Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Segurança do paciente em unidade de terapia intensiva

Patient safety in the intensive care unit

Seguridad del paciente en la unidad de cuidados intensivos

Caio Leonardo Faria Andrade[1], Patrícia Chaves da Silva[2], Mary Angela de Meneses Sanches[3], Igor Machado Ricardo[3], Paula Carolina Bejo Wolkers[4], Ludmila de Paula Zago[2], Weslly Bernardes de Oliveira[5], Ualter França Miranda[6], Emerson Gomes de Oliveira[3,] Newton Ferreira de Paula Júnior[2].

RESUMO

Objetivo: Compreender a gestão da Segurança do Paciente em Unidade de Terapia Intensiva. **Revisão bibliográfica:** A evolução das Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), de Nightingale a Safar, consolidou o cuidado crítico como um setor de alta complexidade e rigor técnico. Atualmente, a Segurança do Paciente (SP) é o pilar central nesse ambiente, estruturada pelas Seis Metas Internacionais da Organização Mundial de Saúde para mitigar riscos inerentes às tecnologias invasivas e à gravidade clínica. No Brasil, normativas como a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 36/2013 institucionalizam essa cultura. A gestão eficaz da SP exige comunicação assertiva como o Situation, Background, Assesment e Recommendation (SBAR), protocolos rigorosos e humanização, com foco em reduzir eventos adversos. Além de proteger o paciente, essas práticas amparam os profissionais (segunda vítima) e permitem a sustentabilidade ética e financeira das instituições. **Considerações finais:** A Enfermagem, por meio de protocolos, comunicação e sistematização mostra-se vital para a prevenção riscos e segurança do paciente em UTIs. O estudo destaca a educação permanente e evidências científicas como pilares para qualificar a assistência e, além disso, destaca que oportunizar o cuidado seguro é um compromisso ético e organizacional, essencial para reduzir danos e valorizar a profissão.

Palavras-chave: Segurança do paciente, Unidades de terapia intensiva, Enfermagem, Cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To understand patient safety management in the Intensive Care Unit. **Literature review:** The evolution of Intensive Care Units (ICUs), from Nightingale to Safar, has consolidated critical care as a sector of high complexity and technical rigor. Currently, Patient Safety (PS) is the central pillar in this environment, structured by the World Health Organization's Six International Goals to mitigate risks inherent to invasive technologies and clinical severity. In Brazil, regulations such as Collegiate Board Resolution (RDC) 36/2013 institutionalize this culture. Effective PS management requires assertive communication such as Situation,

[1] Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia – GO.
[2] Universidade Estadual de Goiás (UEG), Itumbiara - G
[3] Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU/EBSERH), Uberlândia – MG.
[4] Universidade Federal de Catalão, Catalão – GO.
[5] Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Feira de Santana – BA.
[6] Missão Sal da Terra, Uberlândia – MG.

SUBMETIDO EM: 4/2026 | **ACEITO EM: 4/2026** | **PUBLICADO EM: 6/2026**

Background, Assessment, and Recommendation (SBAR), rigorous protocols, and humanization, focusing on reducing adverse events. In addition to protecting the patient, these practices support professionals (the second victim) and allow for the ethical and financial sustainability of institutions. **Final considerations:** Nursing, through protocols, communication, and systematization, proves vital for risk prevention and patient safety in ICUs. The study highlights continuing education and scientific evidence as pillars for improving care and, furthermore, emphasizes that providing safe care is an ethical and organizational commitment, essential for reducing harm and valuing the profession.

Keywords: Patient safety, Intensive care units, Nursing, Nursing care.

RESUMEN

Objetivo: Comprender la gestión de la seguridad del paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). **Revisión de la literatura:** La evolución de las UCI, desde Nightingale hasta Safar, ha consolidado los cuidados críticos como un sector de alta complejidad y rigor técnico. Actualmente, la Seguridad del Paciente (SP) es el pilar central en este entorno, estructurada por los Seis Objetivos Internacionales de la Organización Mundial de la Salud para mitigar los riesgos inherentes a las tecnologías invasivas y la gravedad clínica. En Brasil, regulaciones como la Resolución del Consejo Colegiado (RDC) 36/2013 institucionalizan esta cultura. Una gestión eficaz de la SP requiere una comunicación asertiva como el método SBAR (Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendación), protocolos rigurosos y humanización, centrándose en la reducción de eventos adversos. Además de proteger al paciente, estas prácticas apoyan a los profesionales (la segunda víctima) y permiten la sostenibilidad ética y financiera de las instituciones. **Consideraciones finales:** La enfermería, a través de protocolos, comunicación y sistematización, resulta vital para la prevención de riesgos y la seguridad del paciente en las UCI. El estudio destaca la formación continua y la evidencia científica como pilares para mejorar la atención y, además, subraya que brindar una atención segura es un compromiso ético y organizativo, esencial para reducir los daños y valorar la profesión.

Palabras clave: Seguridad del paciente, Unidades de cuidados intensivos, Enfermería, Atención de enfermería.

INTRODUÇÃO

No ambiente hospitalar, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) configura-se como um dos setores mais complexos, por ser destinada à assistência de pacientes criticamente enfermos, com instabilidade ou risco de falência de sistemas e órgãos, caracterizando ameaça iminente à vida (CFM, 2020). Quando duas ou mais UTIs compartilham o mesmo espaço físico, essa estrutura é denominada Centro de Terapia Intensiva (CTI) (BRASIL, 2010). A internação nesse setor implica uma condição de vulnerabilidade ampliada, marcada tanto pela vulnerabilidade física, decorrente do estado crítico de saúde, quanto pela vulnerabilidade institucional, associada à privação de liberdade, limitação da autonomia e dependência da equipe transdisciplinar, o que pode configurar tripla vulnerabilidade em pacientes nos extremos etários ou com sofrimento mental e/ou comprometimento psíquico (PARANHOS DGAM, et al., 2017; ALVES RMS e RIBEIRO RC, 2023).

