REVISTA DESIGN & TECNOLOGIA
ISSN: 2178-1974
2024, Vol. 14, No. 28
DOI 10.23972/det2024iss28pp11-20

PGDESIGN
www.pgdesign.ufrgs.br

Segurança do paciente e do trabalhador em situação de emergência: percepções da equipe de saúde

Aline C. da Rosa[1]; Francine L. Gelbcke[2]; Mônica Stein[2]; Gabriela M. M. Lanzoni[3]; Roberta Costa[2,3]

1 *Mestre profissional pelo Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem. Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Biguaçu – Santa Catarina*

2 *Doutora, docente do Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem – modalidade profissional. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)*

3 *Doutora, docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFSC*

RESUMO

Estudo com objetivo de propor estratégias para segurança do paciente e do trabalhador em sala de reanimação de unidade de pronto atendimento. Método: Pesquisa aplicada que utilizou o referencial filosófico do *design thinking* e o método projetual do *Double Diamond* (DD), com as etapas de descobrir, definir, desenvolver e entregar. A coleta de dados foi realizada com profissionais da equipe de saúde: 12 enfermeiros, nove técnicos de enfermagem e três médicos, por meio de encontros gravados e transcritos, respeitando sigilo e anonimato. Resultados: definidas duas categorias: 1) Organização do trabalho; 2) Organização da equipe de saúde; com contribuições da equipe para melhoria estruturais, tecnológicas, relacionais, de educação permanente, entre outros aspectos. Por meio do olhar empático e vivência profissional, estabeleceram-se estratégias para melhoria da segurança e qualidade de assistência. As ações construídas conjuntamente oportunizaram ampliar conhecimento, ter novas experiências, modificar processos de trabalho e assegurar nesses, satisfação e credibilidade, bem como já implementar modificações ao longo do estudo. Conclusão: O referencial do *design thinking* foi enriquecedor, destacando-se a questão empática com os envolvidos, possibilitando construir e reconstruir conjuntamente estratégias, e o comprometimento dos trabalhadores em relação às melhorias propostas. Como produto final, destacam-se: alteração do layout da sala de reanimação; reorganização e controle do carrinho de emergência; estabelecimento de local de fácil acesso e boa visibilidade para dispor a tábua de reanimação; garantia de materiais em quantidade e qualidade, como diferentes tamanhos de tubos endotraqueais; – reorganização dos materiais, com identificação dos locais; melhoria de relações interpessoais, minimizando os conflitos. Estas modificações contribuíram para melhoria do processo de trabalho, por meio dos pilares do *design thinking,* quais sejam: empatia, cocriação, prototipagem e testagem, permitindo que mudanças fossem realizadas durante o processo de pesquisa.

PALAVRAS-CHAVE
Segurança do paciente; Segurança do trabalhador; Emergências; Inovação em tecnologia da saúde; Gestão do cuidado; Design Thinking

Patient and worker safety in emergency situations: health care team perceptions

ABSTRACT

Study with the objective of proposing strategies that promote patient and worker safety in the resuscitation room of an emergency department. Method: Applied research that used the philosophical framework of *design thinking* and the projectual method of the *Double Diamond*, with the stages of discover, define, develop and deliver. Data collection was carried with health team professionals: twelve nurses, nine nursing technicians and three doctors, through recorded and transcribed meeting, respecting the requirements of confidentiality and anonymity. Results: two major categories were defined: 1) Work organization; 2) Organization of the health team; with contributions from the team to improve structural, technological, relational, and continuing education aspects, among others. Through the empathic look of each professional, from their professional experience, strategies were established to improve the safety and quality of care. The exchange of knowledge among all professional categories who provide assistance in the resuscitation room, allowed to know the most common weaknesses experienced by these professionals in a moment of urgency and emergency, which can compromise both patient's and the worker's safety. The actions built together provided the opportunity to expand knowledge, live new experiences, modify work processes and ensure satisfaction and credibility to the work process, as well as implementing change throughout the study. Conclusion: The *design thinking* methodology was enriching, highlighting the empathetic issue with those involved, allowing the joint construction and reconstruction of strategies, as well as the commitment of workers to the proposed improvements. As a final product, the following stand out: changing the layout of the resuscitation room; reorganization and control of the emergency cart; establishing a place of easy access and good visibility the resuscitation board; ensuring materials in quantity and quality, such as different sizes of endotracheal tubes; - reorganization of materials, with identification of locations; improvement of interpersonal relationships, minimizing conflicts. These modifications contributed to improving the work process, through the pillars of design thinking, namely: empathy, co-creation, prototyping and testing, allowing changes to be made during the research process.

KEYWORDS
Patient safety; Worker safety; Emergencies; Health technology innovation; Care management; Desing thinking

CONTATO: Aline C. da Rosa – *alineecrosa@gmail.com*

© 2024 – Revista Design & Tecnologia

1. INTRODUÇÃO

O avanço tecnológico, mudanças no perfil epidemiológico, ou mesmo, o surgimento de novas doenças contribui para diversas transformações no setor saúde, o que faz com que diretrizes, resoluções, pareceres e portarias sejam revisados e até mesmo aperfeiçoados. Sendo a Saúde um direito previsto na Constituição Federal de 1988, no seu art. 196, cabe ao Estado o dever de garanti-lo (BRASIL, 1988). Desse modo, não basta apenas garantir esse direito, é necessário fazê-lo com segurança, tanto para o paciente quanto para o trabalhador da saúde, sendo estes elementos primordiais à qualidade da assistência à saúde.

