDAN, 2013, ABU-EL-NOOR et al., 2017). Salienta-se, nesse ponto, a importância da EPS ao considerar a realidade em que o sujeito está inserido, uma vez que ele faz e refaz críticas sobre sua situação, tentando modificá-la em processo contínuo (ROJAS et al., 2019).

4.2 Intervenções educacionais

Apenas quatro artigos apresentaram resultado de intervenções educacionais que objetivaram melhorar o clima de segurança do paciente em UTIs (SEXTON et al., 2011, MEURLING et al., 2013, AMIRI et al., 2018, MURPHY et al., 2018).

Tabela 1- Estudos em que foi realizada intervenção educacional com o objetivo de melhorar o clima de segurança do paciente

Autor/Ano	Método da pesquisa	Principais resultados da intervenção
Sexton et al., 2011	Coorte prospectiva com programa de treinamento para melhorar a qualidade da cultura assistencial e de segurança. O clima de segurança foi avaliado (SAQ-ICU) antes e 2 anos após a intervenção.	Melhora nos escores do clima de segurança de 42,5% (2004) para 52,2% (2006). Cinco dos sete itens de clima de segurança melhoraram de 2004 a 2006.
Meurling et al., 2013	Intervenção por 2 anos: seminários e simulações realísticas de casos clínicos. Aplicado SAQ-ICU antes e após intervenção.	Escore geral < 75% antes e após a intervenção. Médicos não tiveram melhores escores após intervenção. Enfermeiros e auxiliares de enfermagem tiveram maior pontuação após intervenção. Houve melhoria principalmente nos aspectos trabalho em equipe, comunicação, condições de trabalho.
Amiri et al., 2018	Programa de capacitação educacional em 6 semanas composto por palestras, discussões em grupo, apresentação de cenários, panfletos e cartazes. Aplicado HSOPS antes e após intervenção.	O grupo experimental obteve escores médios totais pós-intervenção superiores aos do grupo controle. As dimensões “trabalho em equipe”, “resposta não punitiva ao erro” e “notificação de eventos adversos não tiveram melhora significativa.
Murphy et al., 2018	Intervenção realizada em quatro etapas: 1- treinamento com gestores, 2- gestores ministraram cursos para a equipe, 3- reuniões mensais de sustentação, 4- Utilização do questionário HSOPS antes, 3 e 12 meses após a intervenção.	A intervenção melhorou a maioria das atitudes de segurança da equipe.

Fonte: Elaborado pelo autor (2020).

Percepções e atitudes mais positivas podem ser identificadas nos profissionais após mudanças organizacionais associadas a intervenções, o que foi evidenciado nos quatro artigos dessa revisão que apresentaram resultado de processo educacional no clima de segurança das equipes de saúde que atuam nas UTIs avaliadas. Os programas educacionais em saúde possibilitam um aumento da confiança dos profissionais, maior valorização e melhoria da comunicação e do trabalho em equipe (MEURLING et al., 2013, MILTON et al., 2020).

AEPStemcontribuído para a transformação das práticas dos profissionais de saúde, pois a mesma reconhece a capacidade da pessoa de interagir com o outro e com os cenários da

vida e da saúde, oportunizando possibilidades de troca de conhecimentos, culminando na construção de saberes significativos nos espaços de saúde. A EPS propõe que haja um processo libertador, não mecânico, o que implica propor-se a enfrentamentos frente aos problemas vivenciados, sensibilizar-se mediante as situações e entender-se enquanto sujeito transformador, não somente do conhecimento, mas do contexto social em que está inserido (ROJAS et al., 2019).

Amiri et al. (2018) afirmam que a utilização de EPS na promoção de uma cultura de segurança efetiva propicia oportunidades de melhora na comunicação, no trabalho em equipe dentro das unidades, na aprendizagem e na realização de ações voltadas à segurança do

paciente. Dessa forma, os núcleos de segurança do paciente, existentes nas instituições de saúde, devem implementar a EPS na busca de uma assistência segura e com o desafio de desenvolver uma cultura de segurança que sobreponha a cultura punitiva, permitindo um olhar mais consciente sobre as práticas de cuidado e os processos de trabalho. Primordial também, a participação ativa dos profissionais de saúde, como protagonistas/sujeitos do cotidiano de trabalho, numa busca incessante do conhecimento e das possibilidades de sua aplicação na prática (ADAMY et al., 2018).