Diante desse cenário, destaca-se a relevância da Segurança do Paciente (SP) na UTI, ambiente caracterizado por elevada complexidade assistencial, uso intensivo de tecnologias, procedimentos invasivos e técnicas especializadas, fatores que aumentam o risco de erros (ANDRADE CLF, et al., 2024b). Nesse contexto, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), por meio do Processo de Enfermagem (PE), apresenta-se como ferramenta gerencial essencial, alinhada às melhores práticas e à excelência assistencial, de maneira a contribuir para a redução de danos e para a efetivação da SP, compreendida como a diminuição do risco de eventos adversos desnecessários de natureza biopsicossocioespiritual no cuidado em saúde (BRASIL, 2010; SILVA AM, et al., 2021.).

Diante do exposto, este estudo teve como objetivo compreender e elucidar o estado da arte relacionado à gestão da Segurança do Paciente em Unidade de Terapia Intensiva. Para alcançar o objetivo proposto, formulou-se a seguinte questão norteadora: “Como se apresenta, na literatura acadêmica, o estado da arte referente à gestão da Segurança do Paciente em Unidade de Terapia Intensiva?”

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A origem histórica das UTIs pode ser compreendida a partir de três marcos fundamentais: Florence, Dandy e Safar. Durante a Guerra da Crimeia (1853–1856), Florence Nightingale, considerada pioneira da Enfermagem, implementou a separação dos soldados feridos conforme a gravidade clínica, introduziu a monitorização sistemática dos pacientes e posicionou os casos mais graves próximos ao posto de Enfermagem, o que resultou na expressiva redução da mortalidade de 40% para 2% (LENZER J, 2003; ANDRADE CLF, et al., 2024b). Posteriormente, em 1926, o neurocirurgião Walter Edward Dandy descreveu uma unidade pós-operatória no Hospital Johns Hopkins, em Baltimore (EUA), composta por três leitos, reconhecida como a primeira experiência estruturada de cuidado intensivo, embora ainda não denominada formalmente como UTI nem organizada nos moldes atuais (GODOI HP, 2021; LUZ KR, et al., 2024).

Na década de 1950, o período Safar consolidou os fundamentos da terapia intensiva moderna por meio da atuação de Peter Safar, considerado o primeiro médico intensivista. Suas contribuições incluem a formulação do “ABC primário” no atendimento de urgência e emergência, o desenvolvimento das técnicas de ventilação boca a boca e compressões cardíacas, além da criação das ambulâncias de suporte avançado e de importantes entidades científicas da área. Safar também foi responsável pela implantação da primeira UTI cirúrgica funcional nos moldes modernos, em Baltimore (LENZER J, 2003). No Brasil, as primeiras UTIs surgiram em 1967, no Hospital Federal dos Servidores do Estado, no Rio de Janeiro, com destaque para as contribuições do médico Tufik Bauab Simão, especialmente nos estudos sobre ventilação mecânica e na consolidação da terapia intensiva no país (ANDRADE CLF, et al., 2024b).

Hodiernamente, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) configura-se como um setor de alta complexidade, orientado por uma lógica de cuidados intensivos que demanda protocolos rigorosos e atuação contínua, sistematizada e minuciosa da equipe transdisciplinar. Nesse cenário, o cuidado não se limita ao tratamento da condição clínica aguda, abrangendo ações preventivas, monitorização constante de sinais vitais, controle de infecções e promoção do conforto do paciente (SILVA TWJB, et al., 2024).

Trata-se de um ambiente marcado pela presença contínua de iluminação, equipamentos de alta tecnologia e sinais sonoros, além da frequente submissão do paciente a manuseios e procedimentos invasivos, o que pode intensificar a sensação de inospitalidade. Diante disso, o cuidado humanizado torna-se indispensável como estratégia para minimizar o sofrimento, assegurar dignidade durante a institucionalização e contrapor-se à frieza que, por vezes, caracteriza os ambientes de alta complexidade. Soma-se a esse contexto a elevada presença de tecnologia dura, essencial à monitorização contínua e à complexidade assistencial própria da terapia intensiva, o que reforça a centralidade da Segurança do Paciente (SP) nesse cenário (ANDRADE CLF, et al., 2024b).

Embora a SP tenha ganhado destaque nas últimas décadas, suas bases remontam a reflexões históricas antigas. Desde a Antiguidade, já havia preocupação com o cuidado ético e responsável, expressa no princípio hipocrático “*Primum non nocere*” e em práticas sanitárias adotadas por civilizações como a egípcia e a mesopotâmica (BRENER PZ e LICHTENSTEIN A, 2022). No século XIX, Florence Nightingale contribuiu de forma decisiva para a sistematização desses princípios na Enfermagem, ao demonstrar, por meio de ações de higiene e controle ambiental, a redução significativa da mortalidade durante a Guerra da Crimeia, e estabelecer fundamentos da prevenção de infecções e da qualidade assistencial (BARROS EJS, et al., 2022; BARBOSA LKO, et al., 2025).

Com os avanços da medicina e da Enfermagem no século XX, intensificaram-se iniciativas voltadas à padronização dos cuidados e à redução de riscos assistenciais. O relatório *To Err is Human*, publicado em 1999, evidenciou a magnitude dos erros evitáveis nos serviços de saúde e impulsionou mudanças globais, o que culminou na criação, em 2004, da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Essa iniciativa fomentou políticas públicas, diretrizes institucionais e sistemas de notificação de eventos adversos, definidos como incidentes ocorridos durante o cuidado em saúde, evitáveis ou não, que resultam em danos biopsicossocioespirituais ao paciente (BARBOSA LKO, et al., 2025).

Dessa forma, em 2008 houve a instituição das Metas Internacionais de Segurança do Paciente (MISP), pela *Joint Commission International* (JCI). Essa organização visou traduzir, em práticas padronizadas e mensuráveis, os princípios envoltos na SP (FIGUEIREDO AP, et al., 2024). A elaboração dessas metas buscou a redução dos riscos evitáveis e a promoção de uma cultura global de assistência e cuidados seguros. Nesse contexto, existem, ao todo, seis metas que orientam os profissionais de saúde em seu processo de trabalho, são elas: identificação correta do paciente; comunicação eficaz; ministração medicamentosa segura; procedimentos cirúrgicos seguros; redução do risco de infecções e; prevenção de quedas e lesões por pressão (FERREIRA BEM, et al., 2021).