A segurança torna-se ainda mais essencial, quando se está incluso em um meio que exige intervenção rápida e certa, bem como requer instrumentos precisos e funcionantes, como é o caso das unidades de urgência e emergência (LESSA, 2017; ROSSETO, 2018).

Inserida em um contexto de complexidade intermediária, a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) surgiu como uma das estratégias da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), sendo proposta para organizar a assistência juntamente com diversos pontos na Rede de Atenção à Saúde (RAS), articulando os serviços de saúde e definindo fluxos, a fim de possibilitar o melhor funcionamento da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (BRASIL, 2017).

Os serviços de emergência, como a UPA, são considerados espaços críticos e estressantes de atuação no que se refere às instituições que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), com elevada carga de trabalho física e mental, espaços estes que apresentam frequentes interrupções durante os atendimentos, necessidade de materiais tecnológicos mais avançados, implicando na segurança do paciente e do trabalhador (KALLBERG et al., 2017; SIQUEIRA et al.; 2021).

Além disso, a falta de controle, as falhas de comunicação e de organização, bem como a elevada demanda de trabalho, são elencadas como fatores que comprometem a segurança do paciente nesse cenário assistencial6. Para minimizar os problemas que aparecem neste espaço, há necessidade de integração de usuários, profissionais, gestores, que juntamente com o aporte tecnológico, podem contribuir para a construção de estratégias indispensáveis para o enfrentamento dos problemas relativos ao processo saúde-doença (BRASIL, 2010; PEITER et al., 2019).

Nesse cenário, a Cultura de Segurança do Paciente (CSP), considerada um importante componente estrutural dos serviços e que favorece a implantação de práticas seguras, é elaborada por meio de percepções, competências e padrões de comportamento de grupos e de indivíduos, determinando o comprometimento, atitude e habilidade no manejo com segurança em uma organização de saúde9. Porém se torna muito mais desafiadora quando há uma rotatividade de profissionais.

O engajamento dos profissionais possibilita tanto identificar estratégias que possam facilitar a manutenção da segurança do paciente e do trabalhador durante os períodos de alta carga de trabalho, quanto aprimorar o conhecimento sobre esses fatores (SIQUEIRA et al., 2021).

Diante deste contexto, o objetivo dessa pesquisa foi identificar os elementos fundamentais que proporcionem a segurança do paciente e do trabalhador em sala de reanimação de uma UPA, de modo participativo, com enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem. Acredita-se que dar voz aos envolvidos, no atendimento ao paciente em de emergência, promoverá um conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que aperfeiçoarão a qualidade assistencial, garantindo rapidez, agilidade e segurança nos momentos mais críticos do atendimento.

2. MÉTODO

Pesquisa aplicada, sustentada pelo referencial filosófico do *desing thinking*, utilizando-se as etapas do método projetual do *Double Diamond* (DD). O *design thinking* centra-se no usuário e na cocriação, entendendo-se o usuário de forma mais empática possível, tendo sido organizado em diferentes etapas: empatia, definição, ideação, prototipação e teste. A abordagem filosófica do DT foi organizada pelo *Design Council* no método de projeto do *Double Diamond* que se caracteriza por ser um método capaz de gerar soluções necessárias para os problemas existentes, num processo projetual de dois diamantes, em que cada uma das etapas possui a inserção de ferramentas e técnicas pertinentes para obtenção dos resultados esperados. No primeiro diamante, tem-se a etapa exploratória, em que se vai conhecer o contexto a ser solucionado, representada pela abertura do diamante; já na segunda etapa se converge, por focar na(s) solução(es); assim ocorre na terceira etapa – a de desenvolver (diverge); e na quarta, de entregar (converge) (PINHEIRO; ALT, 2018; STEIN; FERNANDES, 2022). Na representação, a seguir (Figura 1), demonstra-se o método DD em relação direta com as fases da abordagem do *Desing thinking*.