Destacam-se, no contexto da EPS, as reflexões que ocorrem nas práticas de saúde em que são agregados gestão, ensino, servidores de saúde e população no processo construcional. Cabe considerar que o construto educar e fazer saúde parte do ato no trabalho, na prática de saúde que ocorre continuamente com os sujeitos históricos e seus espaços, em processo continuado de educar-se permanentemente em saúde (ROJAS et al., 2019).

Na realização de programa educacional em saúde, é importante considerar algumas questões como a abrangência, alcançando todos os profissionais, prever a disponibilidade de tempo para sua execução, os locais e equipamentos necessários, a periodicidade, as técnicas a serem trabalhadas, as políticas existentes relacionadas ao tema (SOUSA; MENDES, 2019). As diversas estratégias da educação permanente na assistência à saúde trazem melhorias à medida que estimulam os profissionais no aperfeiçoamento, qualificação e na atualização de conceitos e ações práticas, contribuindo também para o desenvolvimento da reflexão crítica, trazendo mudança comportamental, favorecendo, dessa forma, o crescimento pessoal e profissional e a interação da equipe multidisciplinar propiciando a melhoria na qualidade da assistência (PORTO et al., 2019).

De acordo com Wong (2015), ao abordar as diferentes estratégias nos programas educacionais, há necessidade de desenvolver e disseminar metodologias inovadoras no processo de aprendizagem. A utilização de

simuladores para treinamento, por exemplo, pode contribuir para uma melhor autoeficácia, colaboração e comunicação interprofissional, percepções de trabalho em equipe, segurança e condições de trabalho. Todos os membros da equipe podem se beneficiar com esse tipo de abordagem (MEURLING et al., 2013).

Muitos programas educacionais estão implementando metodologias ativas baseadas em competências, que resultam em mudanças de comportamento significativas, sendo crucial a criação de ferramentas de avaliação de competências (WONG, 2015). Na gestão de pessoas baseada em competências, existe um monitoramento do desempenho técnico e comportamental de cada profissional, de forma a nortear um programa mais individualizado de educação (SOUSA; MENDES, 2019). Nesse ínterim, é relevante a confiança no potencial de cada profissional de saúde, valorizando os saberes acumulados, potencializando todo conhecimento e relações sociais efetivadas no espaço em que atuam (ROJAS et al., 2019).

Rojas et al. (2019) afirmam que o profissional de saúde em serviço, influenciado pela educação permanente em saúde, assume a condição de 'educador em potencial' e modifica a sua prática/reflexão/ação durante a trajetória de atuação profissional, (re)pensando e (re)significando suas práticas, por meio da 'aprendizagem-autônômica', culminando na construção de saberes significativos no/pelos espaços de saúde, o que possibilita focalizar um movimento singular, em que trabalho e educação dialogam, suscitando um novo modo de aprender-fazer- saúde.

A realização de pesquisas com bom nível de evidência, que busquem soluções efetivas com vistas à práticas seguras em saúde e com redução do dano ao paciente, são relevantes e necessárias (SOUSA; MENDES, 2019). Entretanto, a estratégia de buscas dessa revisão resultou em uma amostra composta, em sua maior parte, por estudos descritivos, o que pode ser considerada uma limitação do estudo.

Todavia, os achados da revisão destacam a relevância dos programas EPS no processo de mudança das percepções e atitudes de

profissionais de saúde, no fortalecimento da cultura de segurança local, na interação entre gestores e toda a equipe interdisciplinar na busca pelo desenvolvimento de um ambiente de trabalho satisfatório e na oferta de serviços de saúde seguros e de qualidade.

Segundo Porto et al. (2019), a utilização da EPS, com foco na atualização da equipe interdisciplinar, é de suma importância para promover a reflexão crítica da realidade existente, o que possibilitará a transformação de práticas de saúde e consequente consolidação de uma cultura de segurança. Nesse contexto, é essencial que os profissionais de saúde se envolvam em programas de educação para aumentar a conscientização sobre essas questões. Os resultados desses programas educacionais sugerem que intervenções desse tipo podem produzir mudanças de atitude e comportamento nos profissionais de saúde que poderiam melhorar a segurança do paciente em ambientes hospitalares.