No âmbito brasileiro, a influência internacional da Aliança Mundial contribuiu para despertar o interesse governamental e institucional pela temática, especialmente em um momento de expansão e desenvolvimento das discussões acerca da qualidade assistencial, humanização e responsabilidade sanitária (NASCIMENTO JC e DRAGANOV PB, 2015). Desse modo, iniciou-se no país a criação de um arcabouço normativo voltado à essa temática. Um marco inicial importante foi a publicação da Resolução RDC nº 63/2011, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que estabeleceu os requisitos mínimos para o funcionamento de serviços hospitalares. Embora não tenha abordado com exclusividade a SP, esse documento trouxe consigo diretrizes que indiretamente oportunizou o fortalecimento da atenção voltada para a segurança e a qualidade da assistência e do cuidado prestados (BRASIL, 2011).

Além disso, em 2013, as discussões acerca da SP e sua relevância avançou com a divulgação da Resolução RDC nº 36/2013, também pela ANVISA, que instituiu ações obrigatórias para a implementação dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSPs) nas instituições de saúde. A resolução estabeleceu a elaboração de planos de segurança, a adoção de protocolos padronizados, o estímulo à cultura de notificação e a vigilância contínua de EAs. Esta resolução é tida como a principal norma brasileira voltada diretamente à estruturação da SP no ambiente hospitalar (BRASIL, 2013).

Desse modo, o percurso da SP reflete a maturação das políticas de saúde frente às demandas contemporâneas. Hodiernamente, trata-se de uma dimensão essencial da assistência, caracterizada pela translacionalidade profissional, transversalidade a todos os níveis de atenção, e especialmente sensível às UTIs, onde o risco e a complexidade constantes exigem práticas seguras, articuladas e humanizadas para possibilitar a dignidade e a integridade da assistência e do cuidado (CAUDURO GMR, et al., 2017; ANDRADE CLF, et al., 2024b).

Diante desse percurso histórico, normativo e conceitual, evidencia-se que a gestão da SP no âmbito das UTIs mostra-se como um componente estratégico e indispensável à qualidade assistencial. O ambiente da UTI, por sua natureza crítica, demanda uma vigilância constante e integrada dos processos de cuidado, de modo a reduzir riscos e prevenir incidentes que possam comprometer a vida dos pacientes. A gestão da SP nesse cenário ultrapassa a aplicação de protocolos ou o uso de tecnologias; ela exige articulação interprofissional, monitoramento de indicadores, estruturação de fluxos, capacitação contínua das equipes e estímulo à cultura de segurança. Dessa forma, o gerenciamento eficaz da SP nas UTIs não apenas reduz os EAs, mas também fortalece a confiança institucional, oportuniza melhores desfechos clínicos e sustenta os princípios éticos que fundamentam o cuidado intensivo: dignidade, beneficência e não maleficência (NASCIMENTO JC e DRAGANOV PB, 2015; RUIVO BARA, et al., 2020).

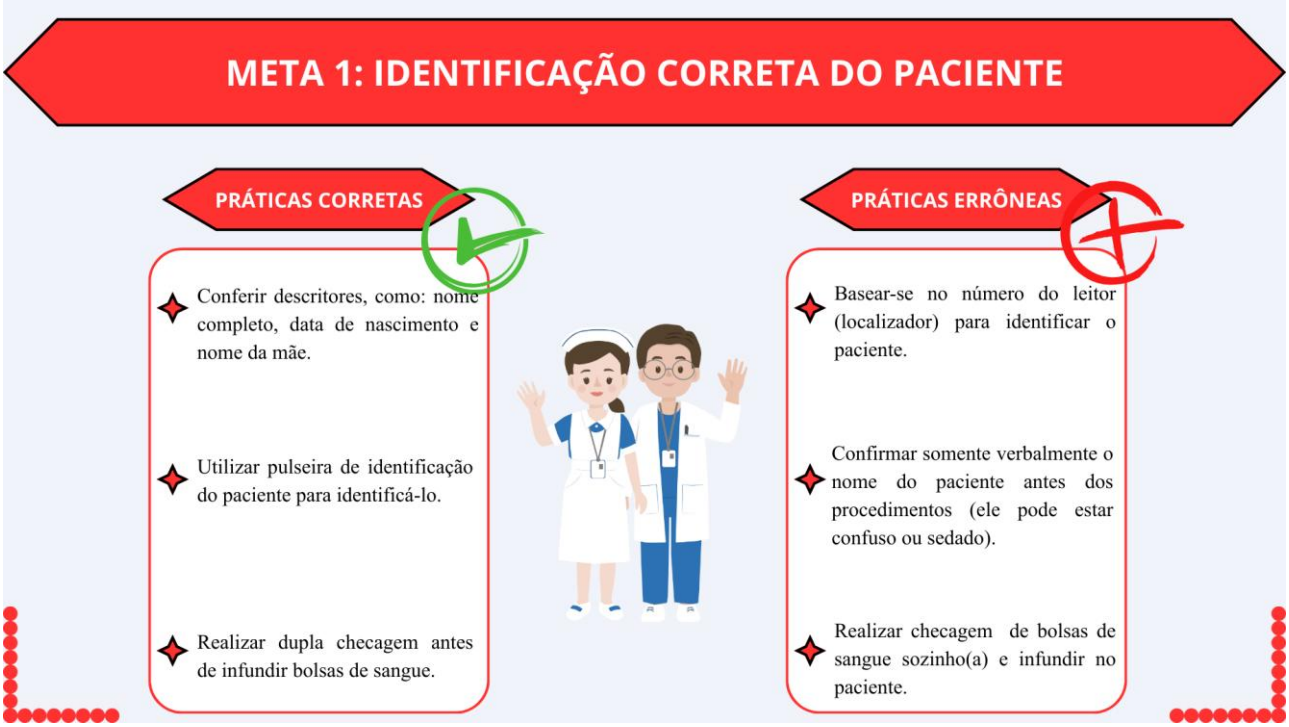
Nesse sentido, a efetivação das MISPs no ambiente hospitalar, especialmente nas UTIs, depende diretamente da adoção de instrumentos e estratégias robustas de gestão de SP. Assim, cada meta pode ser operacionalizada por meio de ferramentas específicas que sustentem sua aplicabilidade e monitoramento contínuo (FERREIRA BEM, et al., 2021).