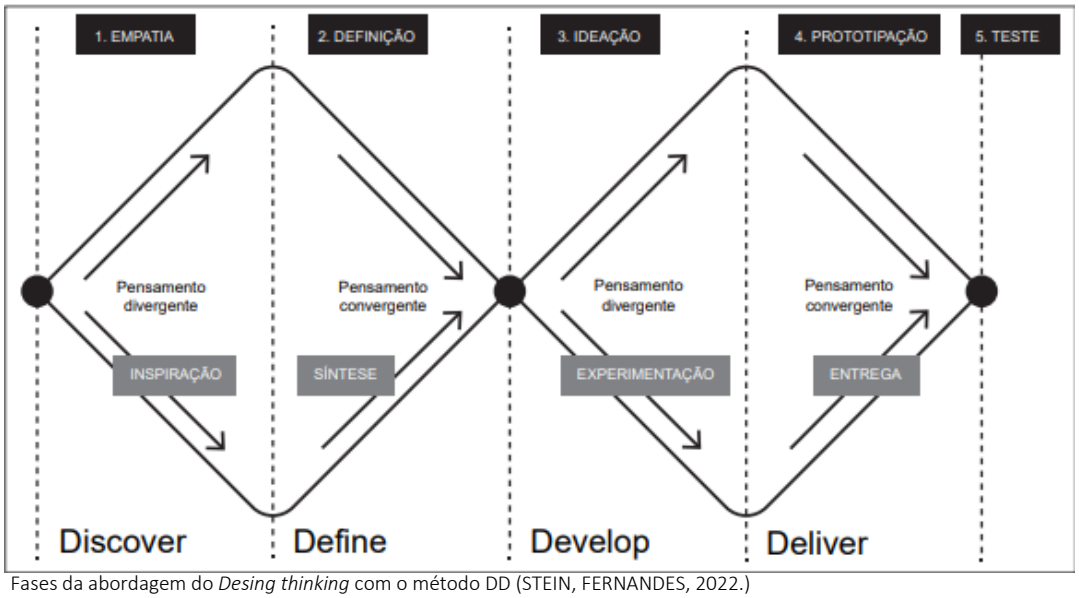


Figura 1 Fases da abordagem do *Desing thinking* com o método DD (STEIN, FERNANDES, 2022.)

Esse método de pesquisa foi escolhido, pois permite ao pesquisador captar características significativas presentes no contexto real, inserindo-se empaticamente na realidade, de modo a buscar ideias inovadoras para as soluções de problemas cotidianos enfrentados em uma Unidade de Pronto Atendimento do Sul do país.

Participaram do estudo os profissionais de saúde lotados na instituição, sendo a amostra selecionada segundo critérios de inclusão: ser enfermeiro ou técnico de enfermagem ou médico e atuar ou ter atuado na sala de reanimação, por no mínimo três meses. Já o critério de exclusão foi: estar em férias. O convite ocorreu pessoalmente, sendo reforçado por meio de aplicativo multiplataforma de mensagens instantâneas.

Atualmente, a equipe conta com 26 enfermeiros, 55 técnicos de enfermagem, e uma cooperativa médica, com 140 profissionais cadastrados, que recebem por plantão. Participaram do estudo doze enfermeiros, nove técnicos de enfermagem e três médicos. Entre esses profissionais, dois enfermeiros e um técnico ocupavam posições como gestores da unidade no momento da pesquisa, mas anteriormente, já haviam atuado na assistência e, portanto, compuseram a amostra.

O Estudo se realizou em quatro etapas, entre outubro e dezembro de 2021 e um encontro em junho de 2022.

Na primeira etapa (descobrir- diverge) houve a realização de quatro encontros, com duração média de 50 minutos, em que as conversas que foram gravadas em áudio, com autorização dos participantes e, posteriormente, transcritas na íntegra, utilizando-se do software "adobe premiere". Para encerrar a coleta de dados desta etapa, utilizou-se o critério de saturação, o qual interrompe a coleta quando os dados se tornam repetitivos e redundantes (YIN, 2015). Cada encontro ocorreu de forma independente e com profissionais diferentes. No primeiro, participaram dois médicos, um enfermeiro e quatro técnicos de enfermagem; no segundo, estavam presentes quatro técnicos de enfermagem e dois enfermeiros; no terceiro, quatro enfermeiros e um técnico de enfermagem; no quarto, cinco enfermeiros e um médico; já finalmente, no quinto encontro, um enfermeiro e um técnico de enfermagem, atualmente em função de gerência.

Os encontros iniciaram com a apresentação da metodologia e proposta do trabalho, seguida pela pergunta: "Qual a percepção e qual a maior dificuldade enfrentada pelo profissional no tocante a segurança do profissional e do paciente em uma situação de emergência vivenciada na sala de reanimação de uma UPA?". A partir de então, as falas seguiam um fluxo descontraído, ambientado na realidade, utilizando-se de duas ferramentas: o brainstorming, conhecido como uma chuva de ideias, e estudos de casos. Essas duas técnicas aliadas – uma em que as ideias fluíam e a outra, em que os próprios participantes, através do brainstorming, elaboravam os estudos de casos, guiaram a coleta de dados. Os estudos de caso foram formulados por personas (personagens ficcionais que representam diferentes tipos de usuários) e cenários vivenciados, proporcionando um ambiente propício para as discussões, de modo a gerar insights. Nesses encontros se fez um levantamento das maiores dificuldades enfrentadas na sala de reanimação, bem como a elaboração de propostas que pudessem auxiliar os profissionais nas suas atividades, permitindo maior segurança na realização dos procedimentos.

Na segunda etapa (definir – converge) as autoras realizaram mapas conceituais, que permitem conectar objetos, descrevendo as relações presentes entre os conceitos (CARABETTA JUNIOR *et al.*, 2013). O mapa conceitual foi elaborado com base nas duas categorias analíticas: fatores que impactavam a organização do trabalho, vinculados à estrutura física, tecnológica e normativa, e, fatores que impactavam na organização da equipe, como divisão do trabalho, formação/ educação permanente, liderança e comunicação. Em ambas as categorias houve a contribuição de soluções apontadas pelos sujeitos da pesquisa.

Além do mapa conceitual, também se elaborou o painel semântico, que se constitui de uma ferramenta construída com imagens, sendo utilizadas para a mesma imagem obtida na internet que remetiam às categorias analíticas identificadas, posteriormente, seguidas por um brainstorming. Após a elaboração do painel semântico (pré análise), levou-se esse material para uma rodada de conversas, no quinto encontro, sendo os resultados preliminares apresentados para um técnico de enfermagem e um enfermeiro, atualmente gestores da unidade, em virtude da maior parte dos profissionais que participaram da primeira etapa já não integrarem mais a equipe de trabalho, aliado ao fato de que, no momento proposto, os demais, que ainda faziam parte da equipe, encontravam-se em atendimento das emergências.

