

Eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva: percepção dos enfermeiros sobre a cultura não punitiva

ADVERSE EVENTS AT THE INTENSIVE CARE UNIT: NURSES' PERCEPTION ABOUT THE CULTURE OF NO-PUNISHMENT

EVENTOS ADVERSOS EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA: PERCEPCIÓN DE LOS ENFERMEROS ACERCA DE LA CULTURA NO PUNITIVA

Carla Matilde Claro¹, Daniella Vianna Correa Krocockz², Maria Cecília Toffolito³, Kátia Grillo Padilha⁴

RESUMO

A cultura de segurança nas unidades de terapia intensiva (UTI) pressupõe a abordagem não-punitiva dos eventos adversos (EA), porém questiona-se a sua existência segundo a percepção dos enfermeiros. Foram objetivos do estudo: caracterizar os sistemas de notificação de EA; verificar a frequência dos eventos e consequências para os profissionais; verificar o grau de segurança dos enfermeiros para notificá-los. Estudo descritivo, com questionário respondido por 70 enfermeiros, em 2007, seguido da análise descritiva dos dados. A maioria dos enfermeiros (70,0%) referiu-se à existência de um sistema de notificação de EA nas instituições onde atuam. A ocorrência de EA *algumas* e *várias vezes* foram citadas por 51,4% e 28,6% dos enfermeiros, respectivamente. Para 74,3% da amostra, a punição ocorre *às vezes* e *sempre*, predominando a advertência verbal (49,0%). A maioria (74,3%) referiu sentir-se *seguro* e *totalmente seguro* para notificar um EA. Conclui-se que a cultura punitiva ainda persiste nas UTIs.

DESCRIPTORIOS

Unidades de Terapia Intensiva.
Medidas de segurança.
Enfermagem.

ABSTRACT

The safety culture of Intensive Care Units (ICU) recommends following the no-punishment approach when adverse events (AE) occur. It is, however, questionable if nurses perceive those AE. Objectives: to characterize AE report systems; to verify AE frequency and consequences to the professionals; and to verify the nurses' level of confidence to report AE. This descriptive study involved 70 ICU nurses, who answered a questionnaire in 2007, followed by descriptive analyses. Most nurses (70.0%) reported the existence of an AE notification system at their place of work. The frequency of AE was reported as *sometimes* and *several times* by 51.4% and 28.6% of the sample, respectively. For 74.3% of nurses, punishment happens *sometimes* and *always*, mainly through verbal notice (49.0%). Most nurses (74.3%) reported feeling *confident* and *completely confident* to report AE. In conclusion, punishment still exists in the Units.

KEY WORDS

Intensive Care Units.
Security measures.
Nursing.

RESUMEN

La cultura de seguridad en las unidades de terapia intensiva (UTI) presupone el abordaje no punitivo de los eventos adversos (EA), no obstante, se cuestiona su existencia según la percepción de los enfermeros. Fueron objetivos del estudio: caracterizar los sistemas de notificación de EA, verificar la frecuencia de los eventos y consecuencias para los profesionales, verificar el grado de seguridad de los enfermeros para notificarlos. Estudio descriptivo, con cuestionario respondido por 70 enfermeros, en 2007, seguido del análisis descriptivo de los datos. La mayoría de los enfermeros (70%) refirió la existencia de un sistema de notificación de EA en las instituciones donde se desempeñan. La ocurrencia de EA *algunas* y *varias veces* fue citada por el 51,4% y 28,6% de los enfermeros, respectivamente. Para el 74,3% de la muestra, el acto punitivo ocurre *a veces* y *siempre*, predominando la advertencia verbal (49,3%). La mayoría (74,3%) refirió sentirse *seguro* y *totalmente seguro* para notificar un EA. Se concluye en que la cultura punitiva persiste aún en las UTIs.

DESCRIPTORIOS

Unidades de Terapia Intensiva.
Medidas de seguridad.
Enfermería.