Urge, desse modo, a realização de novos estudos experimentais, de intervenção, com enfoque na EPS, o que motivou os autores dessa revisão a elaborarem um projeto de pesquisa, do tipo caso-controle, em que será implantado um programa de EPS em uma UTI neonatal de um hospital de alta complexidade, sendo avaliado o clima e cultura de segurança do paciente antes e após a intervenção. Pretende-se, com o estudo proposto, propiciar a melhoria da cultura de segurança local, o que culminará na mitigação de eventos adversos e na promoção de práticas seguras, além do incentivo à utilização da EPS nos processos de trabalho em saúde em outros setores/instituições.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muitos são os desafios quando o assunto é a segurança do paciente. A identificação de baixos escores na avaliação do clima de segurança do paciente e falhas no processo de comunicação e notificação de eventos adversos apontam que deve haver maior investimento na cultura de segurança em UTIs, especialmente com realização de intervenções

educacionais, com a EPS, com enfoque nas necessidades individuais de cada unidade hospitalar.

Destaca-se, nesse sentido, o papel dos gestores em fomentar processos de trabalho que envolvam a equipe interprofissional na viabilização de intervenções e processos educacionais, caminho principal para a consolidação de uma cultura de segurança.

6 REFERÊNCIAS

ABDI, Z. et al. The culture of patient safety in an Iranian intensive care unit. **Journal of Nursing Management**, v. 23, n. 3, p. 333–345, 2015. DOI: 10.1111/jonm.12135.

ABU-EL-NOOR, N.I. et al. Safety Culture in Neonatal Intensive Care Units in the Gaza Strip, Palestine: A Need for Policy Change. **Journal of Pediatric Nursing**, v. 33, p. 76–82, 2017. DOI: 10.1016/j.pedn.2016.12.016.

ADAMY, E.K. et al. Tecendo a educação permanente em saúde no contexto hospitalar: relato de experiência. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**. v. 7, e1615. 2018. DOI: <https://doi.org/10.19175/recom.v7i0.1924>

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). Quality Improvement and monitoring at your fingertips. **Rockville**, 2016. Disponível em: <https://qualityindicators.ahrq.gov/>.

AL-MUGHEED, K.; BAYRAKTAR, N. Patient safety attitudes among critical care nurses: A case study in North Cyprus. **The International journal of health planning and management**, abr. 2020. DOI: 10.1002/hpm.2976.

AL MALKI, A.; ENDACOTT, R.; INNES, K. Health professional perspectives of patient safety issues in intensive care units in Saudi Arabia. **Journal of Nursing Management**, v. 26, n. 2, p. 209–218, 2018. DOI: 10.1111/jonm.12536.