Na terceira etapa (desenvolver – diverge), já com o levantamento do maior número de possibilidades, foi possível que o briefing inicial se transformasse em produtos ou serviços implementados – partindo-se para a busca de soluções, prototipagens e testes (CESAR, 2013; MARTINS; ANTUNES, 2018). Ressalta-se que muitas das soluções/modificações foram sendo implantadas ao longo do processo de coleta de dados.

A quarta etapa (entregar- converge) caracterizou-se não por uma entrega formal, mas pela aplicação/implementação de muitas das ideias levantadas na primeira etapa, tanto no que se refere aos aspectos físicos quanto estruturais. Também, para esta etapa, foi construído um Kanban, com as propostas identificadas, apontando-se aquelas já aplicadas no transcorrer do estudo, as que estavam em desenvolvimento e as que ainda necessitavam ser desenvolvidos.

Para análise dos dados foi utilizada a Análise de Conteúdo de Bardin (2020) especificamente a categoria temática, a qual consiste em um conjunto de técnicas de análise de comunicações, realizada em torno de três polos cronológicos: a pré-análise, a exploração do material e tratamento dos resultados. Segundo procedimentos sistemáticos, foram definidas unidades de codificação ou de registro que, por sua vez, foram agrupadas em duas grandes categorias: 1) Organização do trabalho; 2) Organização da equipe de saúde. As contribuições da equipe de saúde para segurança e qualidade da assistência permearam as duas categorias analíticas. Ressalta-se que a análise foi realizada em cada uma das etapas do duplo diamante (descobrir, definir, desenvolver e entregar), seguindo o proposto por Bardin (2020).

O estudo foi previamente submetido à apreciação do comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, CAEE n. 46220921.5.0000.0121, o qual obteve aprovação para a execução do mesmo, no parecer n. 4.849.820

A fim de garantir o anonimato dos participantes, os enfermeiros foram identificados com a letra "E", seguida pelos números 1 a 12 (E1 a E12); os técnicos de enfermagem com a letra "T", acompanhada dos algarismos arábicos 1 ao 9 (T1 a T9); e, os médicos com a letra "M", acompanhada dos algarismos arábicos 1 ao 3 (M1 a M3). Os algarismos foram definidos a partir do dia da reunião em que o sujeito participou e da sequência das falas. Após as explicações acerca da pesquisa, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3. RESULTADOS

Considerando a metodologia utilizada, principalmente o que propõe o *Desing thinking* por meio do duplo diamante, os encontros com os profissionais propiciaram o levantamento de problemas, nas etapas de descobrir e definir, com indicação de propostas para melhoria na sala de reanimação, nas etapas de desenvolver e entregar, com vistas a permitir a segurança do paciente e qualidade da assistência. Deste modo, as categorias analíticas apresentadas salientam as questões centrais relacionadas à organização do trabalho e da equipe de saúde, com as propostas decorrentes do processo de reflexão.

Quanto à organização do trabalho, foram identificadas três subcategorias relacionadas à estrutura física, tecnológica e normativa, apontando que é necessário ter uma estrutura que dê sustentação à equipe, e principalmente, que proporcionem a segurança do paciente, foco central deste estudo, e que impactam na qualidade da assistência.

Ao levantar os aspectos da estrutura física, os profissionais identificam a necessidade de ter um espaço organizado, que evite que os mesmos fiquem em risco iminente, que permita o planejamento da assistência, facilitando o alcance dos materiais, haja vista que o espaço é limitado, ou seja, que possibilite segurança ao fazer do profissional.

Já em relação à estrutura tecnológica, apontam que os equipamentos devem estar acessíveis, em bom estado de funcionamento e de conservação, apropriados para as situações de emergência. Também incluídas nesta subcategoria, estão as observações relativas aos materiais de assistência.

Mas não apenas as estruturas física e tecnológica são destacadas como fundamentais para a segurança e qualidade da assistência, mas também, o que foi denominado como estrutura normativa, que compreende normas, rotinas, checklist, entre outros instrumentos, que fortaleçam a prática, de forma clara, coerente, alicerçada em evidências e que proporcionem maior segurança nos registros, especialmente quando o paciente precisará ser transferido para uma unidade de referência.

No Quadro 1 abaixo, foram sintetizados os dados encontrados nesta categoria, com as subcategorias, expondo a manifestação dos profissionais por meio de excertos e apresentando, concomitantemente, as propostas relacionadas aos problemas identificados, ou seja, os dados apresentados compreendem: a categoria organização do trabalho e a categoria contribuições da equipe de saúde para segurança e qualidade da assistência.

Quadro 1 Dados relativos às categorias analíticas, organização do trabalho e contribuições da equipe de saúde para segurança e qualidade da assistência - Florianópolis, 2022.