¹ Graduanda de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. carlausp2004@yahoo.com.br ² Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. daniellavck@usp.br ³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. mariacel@usp.br ⁴ Enfermeira. Professor Titular do Departamento Enfermagem Médico Cirúrgica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. kgpadilh@usp.br

INTRODUÇÃO

A meta de qualidade nos diversos serviços oferecidos à sociedade tem sido cada vez mais valorizada, com conseqüente otimização de resultados. No âmbito da saúde, instituições hospitalares têm incorporado tal perspectiva com o objetivo de oferecer assistência de excelência, diminuir custos e assegurar a satisfação da clientela, em qualquer nível de atendimento, inclusive nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Nesse contexto, ganha destaque a segurança do paciente, com mudança da abordagem até então utilizada, na qual os eventos adversos (EA) eram pouco explorados e valorizados, inclusive pelos integrantes da equipe multiprofissional⁽¹⁻²⁾.

Atualmente, os investimentos na segurança do paciente voltam-se para o aprimoramento de programas que têm como meta a criação de uma cultura de segurança nas instituições de saúde, com vistas à prevenção de qualquer tipo de EA⁽³⁻⁵⁾. Nesse sentido, procura-se desenvolver em cada indivíduo a capacidade de avaliar o ambiente em busca de perigos potenciais, recebendo apoio institucional de modo que sejam identificadas as falhas e os caminhos para eliminá-las, reduzi-las ou controlá-las apropriadamente^(4,6-7). Busca-se, em síntese, inserir uma consciência coletiva de prevenção de EA, utilizando-se a abordagem pró-ativa, não-punitiva e de incentivo à notificação espontânea e anônima dos eventos^(2-4,8-10).

A despeito da ênfase que tem sido dada às atitudes não punitivas dos profissionais envolvidos nos EA, questiona-se, na prática diária, se essa cultura encontra-se presente na realidade das UTI. Em outras palavras, a cultura de segurança, que estimula a notificação anônima dos EA, de fato está incorporada nas instituições, assegurando a não punição dos profissionais de enfermagem em UTI quando eventos ocorrem? Os enfermeiros sentem-se seguros para notificar a ocorrência de um EA no cotidiano das suas atividades práticas?

Existe consenso entre os estudiosos do tema que os números relatados de EA sejam uma estimativa muito modesta do valor real do problema. Como resultado, depara-se com a indesejável subnotificação e omissão de relato de eventos indispensáveis para a implementação de medidas preventivas⁽⁴⁾.

A revisão de literatura mostra um aumento dos estudos que analisam os EA e, conseqüentemente, a segurança do paciente, explorando eventos específicos e gerais, focalizando os ambientes onde a assistência acontece, propondo estratégias de prevenção^(6,11-14), entre outras abordagens. São também unânimes os estudos e organizações que recomendam a prática da cultura não punitiva para que medidas de prevenção sejam instituídas^(2-4,7-8,14). No entanto,

pouco se conhece sobre a cultura não punitiva tal qual se apresenta na realidade diária das UTI onde os enfermeiros atuam, segundo a percepção desses profissionais.

Nesse sentido, a proposta do presente estudo se justifica pois, decorrida mais de uma década desde a publicação do principal estudo sobre a segurança do paciente⁽⁴⁾, é de interesse conhecer se essas recomendações têm sido incorporadas nas UTI. Acredita-se que tal conhecimento contribuirá para a educação dos profissionais e das instituições de saúde, a fim de que as punições não sejam barreiras para o cuidado seguro do paciente grave.

OBJETIVOS

1) Caracterizar o sistema de registros de EA nas UTI; 2) verificar a frequência de EA e existência de punição segundo a percepção dos enfermeiros; 3) identificar o grau de segurança dos enfermeiros para a notificação de EA.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa, exploratória, descritiva.

A população foi composta por enfermeiros de UTI participantes de um evento científico da área de cuidados intensivos, promovido pela Sociedade Paulista de Terapia Intensiva, do Estado de São Paulo, em Campos do Jordão, no mês de agosto de 2007. Integraram a amostra todos os enfermeiros que se dispuseram a participar do estudo, após receberem o termo de responsabilidade do pesquisador, independente do tempo de formado e de atuação em UTI.