A primeira MISP consiste em identificar corretamente o paciente, com o fito de oportunizar que ele receba o tratamento, os medicamentos e os procedimentos destinados especificamente a ele. Essa meta busca evitar erros decorrentes de identificação incorreta, como troca de prontuários, ministração indevida de medicamentos ou realização de exames e cirurgias em pessoas erradas. Para isso, são utilizados identificadores padronizados intrínsecos ao paciente, como nome completo, data de nascimento e número de

registro, conferidos em todas as etapas do cuidado (RAMOS DR, et al., 2021). Um exemplo de suma importância, em razão da operacionalização da primeira MISP, é a dupla checagem que deve ser concretizada antes de se realizar terapias com transfusionais (COFEN, 2020).

Vale ressaltar que a numeração do leito se trata de um localizador e não de um identificador, uma vez que pode ser alterada conforme necessidade. Algumas das práticas envoltas em meio a identificação correta do paciente podem ser encontradas a seguir (**Figura 1**).

Figura 1 - Práticas corretas e errôneas relacionadas a Primeira Meta Internacional de Segurança do Paciente.



Nota: Imagem elaborada por meio do Programa de Criação de Imagens Canva.
Fonte: Andrade CLF, et al., 2026. Fundamentado em: COFEN, 2020; RAMOS DR, et al., 2021; FERREIRA BEM, et al., 2021.

Em seguida, destaca-se que o seguimento de protocolos e a adoção de uma comunicação clara, padronizada e objetiva entre os profissionais de saúde são elementos determinantes para o alcance da segunda MISP no ambiente hospitalar. A comunicação, seja verbal ou não verbal, deve ser eficaz e assertiva, de modo a possibilitar a correta transmissão de informações ao longo de todo o processo assistencial. Caso falhas comunicacionais ocorram, especialmente nas transições de cuidado, aumenta-se significativamente o risco de EAs. Assim, torna-se essencial a implementação de protocolos específicos que padronizem termos, formatos e fluxos de comunicação, de modo a promover continuidade, coerência e rastreabilidade da assistência e do cuidado. A comunicação efetiva, nesse contexto, fortalece o trabalho em equipe, reduz falhas operacionais e favorece um ambiente de cuidado mais seguro, colaborativo e menos suscetível ao estresse entre os profissionais (SANTOS TO, et al., 2021).

Nesse âmbito, há alguns instrumentos e estratégias que podem ser utilizados para a gestão da SP, como: protocolo SBAR; reuniões entre a equipe; e *debriefings* clínicos. O protocolo SBAR (Situação, *Background*, Avaliação e Recomendação) é uma ferramenta estruturada para organizar as informações clínicas de forma objetiva, clara e concisa, comumente utilizada em transição do cuidado, transferências de pacientes e situações críticas. Por outro lado, as reuniões de equipe e os *debriefings* clínicos consistem em momentos formais de discussão e reflexão sobre os cuidados fornecidos, de modo a permitir o alinhamento de condutas, identificação de fragilidades e compartilhamento de responsabilidades (NASCIMENTO JSG, et al., 2021; PENA MM, et al., 2021). Observe a seguir algumas das práticas relacionadas à segunda MISP (**Figura 2**).

Figura 2 - Práticas corretas e errôneas relacionadas a Segunda Meta Internacional de Segurança do Paciente.



Nota: Imagem elaborada por meio do Programa de Criação de Imagens Canva.
Fonte: Andrade CLF, et al., 2026. Fundamentado em: SANTOS TO, et al., 2021; NASCIMENTO JSG, et al., 2021; PENA MM, et al., 2021.

Por outro lado, a terceira MISP também se mostra relevante em ambiente hospitalar devido à complexidade dos tratamentos e à fragilidade dos pacientes, o que exige rigor técnico na gestão medicamentosa para preservar a SP. Erros como falhas na prescrição, identificação incorreta, dosagens equivocadas ou omissões podem causar eventos adversos graves e óbitos. Para mitigá-los, é indispensável adotar protocolos padronizados, comunicação assertiva entre a equipe e higienização adequada no preparo. Além disso, a segurança é reforçada ao envolver o paciente no processo, orientando-o sobre o tratamento e além de estimulá-lo a participar ativamente, de maneira a identificar e questionar possíveis inconsistências (FIGUEIREDO AP, et al., 2024).

Nesse contexto, uma das principais estratégias de gestão da SP no que tange à ministração medicamentosa é a aplicação rigorosa dos denominados “9 certos”, que consistem em um conjunto de boas práticas utilizadas pela equipe de Enfermagem para oportunizar a precisão e a segurança durante o preparo e a ministração dos medicamentos. Esses passos funcionam como uma espécie de *checklist* clínico, no qual há o objetivo de reduzir o risco de erros evitáveis e promover a integridade do cuidado. Os nove certos, respectivamente, são: paciente certo, medicamento certo, dose certa, via certa, horário certo, documentação certa, forma de administração certa, razão (indicação terapêutica) certa e resposta certa do paciente (BRASIL, 2020). Visualize a seguir práticas acerca da ministração de medicamentos (**Figura 3**).

Figura 3 - Práticas corretas e errôneas relacionadas a Terceira Meta Internacional de Segurança do Paciente.