Subcategoria	Excertos relacionados à organização do trabalho – Problemas Identificados	Excertos relacionados às contribuições da equipe – Soluções Propostas
Estrutura física	"Tem muita coisa para pouca sala, lá dentro" (T4). "A gente tem que primeiro arredar as coisas do lugar para a equipe poder chegar ali no paciente e ter espaço para trabalhar" (T5). "Outro ponto que é um problema da nossa UPA é o ar comprimido para fazer a aspiração. A gente não tem vácuo que funcione" (T1). "A nossa reanimação é muito longe do posto. Então a gente não tem visão do paciente. A reanimação tem que ter sempre alguém por perto" (T8).	"Traz a maca para o canto atrás da porta, coloca um computador, uma cadeira e um espaço para o profissional assistir esse paciente." (E4) "Uma ideia também seria da campainha, na sala de emergência mesmo" (T8) "Já que não tem vácuo na UPA, que se faça compra de frascos de ar comprimido e de Y para aonde eu tenho um ventilador ..." (E11)
Estrutura tecnológica	"Saber que tu tens a segurança de poder pegar um carrinho de parada e saber que pode abri-lo, sabendo que os materiais já estão ali dentro. Que o outro plantão já fez e deixou ali pronto" (T1). "O que eu sinto de maior dificuldade quando chega um paciente grave, em PCR (parada cardiorrespiratória) é de achar a tábua! Por que não tem tábua em todos os carrinhos" (T5) "Em relação a material eu acho que isso impacta (...). Material que é para ser usado não tem que ficar trancado na sala da direção." (M1). "As grades da cama na UPA, são muito ruins, então, talvez reforçar essas grades." (E5) "Nós não temos maca para obeso" (E5)	"Delimitar: aqui são os *abocath*, aqui é tal coisa. E na hora da parada tu não precisas ficar revirando para procurar cânula, revirando as coisas. (...). Se tu abrires ali e está bem organizado, você olha e está faltando isso, isso e isso. Acho que ajudaria bastante" (T1). "O carrinho... aquele carrinho tem que ter um lacre" (E10) "Tem que colocar nome das medicações no carrinho por ordem alfabética e pela medicação que todos conhecem." (T4) "Então deveria se pensar em colocar uma maca fixa, daquela de rodinha, mas fixa, sem ser essa maleável, na porta, porque muitas emergências chegam na porta. Aquela maca do transporte, e aquela que vai da ambulância, ela é muito perigosa para o paciente e para o funcionário" (E4)
Estrutura normativa	"Por exemplo, eu vou ter um paciente da reanimação que está em acidose... enfim, eu vou entrar com insulina em bomba nesse paciente. Eu peguei plantão, a equipe médica pegou o plantão. Não sabe se correu 5 ml/h à tarde, que horas começou a correr e se eu tiver a folha eu vou ter o registro do que entrou e saiu, por exemplo, também." (E11).	"Ter um formulário ou um documento próprio para passagem de plantão e anotação." (E9). "Aí a gente faria todos os registros junto numa folha. Porque hoje fica um pouco da evolução da enfermeira aqui, do técnico um pouco aqui, mas dali a pouco está lá e não tem uma uniformização. E a gente perde muita informação ali" (E11) "Desenvolver, talvez, a SAE, ali na Reanimação. Talvez, não no sistema, por que esse sistema não comporte/ não permita, mas a gente poder fazer pelo menos um histórico de enfermagem, um exame físico em forma de *checklist* já impresso. É mais rápido" (E11)

Quanto à categoria – organização da equipe de saúde –, destacam-se as questões que interferem nas relações interpessoais, gerando insegurança, ansiedade, angústia, impactando na assistência prestada. Estas questões, quando agrupadas por similaridade, deram origem às seguintes subcategorias: divisão do trabalho, formação/educação permanente, liderança e comunicação, aspectos que interferem inclusive nas relações de trabalho. Ressalta-se a necessidade de educação permanente para minimizar os problemas identificados, principalmente no sentido de dar segurança à equipe de saúde, amenizando inclusive possíveis conflitos. No Quadro 2 abaixo, são apresentados alguns excertos referentes à categoria organização da equipe de saúde, juntamente com as falas referentes às contribuições da equipe de saúde para segurança e qualidade da assistência.

Quadro 2 Dados relacionados à categoria analítica organização da equipe de trabalho e contribuições da equipe de saúde para segurança e qualidade da assistência - Florianópolis, 2022