Para a coleta de dados, foi utilizado um questionário, elaborado com perguntas fechadas com variáveis relacionadas ao profissional (sexo, idade, tempo de formado e de atuação em UTI), à instituição e UTI onde atua (tipo de hospital, entidade mantenedora, acreditação hospitalar e tipo de UTI) e ao sistema de registro de EA (registro impresso ou informatizado, notificação anônima ou nominal, responsável pela notificação e natureza dos eventos monitorados, ou seja, erros de medicação, úlcera por pressão, quedas, manuseio de sondas, drenos e cateteres, infecções urinária e pulmonar adquirida no hospital e outras). Reuniu também dados sobre a percepção dos enfermeiros quanto à frequência e notificação das ocorrências (muitas, algumas, raras vezes e nunca), além de informações sobre a existência e tipo de punição existente na instituição (advertência verbal, escrita, suspensão, assédio moral, demissão e outra), vivência anterior com esse tipo de evento (muitas, algumas, raras vezes e nunca) e grau de segurança para notificar EA na Unidade (totalmente seguro, muito seguro, seguro, pouco seguro e inseguro).

...a cultura de segurança, que estimula a notificação anônima dos eventos adversos, de fato está incorporada nas instituições, assegurando a não punição dos profissionais de enfermagem em UTI quando eventos ocorrem?

Antes da aplicação, o questionário foi validado por um grupo de cinco enfermeiros intensivistas que desenvolvem estudos sobre a segurança do paciente em UTI.

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (processo nº649/2007/CEP-EEUSP) e permissão dos responsáveis pelo evento para a realização da investigação, a distribuição dos questionários foi feita pelos pesquisadores, em um único dia, antes do início das atividades, seguido do recolhimento ao término das conferências e palestras programadas para o período.

O enfermeiro que devolveu o questionário foi identificado por meio de um codinome ou apelido, a fim de ter sua localização em caso de desistência do estudo.

Os dados foram colocados em um banco eletrônico no programa Excel e analisados por meio de estatística descritiva. Para as variáveis qualitativas foram utilizadas as frequências absoluta e relativa. Para as variáveis quantitativas foram utilizadas médias para resumir as informações, e desvios-padrão para indicar a variabilidade dos dados. Os resultados foram apresentados em forma de tabelas e figuras.

RESULTADOS

Do total de 220 questionários distribuídos aos enfermeiros, 70 (31,8%) foram devolvidos aos pesquisadores. Dessa amostra, a maioria dos participantes (66-94,3%) era do sexo feminino e tinha, em média, 30,8 ($\pm 7,7$) anos de idade, 5,9 ($\pm 6,1$) anos de formado e 3,7 ($\pm 3,8$) anos de experiência na área de terapia intensiva.

Em relação às instituições de trabalho, 98,6% dos enfermeiros informaram atuar em hospitais gerais, o que também se observou em 91,4% das UTIs; quanto à entidade mantenedora, 35,7% (25) exerciam atividades em hospitais mistos, 34,3% (24) públicos, 24,3% (17) privados, enquanto que 5,7% (4) trabalhavam em instituições de convênios de saúde. Apenas 24 (34,3%) enfermeiros informaram que as instituições possuíam algum tipo de acreditação hospitalar, sendo 21 por agência nacional e 3 internacional. Porém, independente da acreditação, a maioria dos enfermeiros (49-70,0%) referiu a existência de algum sistema de notificação de EA nas UTIs, predominantemente do tipo impresso (42-85,7%), realizado de forma anônima (14-28,6%), tendo os enfermeiros como responsáveis pela notificação (41-83,7%). Sobre a natureza dos EA monitorados, a maioria dos 49 enfermeiros (28-57,1%) referiu a notificação de alguns eventos específicos, previamente selecionados pela instituição, enquanto que 21 (42,9%) mencionaram o registro de eventos gerais, sem determinação à priori.