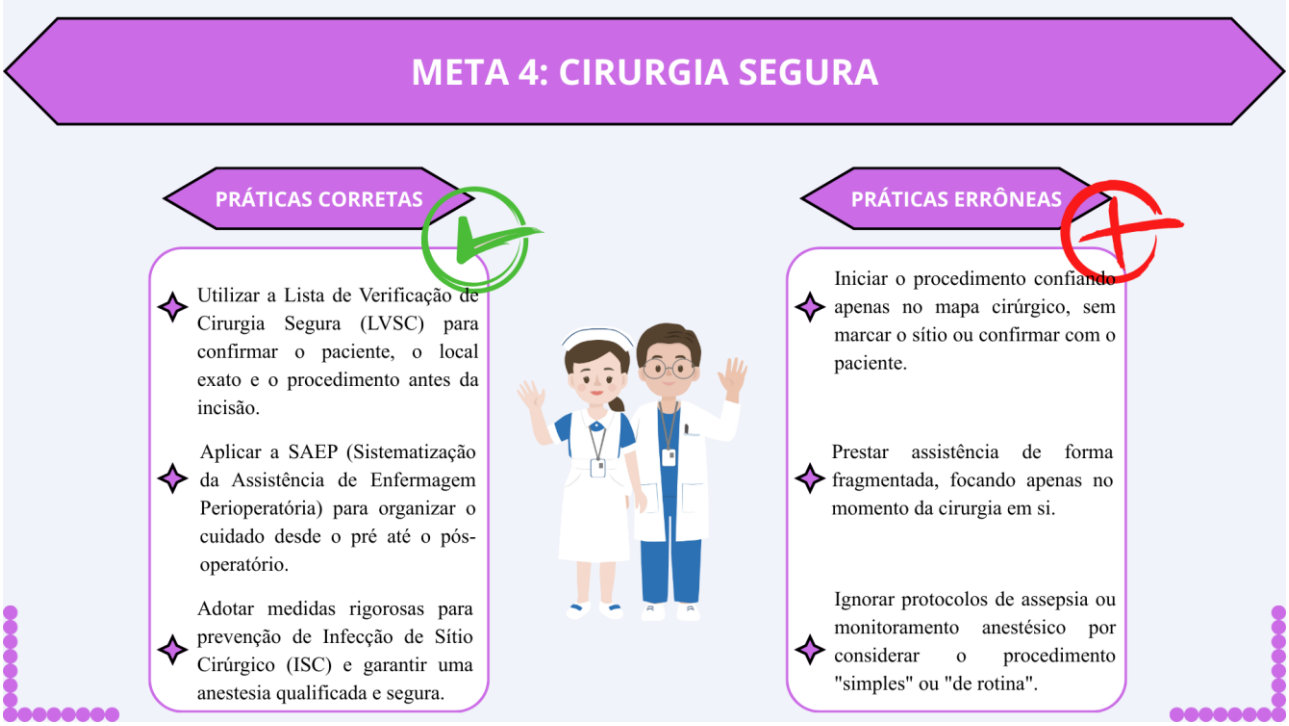


Nota: Imagem elaborada por meio do Programa de Criação de Imagens Canva.
Fonte: Andrade CLF, et al., 2026. Fundamentado em: BRASIL, 2020; FIGUEIREDO AP, et al., 2024.

Além disso, a quarta MISP, refere-se a SP cirúrgico, de modo a envolver a adoção de medidas rigorosas para prevenir EAs que possam ocorrer antes, durante e após o procedimento. Entre essas medidas, destaca-se a prevenção da infecção de sítio cirúrgico (ISC), a oportunização de anestesia segura, a qualificação e preparação da equipe cirúrgica, além do monitoramento contínuo da qualidade da assistência prestada. A implementação da Lista de Verificação de Cirurgia Segura (LVSC) é uma ferramenta essencial nesse contexto, pois padroniza protocolos que possuem o fito de confirmar a identificação correta do paciente, o local exato da cirurgia e o procedimento planejado, de forma com que se reduza significativamente erros como cirurgias em locais ou em pacientes errados (RAMOS DR, et al., 2021; FERREIRA BEM, et al., 2021).

Por outro lado, a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) constitui um instrumento essencial de gestão voltado à SP cirúrgico, uma vez que organiza e direciona o cuidado prestado pela equipe de Enfermagem em todas as fases do procedimento (pré, trans e pós-operatória). A SAEP possui algumas etapas que permitem a identificação precoce de riscos, a personalização da assistência e a padronização das condutas, de modo a prevenir EAs. Além disso, fortalece a comunicação entre os membros da equipe transdisciplinar, promove a continuidade do cuidado e contribui para a melhoria dos indicadores de qualidade e segurança na assistência cirúrgica (BINKOWSKI S, et al., 2022). Nesse sentido, veja a seguir algumas das práticas envoltas na quarta MISP (**Figura 4**).

Figura 4 - Práticas corretas e errôneas relacionadas a Quarta Meta Internacional de Segurança do Paciente.