Subcategoria	Excertos relacionados à organização da equipe de trabalho	Excertos relacionados à contribuições da equipe de saúde
Divisão do trabalho	"A gente funciona como uma engrenagem... o paciente é triado, é feita avaliação médica, é passada a medicação. Isso tem que ser uma rotina de toda a equipe, desde lá onde se faz a ficha da recepção até aqui atrás" (T6).	"Deveria ter uma divisão das equipes por setores, isso é uma coisa legal, que são fixos, pelo menos um funcionário fixo para que a gente possa estar olhando o ambiente, até para proteger as coisas que a gente tem na sala" (T6).
Formação/ educação permanente	"Saber identificar no monitor as taquiarritmias. Porque têm coisas que a gente bate o olho e sabe o que é. Se a gente tiver instruído, a gente já separa a droga certa, o tempo que corre. Quanto mais rápido a gente faz as coisas menos o paciente sofre." (M2). "Uma das coisas que mais me deixa angustiado numa sala de emergência, no atendimento de emergência, é realmente o despreparo profissional porque as pessoas não sabem o que fazer, a ansiedade, tanto da enfermagem como também da parte da medicina." (T9)	"Ter as capacitações, acaba tendo essa discussão entre os enfermeiros, sobre outras coisas, porque lá na outra instituição que eu trabalhava a gente tinha mensalmente um plantão que era educação permanente, era obrigatório ir." (E7) "Acho que simulação de uma parada é importante para saber qual é posição. O que é que primeiro faz, o segundo, o terceiro e o quarto." (T2).
Liderança	"(...) enfermeiro assistencial tem que fazer a liderança e dizer: vai ficar fulano, fulano, fulano, o resto vai tocar a porta ou vai fazer ficha" (E9). "Por isso que tem que ter a voz ativa nesse momento. Quem é? O enfermeiro. Fulano medicação, fulano assume o acesso, fulano assume as vias aéreas. Pronto, deu, acabou" (T6). "O enfermeiro responsável tinha que treinar a sua equipe para não ter dificuldade ali na hora dos procedimentos quem fica em algum lugar em alguma parada." (E2)	"E fazer o *checklist* da sala, o que tem dentro do carrinho, tem muito técnico que não sabe as medicações... e fazer junto com o enfermeiro, vamos fazer o *checklist* comigo, vamos abrir o carrinho. (...) A gente já sabia onde é que estava, porque a gente já tinha feito o *checklist* do carrinho, então foi fácil. Um vai ficar na massagem, nas compressões, o outro vai ficar na medicação, conta no relógio. O outro vai ficar ali, vai pegar a punção, ah, não consegui aqui, não consegui ali". (E10)
Comunicação	"Porque numa folha tá uma coisa, na outra está escrita outra, daí uma coisa não bate com a outra e a gente não sabe o que foi feito primeiro" (M3). "Eu vejo que a gente tem muita desinformação. Perda de informação e é inseguro para o paciente, é inseguro pra mim que estou assistindo ao paciente também" (E11) "(...) é deixar os dados mais visíveis. Porque daí você sabe para onde olhar, para ver rápido, falar e avaliar o quanto eles estão variando" (M3)	"Outra coisa que eu achei bem legal que eu fiz algumas vezes para nossa equipe conseguir fazer assim que terminam as intercorrências, se eu vi que não ficou legal alguma coisa. Gente, vamos conversar. O que não ficou legal dessa intercorrência, o que vocês acham que precisava melhorar? Eles sempre passavam um *feedback* e a gente conversava." (E5) "Então, assim, a identificação, até na observação é importante. O ideal seria uma pulseira, mas como a gente não tem." (E5)

Após essa categorização, houve uma apresentação para alguns dos participantes, sendo criado um Kanban para ficar na unidade, em que foram apresentadas as estratégias elaboradas, já aplicadas no contexto do estudo, outras que se encontravam em desenvolvimento, bem como aquelas que ainda precisariam ser trabalhadas pela equipe. Assim, o Kanban foi estruturado com três colunas: *Done* (feito), *doing* (fazendo), *do* (por fazer), sendo este disponibilizado à equipe, para dar continuidade à realização das estratégias identificadas e elencadas pela equipe de saúde (Figuras 2 a 5).

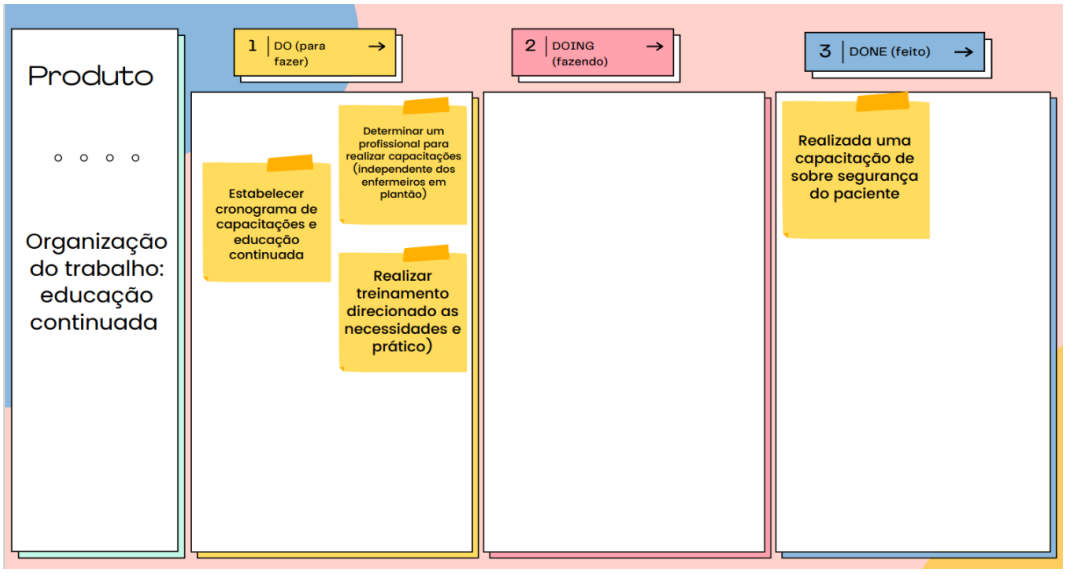


Figura 2 Exemplo do Kanban referente a categoria Organização do trabalho: equipamentos e materiais (2023)