Focalizando o conjunto dos eventos monitorados, independente de indicação prévia ou não pela instituição, de um total de 102 tipos apontados pelos 49 respondentes (1,4 tipo/enfermeiro), houve predomínio dos erros de medicação e úlcera por pressão (20-71,4% cada um), seguidos pelas quedas (18-64,3%) e problemas com sondas, drenos

e cateteres (17-60,7%). Infecções urinárias (10-35,7%), respiratórias (7-25,0%) e outras (10-35,7%) foram também citadas, embora em menor frequência.

A percepção dos enfermeiros sobre a cultura não punitiva, objetivo do estudo, mostrou os resultados a seguir.

Referente à frequência dos eventos mencionados pelos enfermeiros, a maioria (36-51,4%) referiu que os eventos acontecem *algumas vezes* seguido de *várias* (20-28,6%) e *raras vezes* (9-12,8%). Somente três (4,3%) enfermeiros responderam que os EA acontecem *muitas vezes* nas Unidades onde atuam. Houve duas respostas (2,9%) sem informação (Figura 1).

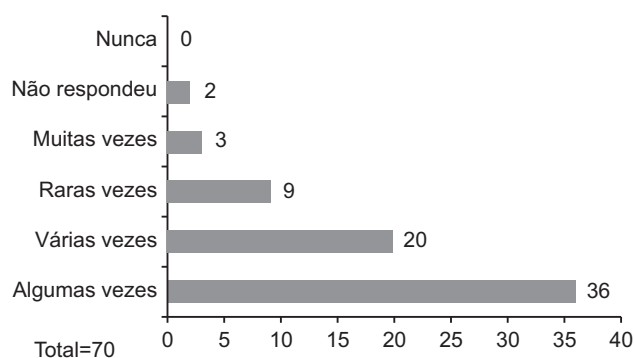


Figura 1 - Distribuição dos enfermeiros (n=70) segundo a percepção quanto à ocorrência de EA nas UTIs - São Paulo - 2007

Do total de enfermeiros do estudo, constatou-se que a maioria (50 - 71,4%) percebe a existência de subnotificação de EA nas suas unidades de trabalho. Esses profissionais indicaram 115 motivos para esses comportamentos, ou seja, 2,3 motivos/profissional. Sobrecarga de trabalho (29-25,2%), esquecimento (26-22,6%) e não valorização dos EA (23-20,0%) foram os mais apontados, seguidos pelos sentimentos de medo (18-15,7%), vergonha (13-11,3%) e outros (6-5,2%).

Quando indagados sobre a presença de punição no seu local de trabalho, do total da amostra, 17 (24,3%) enfermeiros responderam negativamente, porém, a maioria (52-74,3%) referiu que ela ocorre "às vezes" e "sempre". Houve uma resposta (1,4%) sem informação.

Dos 100 tipos de represálias mencionados pelos 52 enfermeiros (1,9 tipo/profissional), verificou-se predomínio de advertência verbal (49-49,0%) e escrita (33-33,0%). Outras medidas punitivas foram também relatadas, entre elas, suspensão (11-11,0%), demissão (5-5,0%) e assédio moral (2-2,0%) (Figura 2).

Quanto à segurança profissional para a notificação de EA, do total da amostra, 52 (74,3%) enfermeiros referiram sentir-se *seguros*, *muito seguros* e *totalmente seguros* contra 15 (21,4%) que manifestaram *pouca* ou *nenhuma segurança*. Observou-se que 3 (4,3%) enfermeiros não responderam essa questão.