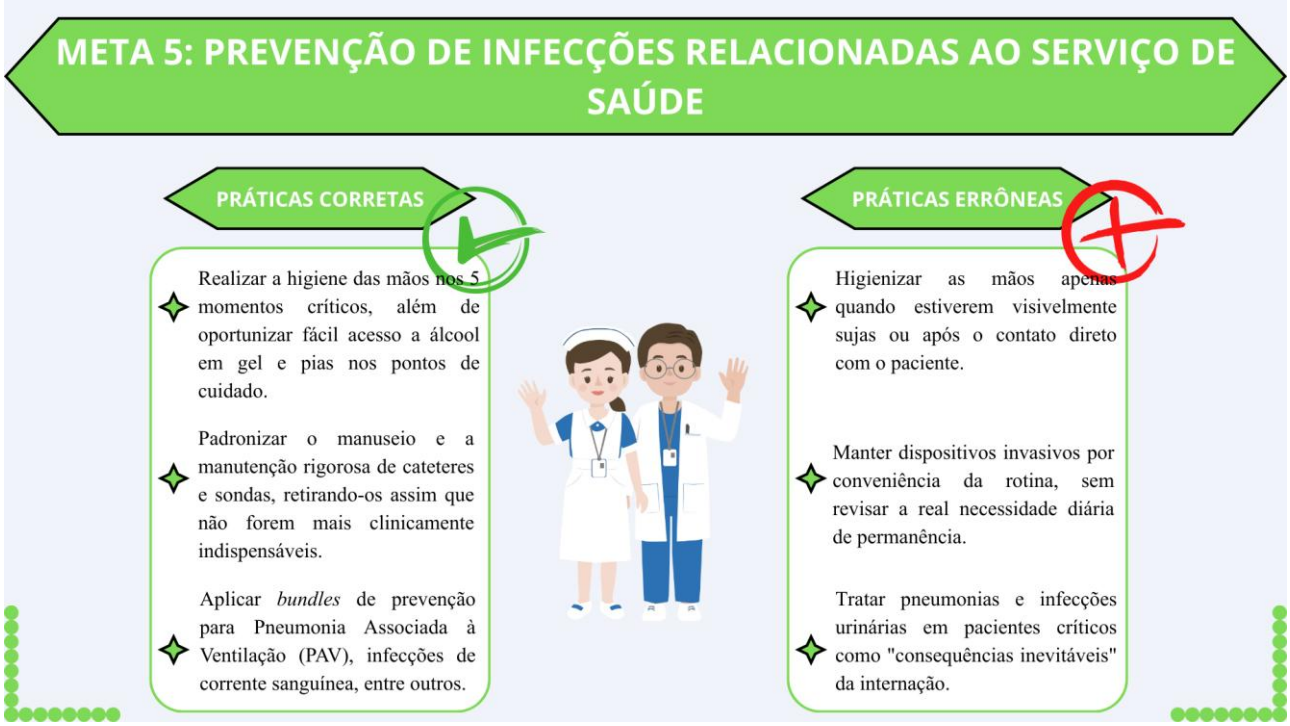


Nota: Imagem elaborada por meio do Programa de Criação de Imagens Canva.
Fonte: Andrade CLF, et al., 2026. Fundamentado em: RAMOS DR, et al., 2021; FERREIRA BEM, et al., 2021; BINKOWSKI S, et al., 2022.

A quinta MISP visa à redução do risco de infecções associadas aos cuidados em saúde, uma vez que tais infecções representam EAs graves e, em muitas vezes, evitáveis. As Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), como a pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM), a infecção do trato urinário (ITU) e de corrente sanguínea associadas ao uso de cateteres, são os principais exemplos de EAs infecciosos (SILVA NK, et al., 2021).

A prevenção das IRAS exige a atuação integrada do Serviço de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência em Saúde (SCIRAS), responsável por estabelecer protocolos baseados em evidências, monitorar indicadores epidemiológicos, conduzir investigações de surtos e oportunizar capacitações periódicas da equipe transdisciplinar. Entre as estratégias essenciais destacam-se a padronização do uso, manuseio e manutenção de dispositivos invasivos, o uso racional e seguro de produtos para a saúde (como antissépticos, luvas e cateteres), a higiene das mãos com fácil acesso nos pontos de cuidado, e as visitas multidisciplinares regulares (BRASIL, 2017). Somado a isso, também existem os *bundles*, um conjunto de medidas que, se cumpridos, aumentam a prevenção em relação à injúria alvo, por exemplo, a PAVM (ANDRADE ADB, et al., 2021). Observe a seguir algumas das práticas relacionadas à quinta MISP (**Figura 5**).

Figura 5 - Práticas corretas e errôneas relacionadas a Quinta Meta Internacional de Segurança do Paciente.

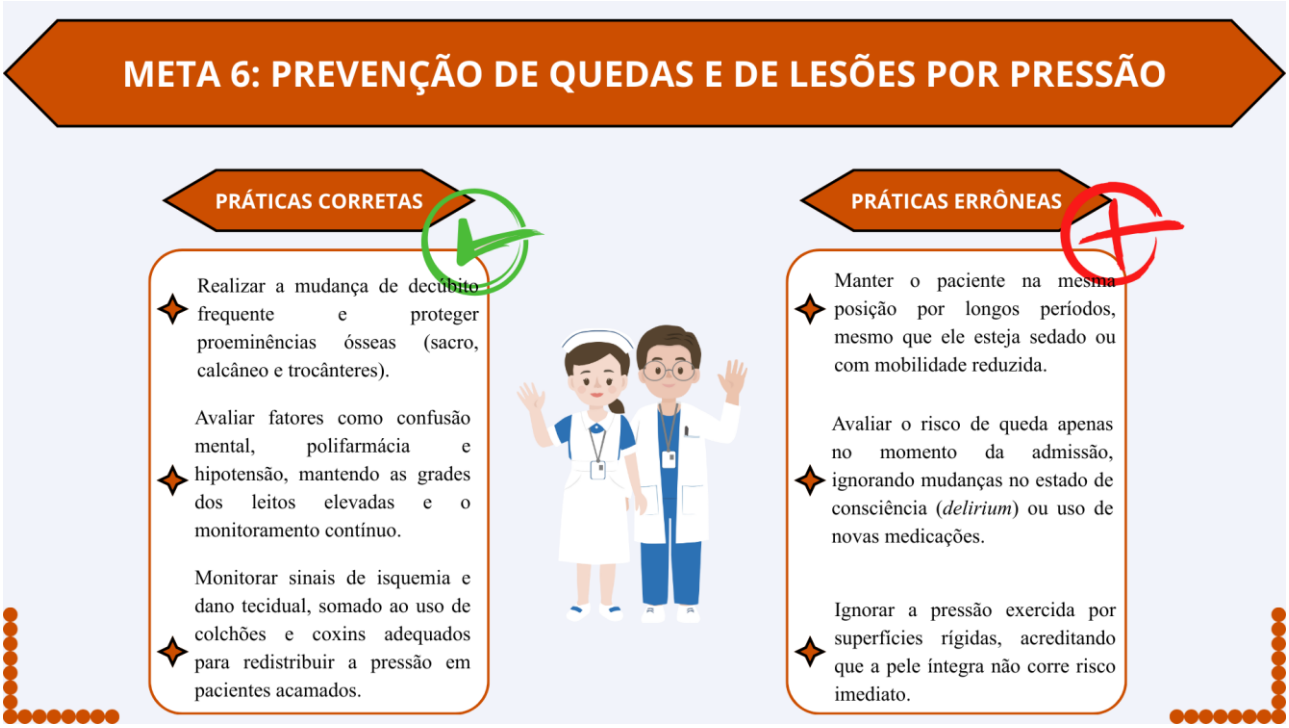


Nota: Imagem elaborada por meio do Programa de Criação de Imagens Canva.
Fonte: Andrade CLF, et al., 2026. Fundamentado em: BRASIL, 2017; SILVA NK, et al., 2021; ANDRADE ADB, et al., 2021.