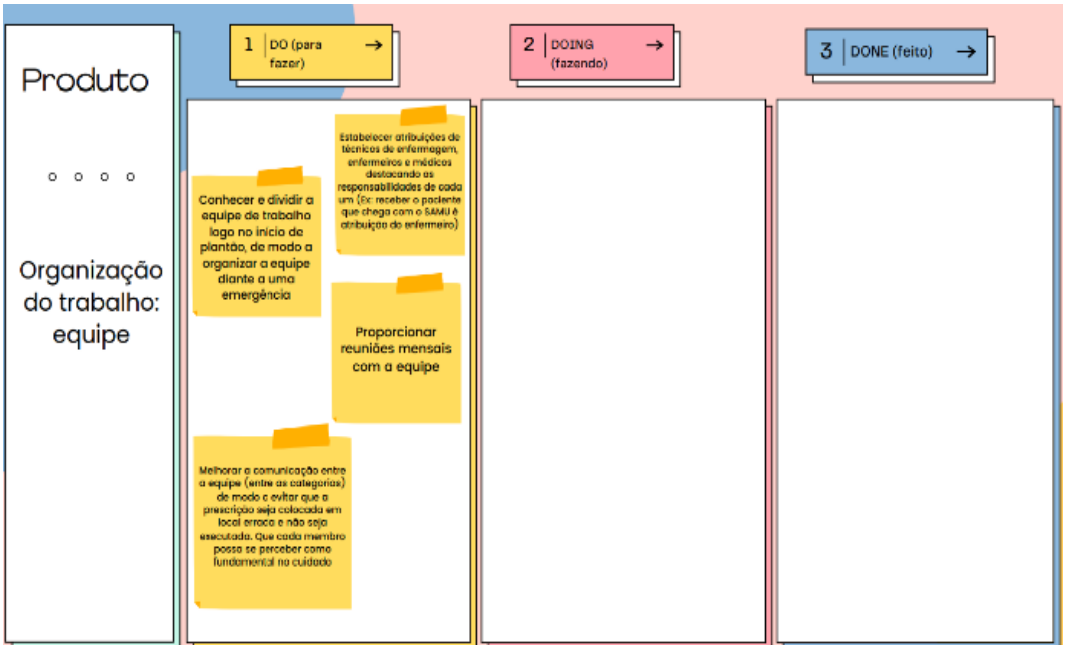


Figura 3 Exemplo do Kanban referente a categoria Organização do trabalho: equipe (2023)

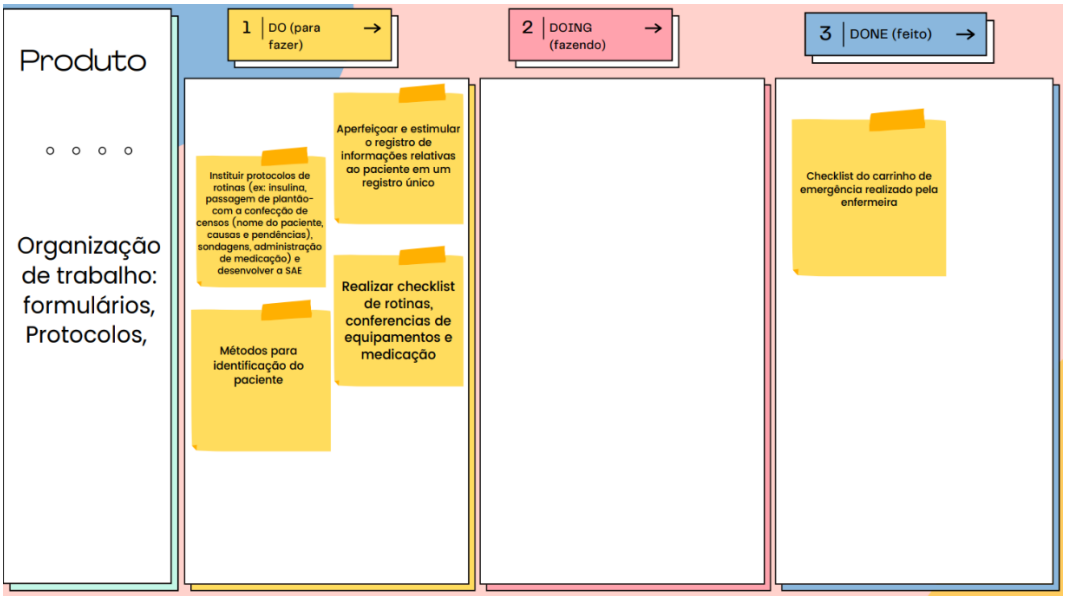


Figura 4 Exemplo do Kanban referente a categoria Organização de trabalho: formulários, protocolos (2023)