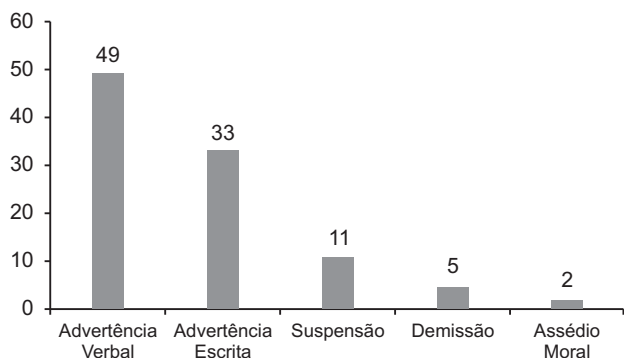


Figura 2 - Distribuição do tipo de punição (n=100) mencionado pelos enfermeiros diante da ocorrência de EA - São Paulo - 2007

Indagados sobre a vivência pessoal com a ocorrência de EA, ou seja, ter cometido algum evento adverso durante a atuação em UTI, do total de 69 respondentes (houve 1 resposta em branco), somente 2 profissionais (2,9%) nunca tiveram qualquer experiência com a ocorrência de EA, enquanto que essa experiência foi vivenciada por 67 (97,1%) profissionais, assim distribuídos: 42 (62,7%) informaram ter vivenciado essas situações *algumas vezes*, seguida de 15 (22,4%) com *raras vezes* e 10 (14,9%) *muitas vezes*. Dos 67 enfermeiros, 54 (80,6%) informaram não ter sofrido punição, ao contrário de 13 (19,4%) que relataram represálias do tipo advertência verbal (12-92,3%) e advertência escrita (1-7,7%).

Quanto à segurança pessoal para notificar EA, entre os 67 profissionais que relataram a vivência de EA na UTI, observou-se que, dos 54 (80,6%) que não sofreram punição, a maioria (44-81,5%) referiu sentir-se *seguro* (30), *totalmente seguro* (11) e *muito seguro* (3) para notificar um evento. Porém, 10 (18,5%) referiram *pouca* (7) e *nenhuma segurança* (1). Nota-se também que, dos 13 (18,8%) profissionais que receberam medidas punitivas, também a maioria (8-61,5%) respondeu sentir-se *seguro* (3) e *totalmente seguro* (5) para fazer a notificação. Já 5 (38,5%) enfermeiros informaram que se sentem *pouco seguros* para notificar EA na UTI (Figura 3).

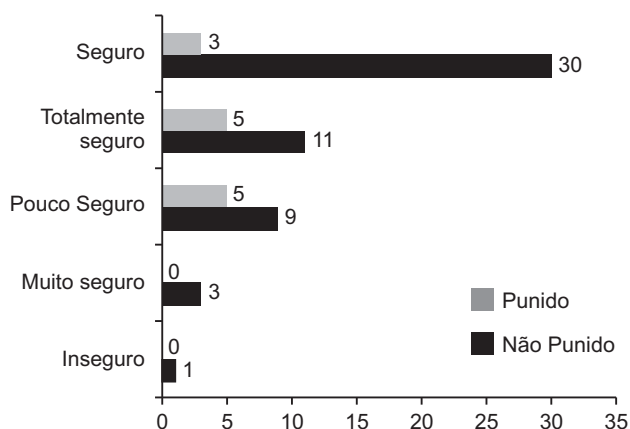


Figura 3 - Distribuição dos enfermeiros que vivenciaram EA na UTI (n=67) segundo o grau de segurança referido para a notificação de EA - São Paulo - 2007

DISCUSSÃO

A implantação de uma cultura de segurança nas instituições de saúde, cujo foco está em procurar as falhas sistêmicas e não culpados para punir, é uma das principais estratégias propostas pelas organizações que têm como missão a melhoria da qualidade da assistência. Com esse enfoque, o registro anônimo de EA é considerado ação fundamental na obtenção de informações de falhas que possibilitarão a implantação de medidas pró-ativas para a diminuição do número de ocorrências⁽³⁻⁴⁾.

Neste estudo, por meio das informações de 70 enfermeiros que atuam em UTI verificou-se que apenas 34,3% informaram que as instituições tinham adesão a algum programa de acreditação hospitalar. Essas organizações, nacionais ou internacionais, atribuem certificação às instituições que seguem padrões de melhoria de qualidade, sendo o monitoramento dos EA um dos indicadores empregados⁽⁸⁻⁹⁾. Apesar da baixa frequência de acreditação, a maioria dos enfermeiros (49 - 70,0%) referiu a utilização de algum sistema de registro de EA na UTI, revelando a preocupação dos enfermeiros com a notificação de eventos e, conseqüentemente, com a segurança dos pacientes.