A sexta MISP tem como objetivo mitigar o risco de lesões decorrentes de quedas e Lesões por Pressão (LPPs), especialmente em contextos de alta complexidade como em UTIs. As LPPs são lesões na pele e tecidos subjacentes causadas pela pressão prolongada de proeminências ósseas, como sacro, calcâneo e trocânteres, comuns em pacientes acamados, com mobilidade reduzida ou sedados, sobre superfícies externas, de modo a reduzir a circulação sanguínea local e impedir a distribuição de oxigênio e nutrientes às células da pele e dos tecidos subjacentes, de forma a culminar em isquemia, dano tecidual e, eventualmente, necrose (BRAGA IA, et al., 2025).

As quedas em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), podem apresentar elevada gravidade e impacto clínico, ao considerar o estado crítico dos pacientes e o uso contínuo de dispositivos invasivos. Pacientes idosos, por exemplo, configuram um grupo de maior risco em razão de fatores como *delirium*, polifarmácia, hipotensão, confusão mental e fraqueza muscular, o que torna a prevenção de quedas uma prioridade assistencial, uma vez que mesmo eventos sem lesão aparente podem desencadear instabilidade clínica e interrupção de terapêuticas em curso (ANDRADE CLF, et al., 2024a; ANDRADE CLF, et al., 2024b). Nesse contexto, veja a seguir algumas das práticas envoltas na sexta MISP (**Figura 6**).

Figura 6 - Práticas corretas e errôneas relacionadas a Quinta Meta Internacional de Segurança do Paciente



Nota: Imagem elaborada por meio do Programa de Criação de Imagens Canva.
Fonte: Andrade CLF, et al., 2026. Fundamentado em: ANDRADE CLF, et al., 2024a; ANDRADE CLF, et al., 2024b; BRAGA IA, et al., 2025.

Paralelamente, a gestão da Segurança do Paciente (SP) na UTI representa um desafio relevante diante da gravidade clínica, imprevisibilidade dos quadros e elevada demanda por intervenções invasivas e monitoramento contínuo, o que impõe elevada carga física e mental à equipe de Enfermagem. Fatores como sobrecarga de trabalho, plantões prolongados, escassez de recursos, rotatividade e desvalorização profissional favorecem a exaustão, aumentam a probabilidade de erros e dificultam o alcance das Metas Internacionais de Segurança do Paciente (RUIVO BARA, et al., 2020; PAULA EJCP, et al., 2021). Nesse contexto, destaca-se o fenômeno da "segunda vítima", caracterizado pelo sofrimento emocional de profissionais envolvidos em eventos adversos, agravado por culturas punitivas e ausência de acolhimento institucional, reforçando a necessidade de estratégias estruturadas de suporte psicológico e reabilitação emocional (ANDRADE CLF, et al., 2024b).

Reconhecer a segunda vítima como parte integrante da gestão da SP implica oferecer apoio institucional estruturado, por meio de escuta ativa, programas de suporte emocional, educação permanente e promoção de uma cultura de aprendizado, na qual o erro seja compreendido como oportunidade de melhoria e não como falha individual (MENDES JPD, et al., 2021; BARBOSA LKO, et al., 2025). Essa perspectiva dialoga com a "ética da estética", proposta por Michel Maffesoli, que valoriza a sensibilidade, a empatia e as relações interpessoais como fundamentos éticos (MAFFESOLI M, 2022). No contexto da UTI, isso se traduz na humanização do cuidado, mesmo em ambientes em que há elevada presença de tecnologia dura, o que assegura respeito à dignidade, à subjetividade e ao sofrimento do paciente por meio de atitudes simples, porém significativas (ANDRADE CLF, et al., 2024b).

Além das repercussões clínicas e emocionais, os EAs acarretam impactos financeiros expressivos para as instituições de saúde, incluindo retrabalho assistencial, aumento do consumo de recursos, prolongamento da internação, ocupação prolongada de leitos e, em alguns casos, custos jurídicos. Nas UTIs, esses efeitos são potencializados pela elevada complexidade do cuidado e pelo uso intensivo de tecnologias. Assim, investir em SP não se configura apenas como um imperativo ético, mas também como uma estratégia eficiente de gestão, capaz de reduzir desperdícios, preservar vidas, otimizar a capacidade operacional e fortalecer a sustentabilidade do sistema de saúde (OECD, 2022; ANDRADE CLF, et al., 2024b; GIESE A, et al., 2024).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A segurança do paciente configura-se como dimensão fundamental da qualidade da assistência em saúde, especialmente em contextos de alta complexidade, como as UTIs, nas quais a atuação da enfermagem, fundamentada em protocolos institucionais, boas práticas, comunicação eficaz, cultura de segurança e sistematização, mostra-se determinante para a identificação e prevenção de riscos, redução de eventos adversos e melhoria dos desfechos clínicos. Este estudo contribui para o avanço do conhecimento científico ao reunir evidências sobre a interface entre enfermagem e segurança do paciente em cenários críticos, destacando o papel da notificação de falhas, da educação permanente, do uso de indicadores, tecnologias de apoio e da prática baseada em evidências como estratégias para qualificar os processos de trabalho e orientar futuras pesquisas. Ademais, os achados reforçam que garantir a segurança do paciente extrapola o âmbito técnico, constituindo uma responsabilidade ética, profissional, organizacional e social, que demanda compromisso coletivo, políticas institucionais efetivas, valorização do trabalho transdisciplinar e promoção de ambientes seguros, com impacto direto na redução de danos evitáveis, na confiança dos usuários e na dignidade do exercício profissional da enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. ALVES RMS, RIBEIRO RC. A terapia intensiva e os diferentes sentidos de vulnerabilidade. Rev. Critical Care Science, 2023; 35(1):102-6.
2. ANDRADE ADB, et al. Os Impactos da implantação de um bundle de prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica numa unidade de terapia intensiva no interior de Rondônia. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2021; 13(2): e2328.
3. ANDRADE CLF, et al. Envelhecer e as principais síndromes geriátricas: relação entre fragilidade, incontinência urinária e quedas. Rev. Eletrônica Acervo Saúde, 2024a; 24(3): e15434.
4. ANDRADE CLF, et al. Humanização da assistência em terapia intensiva: integração entre o indivíduo e a família na abordagem transdisciplinar. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2024b; 24(8): e16728.
5. BARBOSA LKO, et al. (Sub)notificação de eventos adversos na perspectiva de profissionais de saúde da unidade de terapia intensiva. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2025; 25(11): e21879.
6. BARROS EJS, et al. A importância da limpeza hospitalar para a prevenção e controle das infecções relacionadas à assistência à saúde. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2022; 15(8): e9643.
7. BINKOWSKI S, et al. Sistematização da assistência de enfermagem perioperatória: análise de publicações da última década. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research, 2022; 37(1): 119-25.
8. BRAGA IA, et al. Implantação de protocolo de prevenção de lesão por pressão em hospital universitário de grande porte. Revista ARACÊ, 2025; 7(3):10390-404.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. 2017. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/caderno-4-medidas-de-prevencao-de-infeccao-relacionada-a-assistencia-a-saude.pdf. Acessado em: 06 de janeiro de 2026.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 08/2020: Orientações gerais para implantação das práticas de segurança do paciente em hospitais de campanha e nas demais estruturas provisórias para atendimento aos pacientes durante a pandemia de covid-19. 2020. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/2020/nota-tecnica-no-08-de-2020-gvims-ggtes-anvisa-hospitais-de-campanha.pdf. Acessado em: 24 de janeiro de 2026.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução n° 7, de 24 de fevereiro de 2010. 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html. Acessado em: 07 de janeiro de 2026.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução - RDC Nº 36, de 25 de julho de 2013. 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acessado em 09 de janeiro de 2026.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução - RDC Nº 63, de 25 de novembro de 2011. 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0063_25_11_2011.html. Acessado em 09 de janeiro de 2026.
14. BRENER PZ, LICHTENSTEIN A. Juramento de Hipócrates: análise crítica. Revista Bioética, 2022; 30(3): 516-24.
15. CAUDURO GMR, et al. Segurança do Paciente na Compreensão de Estudantes da Área da Saúde. Rev. Gaúcha Enferm., 2017; 38(2): e64818.