- ALAYED, A.S.; LÖÖF, H.; JOHANSSON, U.B. Saudi Arabian ICU safety culture and nurses' attitudes. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, v. 27, n. 7, p. 581–593, 2014. DOI: 10.1108/IJHCQA-04-2013-0042.
- AMIRI, M.; KHADEMIAN, Z.; NIKANDISH, R. The effect of nurse empowerment educational program on patient safety culture: a randomized controlled trial. **BMC medical education**, v. 18, n. 1, p. 158, jul. 2018. DOI: 10.1186/s12909-018-1255-6.
- ARMELLINO, D.; QUINN GRIFFIN, M.T.; FITZPATRICK, J.J. Structural empowerment and patient safety culture among registered nurses working in adult critical care units. **Journal of nursing management**, v. 18, n. 7, p. 796–803, out. 2010. DOI: 10.1111/j.1365-2834.2010.01130.x.
- BALLANGRUD, R.; HEDELIN, B.; HALL-LORD, M.L. Nurses' perceptions of patient safety climate in intensive care units: A cross-sectional study. **Intensive and Critical Care Nursing**, v. 28, n. 6, p. 344–354, 2012. DOI: 10.1016/j.iccn.2012.01.001.
- CARVALHO, P.A. et al. Avaliação da cultura de segurança em um hospital público no Distrito Federal, Brasil. **Health Services Assessment**, v. 72, n. Suppl 1, p. 263–269, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0716>.
- CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunic**, Saúde, Educ, v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2005.v9n16/161-168/pt/>
- CECCIM, R. B. Emergência de um “campo de ação estratégica”: ordenamento da formação e educação permanente em saúde. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 18, n. 1, p. 68-80, 2019. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1307/688>
- DIEMER, G. et al. Patient Safety Escape Room: A Graduate Medical Education Simulation for Event Reporting. **MedEdPORTAL**. v. 15, 10868, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.15766/mep_2374-8265.10868
- DUARTE, S.C.M. et al. Segurança do paciente: compreendendo o erro humano na assistência de enfermagem em terapia intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, n. e03406, p. 1–8, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017042203406>.
- DUNSTAN, E.; COYER, F. Safety culture in two metropolitan Australian tertiary hospital intensive care units: A cross-sectional survey. **Australian critical care: official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses**, v. 33, n. 1, p. 4–11, jan. 2020. DOI: 10.1016/j.aucc.2018.11.069.
- GUTIÉRREZ-CÍA, I. et al. Perception of safety culture in Spanish intensive care units | Percepción de la cultura de seguridad en los servicios de medicina intensiva españoles. **Medicina Clinica**, v. 135, n. SUPPL., p. 37–44, 2010. DOI: 10.1016/S0025-7753(10)70019-1.
- HAMDAN, M. Measuring safety culture in Palestinian neonatal intensive care units using the Safety Attitudes Questionnaire. **Journal of Critical Care**, v. 28, n. 5, p. 886.e7-886.e14, 2013. DOI: 10.1016/j.jcrc.2013.06.002.
- HUANG, D.T. et al. Perceptions of safety culture vary across the intensive care units of a single institution. **Critical Care Medicine**, v. 35, n. 1, p. 165–176, 2007. DOI: 10.1097/01.CCM.0000251505.76026.CF.
- LIVORSI, D. et al. A rapid assessment of barriers and facilitators to safety culture in an intensive care unit. **International nursing review**, v. 63, n. 3, p. 372–376, set. 2016. DOI: 10.1111/inr.12254. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/inr.12254>.

- MEURLING, L. et al. Systematic simulation-based team training in a Swedish intensive care unit: a diverse response among critical care professions. **BMJ quality & safety**, v. 22, n. 6, p. 485–494, jun. 2013. DOI: 10.1136/bmjqs-2012-000994.
- MILTON, J. et al. Safety attitudes and working climate after organizational change in a major emergency department in Sweden. **International Emergency Nursing**, p. 100830, 2020. DOI: 10.1016/j.ienj.2020.100830. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1755599X2030001X>.
- MORENO, M.C.; ANDREOLI, P. DE A. Segurança do paciente: não é uma intenção, é uma ação. In: BOPSIN, P. DOS S.; RIBAS, E. O.; SILVA, D. M. (Eds.). **Guia Prático para Segurança do Paciente**. Porto Alegre: Moriá, 2019. p. 255.
- MURPHY, T.; LAPTOOK, A.; BENDER, J. Sustained Improvement in Neonatal Intensive Care Unit Safety Attitudes After Teamwork Training. **Journal of Patient Safety**, v. 14, n. 3, p. 174–180, 2018. DOI: 10.1097/PTS.0000000000000191.
- NOTARO, K.A.M. et al. Safety culture of multidisciplinary teams from neonatal intensive care units of public hospitals. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 27, 2019. DOI: 10.1590/1518-8345.2849-3167.
- OKUYAMA, J.H.H. et al. Health professionals' perception of patient safety culture in a university hospital in São Paulo: A cross-sectional study applying the Hospital Survey on Patient Safety Culture. **Sao Paulo Medical Journal**, v. 137, n. 3, p. 216–222, maio 2019. DOI: 10.1590/1516-3180.2018.0430140319. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802019000300216&tIng=en.
- PAGANI, R.; ANDRADE, L. O. M. Preceptoria de território, novas práticas e saberes na estratégia de educação permanente em saúde da família: o estudo do caso de Sobral, CE. **Saúde e Sociedade**, v. 21, p. 94-106, 2012. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000500008>
- PAVAN, N.F.P. et al. Cultura de segurança do paciente no transplante renal no oeste catarinense. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 32, n. 4, p. 398–405, ago. 2019. DOI: 10.1590/1982-0194201900055. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002019000400398&tIng=pt.
- POLEY, M.J. et al. Patient safety culture in a Dutch pediatric surgical intensive care unit: an evaluation using the Safety Attitudes Questionnaire. **Pediatric critical care medicine: a journal of the Society of Critical Care Medicine and the World Federation of Pediatric Intensive and Critical Care Societies**, v. 12, n. 6, p. e310-6, nov. 2011. DOI: 10.1097/PCC.0b013e318220afca.
- PORTO, M.A.O.P. et al. Educação permanente em saúde: Estratégia de prevenção e controle de infecção hospitalar. **Revista Nursing**. v. 22, n. 258, p. 3362-3370. 2019.
- PROFIT, J. et al. Neonatal intensive care unit safety culture varies widely. **Archives of Disease in Childhood: Fetal and Neonatal Edition**, v. 97, n. 2, 2012. DOI: 10.1136/archdischild-2011-300635.
- RAFTOPOULOS, V.; PAVLAKIS, A. Safety climate in 5 intensive care units: a nationwide hospital survey using the Greek-Cypriot version of the safety attitudes questionnaire. **Journal of critical care**, v. 28, n. 1, p. 51–61, fev. 2013. DOI: 10.1016/j.jcrc.2012.04.013.
- REIS, C.T.; PAIVA, S.G.; SOUSA, P. The patient safety culture: a systematic review by characteristics of Hospital Survey on Patient Safety Culture dimensions. **Int J Qual Health Care**. v. 30, p. 660-677, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy080>
- ROJAS, F.L.L. et al. Educação permanente em saúde: o repensar sobre a construção das práticas de saúde. **Journal Health NPEPS**, v. 4, n. 2, p. 310–330, 2019. DOI: 10.30681/252610103730. Disponível em:

<https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/3730/3362>.

SEXTON, J.B. et al. Assessing and improving safety climate in a large cohort of intensive care units. **Critical Care Medicine**, v. 39, n. 5, p. 934–939, maio 2011. DOI: 10.1097/CCM.0b013e318206d26c. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=104710839&lang=pt-br&site=ehost-live&authtype=ip,cookie,uid>.

SOUSA, P.; MENDES, W. **Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras**. 2 edição ed. Rio de Janeiro: CDEAD, 2019. 268 p.

SOUZA, C.S. DE et al. Cultura de segurança em unidades de terapia intensiva: perspectiva dos profissionais de saúde. **Revista gaucha de enfermagem**, v. 40, n. spe, p. e20180294, 2019. DOI: 10.1590/1983-1447.2019.20180294.

THOMAS, A.; LOMAS, J.P. Establishing the use of a safety attitudes questionnaire to assess the safety climate across a critical care network. **Journal of the Intensive Care Society**, v. 19, n. 3, p. 219–225, ago. 2018. DOI: 10.1177/1751143717750788.

TLILI, M.A. et al. Assessing patient safety culture in 18 Tunisian adult intensive care units and determination of its associated factors: A multi-center study. **Journal of critical care**, v. 56, p. 208–214, abr. 2020. DOI: 10.1016/j.jcrc.2020.01.001.

TOMAZONI, A. et al. Patient safety culture at neonatal intensive care units: Perspectives of the nursing and medical team. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 5, p. 755–763, 2014. DOI: 10.1590/0104-1169.3624.2477.

TOMAZONI, A. et al. Perception of nursing and medical professionals on patient safety in neonatal intensive care units | Segurança do paciente na percepção da enfermagem e medicina em unidades de terapia intensiva

neonatal. **Revista gaucha de enfermagem**, v. 38, n. 1, p. e64996, 2017. DOI: 10.1590/1983-1447.2017.01.64996.

WHITTEMORE, R.; KNAF, K. The integrative review: updated methodology. **J Adv Nurs.**, v. 52, n. 5, p. 546–53, 2005. Disponível em: <https://doi-org.ez34.periodicos.capes.gov.br/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>.

WONG, B.M. Reporting on Patient Safety and Quality Improvement Education: Designing Projects for Optimal Dissemination. **Journal of Graduate Medical Education**. v. 7, n. 4, p. 513–516, 2015. DOI: 10.4300/JGME-D-15-00402.1.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global action on patient safety Report by the Director-General**. A72/26. Genebra: [s.n.], 2019. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328696/A72_26-en.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Patient safety. **Global action on patient safety**. Report by the Director-General. EB144/29, 2018. Genebra: [s.n.]. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB144/B144_29-en.pdf. Acesso em: 02 de setembro de 2020.

Recebido em 10 de outubro de 2020

Aceito em 30 de outubro de 2020