Quanto às características dos registros, 85,7% eram do tipo impresso, realizados de forma anônima (28,6%), tendo os enfermeiros como responsáveis pela notificação (83,7%).

Nesse sentido, independente da forma de registro, ou seja, informatizado ou impresso, o aspecto que chama a atenção é a notificação ser feita pelo enfermeiro, normalmente, o chefe imediato do profissional, acrescido da identificação nominal do funcionário envolvido diretamente no evento, o que contraria as recomendações voltadas ao incentivo das notificações de EA^(3-4,7,10). Tais comportamentos, certamente, contribuem para a omissão dos registros de ocorrências, referido por 71,4% da amostra, uma vez que o medo e a vergonha encontram-se entre os motivos de subnotificação apontados por 31 (27,0%) enfermeiros. Além disso, a carga de trabalho, problema de ordem institucional, bem como o esquecimento foram mencionados como os principais fatores para a subnotificação dos EA, em concordância com achados de outros autores⁽¹¹⁻¹³⁾.

Segundo o IOM⁽⁴⁾ a abordagem tradicional *vergonha e culpa* frente aos erros no cuidado à saúde (isto é, ênfase na culpabilidade dos indivíduos) não apenas distancia o foco central da falência dos sistemas do cuidado à saúde, como também contribui para desencorajar os indivíduos a relatarem erros, uma vez que podem sofrer uma série de conseqüências adversas. Ainda, ter como culpado o profissional que atua à beira do leito, evita o exame dos erros latentes do sistema que contribuem para a ocorrência dos eventos adversos.

Quanto à frequência com que os EA ocorrem nas UTI, a maioria da amostra informou que ela acontece *algumas* (51,4%) seguida de *várias vezes* (28,6%), contra apenas 12,8%

que mencionaram *raras vezes*. Esses resultados evidenciam que, em um ambiente complexo como as UTI, os EA são ameaças reais, reforçando a necessidade de investimentos voltados à análise sistêmica de falhas com vistas à diminuição desses eventos, prejudiciais não só para os pacientes, como para os profissionais e instituições de saúde⁽⁴⁻⁷⁾.

É nesse sentido que a prática da cultura de segurança se faz necessária também na UTI, uma vez que tem como pressuposto o conceito de que os seres humanos cometem erros, portanto, a chave consiste em estruturar sistemas que minimizem a oportunidade de os erros acontecerem⁽⁴⁾. Essa premissa se aplica às unidades críticas, uma vez que a própria dinâmica de trabalho nessas unidades e a presença de pacientes instáveis e graves demandam estruturas e processos de trabalho voltados à prevenção e interceptação dos erros antes que aconteçam, em conformidade com as principais recomendações para a segurança do paciente^(8-9,14-15).

Confirmam essa necessidade, estudos diversos⁽¹⁶⁻¹⁷⁾ que afirmam que pacientes atendidos em UTI estão expostos a sérios riscos de EA com potencial para vários danos, corroborados nesta investigação por 80,0% dos enfermeiros que referiram a ocorrência de EA várias (28,6%) e algumas vezes (51,4%) nas UTI onde atuam.

Contrariamente às recomendações voltadas à prática da cultura de segurança institucional, observou-se que a maioria dos enfermeiros (74,3%) referiu a presença de punição aos profissionais nas UTI, destacando-se a advertência verbal (49,0%), como o tipo de punição predominante.

No entanto, observou-se que 18,0% das represálias mencionadas pelos enfermeiros foram punições severas como demissão e suspensão, além do assédio moral, demonstrando que a cultura punitiva ainda não foi superada, apesar dos esforços realizados por diferentes organizações e redes internacionais e nacionais voltadas à segurança do paciente para que sejam abolidas.

Apesar da existência de represálias que geram sentimentos negativos e acarretam subnotificação, a maioria dos enfermeiros (74,3%) revelou sentir-se seguro, muito seguro e totalmente seguro para notificar um EA.