16. CFM. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM n° 2.271/2020. 2020. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2020/2271_2020.pdf. Acessado em: 07 de janeiro de 2026.
17. COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN n° 629/2020 - Revogada pela resolução COFEN n° 709/2022. 2020. Disponível em: https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-629-2020/. Acessado em: 23 de fevereiro de 2026.
18. FERREIRA BEM, et al. Adesão dos profissionais de enfermagem as metas de segurança da OMS: uma revisão de literatura. Revista Eletrônica Acervo Enfermagem, 2021; 8: e5967.
19. FIGUEIREDO AP et al. Atuação da enfermagem nas metas internacionais de segurança do paciente. Revista Remecs, 2024; 9(15): 388-398.
20. GIESE A, et al. Assessing the excess costs of the in-hospital adverse events covered by the AHRQ's Patient Safety Indicators in Switzerland. PLoS One, 2024; 19(2): e0285285.
21. GODOI HP. Tecnologia virtual como ferramenta de visita familiar a pacientes com COVID-19 internados em Unidade de Terapia Intensiva Coronariana. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2021.
22. LENZER J. Peter Josef Safar. BMJ, 2003; 327(7415): 624.
23. LUZ KR, et al. Unidade de terapia intensiva - passado, presente e futuro: um convite à reflexão. Revista Online Brazilian Journal of Nursing, 2024; 23: e20246736.
24. MAFFESOLI M. O tempo das tribos: o declínio do individualismo nas sociedades de massa. 30ª ed. Petrópolis: Vozes, 2020.
25. MENDES JPD, et al. Fatores que influenciam o ensino sobre segurança do paciente nos cursos de graduação em enfermagem. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2024; 24(8): e17183.
26. NASCIMENTO JC, DRAGANOV PB. História da qualidade em segurança do paciente. Rev. Hist. enferm. Rev. eletrônica, 2015; 6(2): 299-309.
27. NASCIMENTO JSG, et al. Análise de um método de debriefing para a simulação da ressuscitação cardiopulmonar: revisão integrativa. 2021; 13: e8777.
28. OECD. Organisation for Economic Co-operation and Development. The economics of patient safety: From analysis to action. 2022. Disponível em: https://www.oecd.org/en/publications/the-economics-of-patient-safety_761f2da8-en.html. Acessado em: 09 de janeiro de 2026.
29. PARANHOS DGAM, et al. Vulnerabilidade do paciente idoso à luz do princípio do cuidado centrado no paciente. Rev. Saúde e Sociedade, 2017; 26(4): 932-42.
30. PAULA EJCP, et al. Eventos adversos: análise da equipe multiprofissional na segurança do paciente em Unidade de Terapia Intensiva. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2021; 13(3): e6563.
31. PENA MM, et al. Emprego da ferramenta SBAR na transição do cuidado: uma técnica para a comunicação efetiva. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro, 2021; 11:e3142.
32. RAMOS DR, et al. A gestão da enfermagem e a implantação das metas de segurança do paciente em uma unidade de emergência pública. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2021; 13(6): e7333.
33. RUIVO BARA, et al. Assistência de enfermagem na segurança do paciente na UTI: uma revisão integrativa da literatura. Rev. Eletrônica Acervo Enfermagem, 2020; 5:e5221.
34. SANTOS TO, et al. Comunicação efetiva da equipe multiprofissional na promoção da segurança do paciente em ambiente hospitalar. Revista Multidisciplinar e de Psicologia, 2021; 15(55): 159-168.
35. SILVA AM, et al. Percepções dos enfermeiros acerca da implementação do processo de enfermagem em uma unidade intensiva. Rev. Gaúcha Enferm., 2021; 42: e20200126.
36. SILVA NK, et al. Segurança do paciente: mensurando o controle de infecções na UTI. Revista Científica de Enfermagem, 2021; 11(33): 260-269.
37. SILVA TWJB, et al. A importância da humanização da assistência de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva Adulto. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2024; 24(5): e15824.