Apesar dos diferentes níveis de segurança positivos mencionados, ou seja, seguro, muito seguro e totalmente seguro, esses dados mostram que os enfermeiros demonstram confiança para a notificação de EA nas unidades onde atuam.

Diante desses resultados, é possível inferir que tal comportamento reflita, além de maior consciência dos profissionais quanto à cultura de segurança, o compromisso ético no gerenciamento das atividades de risco com conseqüente aquisição de segurança para si e para a clientela atendida. Por outro lado, é possível supor que a advertência verbal, por ser uma punição de menor conseqüência não chegue a intimidar os profissionais para as notificações.

Porém, em que pesem esses resultados, não se pode desconsiderar que 15 (21,4%) enfermeiros manifestaram

pouca e nenhuma segurança para notificar um EA na UTI, o que demonstra pouca credibilidade na instituição quanto às medidas deflagradas mediante EA, ou seja, a punição e suas conseqüências.

Focalizando a segurança para a notificação referida pelos enfermeiros que vivenciaram EA na UTI (67-97,1%), os resultados mostram que, apesar de a maioria dos não punidos (44- 81,5%) e punidos (8-61,5%) referirem segurança para a notificação, 5 profissionais (38,5%) que sofreram punição e 10 (18,5%) que não tiveram represálias mencionaram insegurança para notificar EA. Esses resultados apenas reiteram que as práticas punitivas reforçam comportamentos de subnotificação de eventos, contrapondo-se aos princípios da cultura de segurança na UTI, não devendo ser estimulados nas instituições^(3-5,14-15).

Vale ressaltar que, apesar da segurança expressa pelos enfermeiros frente às notificações de um EA, os resultados permitiram concluir que a cultura punitiva, encontra-se ainda presente nas UTI, contrariando o movimento mundial, voltado à notificação dos EA como estratégia para a prevenção dessas ocorrências. A superação da cultura punitiva pelos profissionais e a implementação de sistemas de registro de EA constituem medidas necessárias para a melhoria da qualidade da assistência e, conseqüentemente, para a segurança dos pacientes na UTI.

Os resultados desta investigação, embora relevantes por abordarem a cultura não punitiva sob a ótica dos enfermeiros intensivistas, devem ser vistos considerando suas limitações. A amostra reduzida de profissionais e a sua realização com enfermeiros participantes de um evento regional não permitem generalizar os resultados. No entanto, o estudo aponta para a necessidade de ampliar os estudos e as discussões relacionadas ao tema. Além disso, abre perspectivas para as atividades educativas no que se refere à prática da cultura não punitiva nas instituições hospitalares e, em particular, nas UTI.

CONCLUSÃO

De acordo com a percepção dos enfermeiros que compuseram a amostra, 70,0% (49) informaram que nas instituições onde atuavam existia algum sistema de notificação de EA, realizada por meio de impressos (42-85,7%), de forma anônima (14-28,6%). Entre os profissionais responsáveis pela notificação, houve predomínio da indicação dos enfermeiros (41-83,7%).

A freqüência referida de EA nas UTI foi de *algumas vezes* (51,4%), seguido por *várias vezes* (28,6%).

Para 71,4% da amostra, existe a subnotificação de EA, sendo a sobrecarga de trabalho (29-25,2%), o esquecimento (26-22,6%) e a não valorização dos EA (23-20,0%) os principais motivos mencionados. Medo e vergonha, em conjunto, foram os sentimentos mencionados por 31(27,0%) dos profissionais.

A maioria dos enfermeiros (52-74,3%) informou que a punição ocorre *às vezes* e *sempre* no seu local de trabalho, sendo a advertência verbal o tipo predominante (49,0%). Apesar disso, observou-se que igual porcentagem referiu sentir-se *seguro*, *muito seguro* e *totalmente seguro* para notificar EA na UTI onde atuam.

Quanto à vivência pessoal de um EA, a grande maioria da amostra (67-97,1%) referiu essa experiência na UTI, com predomínio da frequência *algumas vezes* (42-62,7%). Dos 67 enfermeiros, 54 (80,6%) informaram não ter sofrido

nenhum tipo de represália e relataram segurança para notificar a ocorrência de EA. Dos 13 (18,8%) profissionais punidos, também a maioria (8-61,5%) referiu segurança para a notificação de EA.

Conclui-se, por fim, que embora indesejável, a cultura punitiva diante da ocorrência de EA é uma realidade ainda vivida pelos enfermeiros na UTI, o que indica a necessidade de programas educativos sobre a segurança do paciente voltados aos profissionais intensivistas e instituições hospitalares em geral.

REFERÊNCIAS

1. Labbadia LL, Matsushita MS, Piveta VM, Viana TA, Cruz FSL. O processo de acreditação hospitalar e a participação da enfermeira. *Rev Enferm UERJ*. 2004;12(1):83-7.
2. Padilha KG. Ocorrências iatrogênicas na prática de enfermagem. In: Cassiani SHB, Ueta J. A segurança dos pacientes na utilização da medicação. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 111-21.
3. Gandhi TK, Kaushal R, Bates DW. Introduction to patient safety. In: Cassiani SHB, Ueta J. A segurança dos pacientes na utilização da medicação. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 1-10.
4. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. To error is human: building a safer health system. Washington: Institute of Medicine, National Academy Press; 1999.
5. Lawton R, Parker D. Barriers to incident reporting in a healthcare system. *Qual Saf Health Care*. 2002;11(1):15-8.
6. Cassiani SHB. Erros na medicação: estratégias de prevenção. *Rev Bras Enferm*. 2000;53(3):424-30.
7. Leape LL, Kabacnel AI, Gandhi TK, Carver P, Nolan TW, Berwick DM. Reducing adverse drug events; lessons from a breakthrough series collaborative. *Jt Comm J Qual Improv*. 2000;26(6):321-31
8. The Joint Commission. Patient safety [Internet]. [cited 2010 Mar 20]. Available from: <http://www.jointcommission.org/PatientSafety/>
9. World Health Organization (WHO). Patient safety: implementing changes [Internet]. [cited 2010 Mar 12]. Available from: <http://www.who.int/patientsafety/implementation/en>
10. Kuhn A, Youngberg B. The need for risk management to assure a culture of safety. *Qual Saf Health Care*. 2002;11(2):158-62.
11. Santos AE, Padilha KG. Eventos adversos com medicação em serviços de emergência: condutas profissionais e sentimentos vivenciados por enfermeiros. *Rev Bras Enferm*. 2005;58(4):429-33.
12. Padilha KG, Kitahara PH, Gonçalves CCS, Sanches ALC. Ocorrências iatrogênicas com medicação em unidade de terapia intensiva: condutas adotadas e sentimentos expressos pelos enfermeiros. *Rev Esc Enferm USP*. 2002;36(1):50-7.
13. Carvalho VT, Cassiani SHB. Erros na medicação e conseqüências para profissionais de enfermagem e clientes: um estudo exploratório. *Rev Lat Am Enferm*. 2002;10(4):523-9.
14. Pedreira MLG. Errar é humano: estratégias para a busca da segurança do paciente. In: Harada MJCS, Pedreira MASP, Pereira SR. O erro humano e a segurança do paciente. São Paulo: Atheneu; 2006. p. 1-18.
15. Leape LL, Berwick DM. Five years after "To Err is Human": what have we learned? *JAMA*. 2005;293(19):2384-90.
16. Henneman EA. Unreported errors in the Intensive Care Unit: a case study of the way we work. *Crit Care Nurse*. 2007;27(5):27-34.
17. Osmon S, Harris CB, Dunagan WC, Prentice D, Fraser VJ, Kollef MH. Reporting of medical errors: an intensive care unit experience. *Crit Care Med*. 2004;32(3):727-33.

Sub-Projeto de pesquisa financiado pela FAPESP (Processo n. 2007,05009-5)