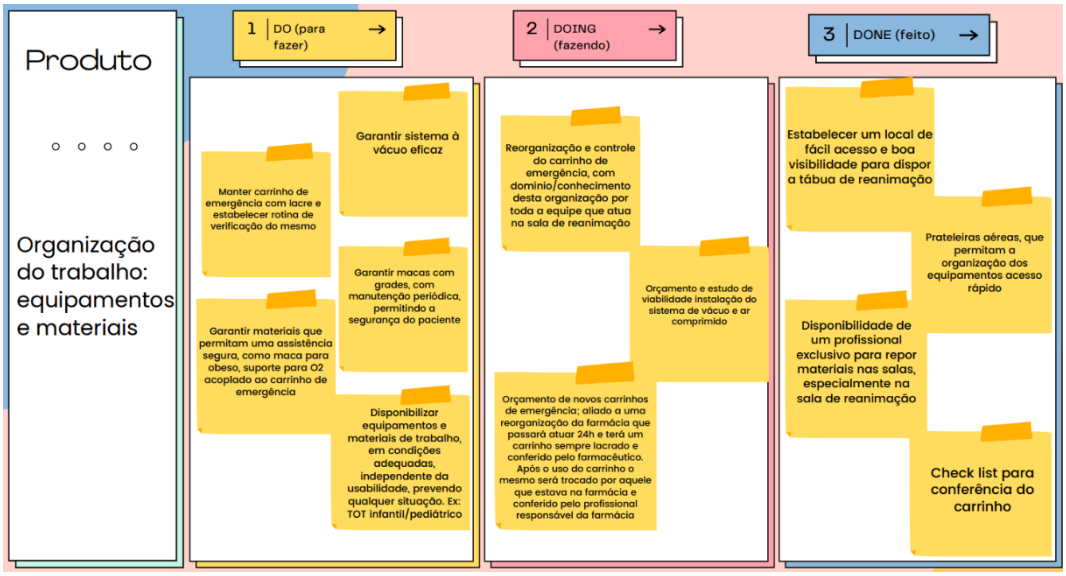


Figura 5 Exemplo do Kanban referente a categoria Organização de trabalho: equipamentos e materiais (2023)

4. DISCUSSÃO

A participação do coletivo de trabalhadores – enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos – foi fundamental para que se pudesse refletir acerca do espaço de trabalho, por suas vivências e experiências. Esse compartilhar de informações enriqueceu ainda mais o trabalho, pois, à medida que se sugeriam mudanças em determinados assuntos, como a alteração no carrinho de ECG, esclarecia-se o que era viável ou não, buscando-se conjuntamente alternativas. Os encontros desenvolvidos, a partir da metodologia proposta, permitiram articular os profissionais da assistência e da gestão, criando um espaço colaborativo, de acordo com os pressupostos do *desing thinking* (DT), liberando a criatividade, buscando a solução de problemas através da "troca de ideias em tempo real" (BROWN, 2020). Foi importante abrir espaço, já que o *insigh* não parte de dados quantitativos, mas do vivido, experenciado, observado. Assim, as categorias analíticas, partiram do identificado pelos profissionais, corroborando o exposto por16, ao afirmar que "a solução não está guardada a sete chaves esperando para ser descoberta, mas reside no trabalho criativo da equipe. O processo criativo gera ideias e conceitos".

Pesquisa realizada com a equipe de enfermagem de unidades de urgência e emergência na região Centro-Oeste do Brasil, apontou que os processos de trabalho nesses espaços são dinâmicos, instáveis e exigem decisões complexas de maneira ágil. Destacou, ainda, que os profissionais que atuam nesses setores se sentem inseguros em seu ambiente de trabalho, vivenciando permanente estado de alerta, e que esta insegurança é decorrente de aspectos relativos à infraestrutura, como a falta de barreiras num ambiente de porta aberta, com diferentes pessoas transitando sem autorização no mesmo, expondo os trabalhadores inclusive a agressões físicas (MOURA; QUEIROZ, 2020).

O estudo também aponta déficits relacionados ao pessoal e material como desgastantes para a equipe, corroborando com os dados encontrados, em que a organização do trabalho foi apontada como um dos fatores que põe em perigo a segurança do paciente, principalmente ao se referirem às estruturas física e tecnológica, que implicam em colocar, em algumas situações, a vida do paciente em risco. Desta forma, destaca-se a relevância de se estabelecer um espaço organizado e preparado para intervenções imediatas. Os profissionais que atuam em unidades de saúde, especialmente na emergência, são fundamentais no processo de cuidar, mas precisam ter condições de trabalho dignas, com uma estrutura física condizente com as situações vivenciadas, com equipamentos e materiais que permitam ação imediata e segura, o que envolve qualidade na assistência prestada.

O estudo de Santana, Servo e Souza (2018) demonstrou que o setor de emergência é um dos mais estressantes na rede de atenção à saúde, sendo que fatores como sobrecarga de trabalho, falta de recursos materiais e humanos, estrutura física inadequada, péssimas condições de trabalho, entre outros, geram desgaste nos profissionais e estão ligados diretamente à maneira como o trabalho está organizado. Indica, ainda, a importância de se repensar o processo de trabalho, de modo que esteja bem-organizado e estruturado, com normas e rotinas claras e bem estabelecidas, com previsão de material, planejamento das atividades, possibilitando o desenvolvimento de ações satisfatórias, que contribuam para o bem-estar e segurança de pacientes e trabalhadores.

Tal estudo reforça as manifestações dos trabalhadores da UPA, que destacaram a importância de se repensar a forma de organização do trabalho, os espaços físicos, a garantia de material em quantidade e qualidade, normas e rotinas que permitam a comunicação efetiva entre as equipes de trabalho. Tão importante quanto a organização do trabalho, para que se proporcione segurança do paciente e do trabalhador, é a organização das equipes, o que se manifesta em possibilidade de divisão das ações, em que haja uma complementariedade entre os profissionais, com relações harmônicas, respeito, ética, fundamentados em princípios humanitários e no conhecimento, por meio da formação profissional e educação permanente. Neste contexto, os profissionais de enfermagem se destacam, quer pela atividade do enfermeiro na liderança da equipe de enfermagem, como articulador da equipe de saúde, quer como o profissional que organiza o ambiente de trabalho.

Estudos de Moura, Queiros (2020) e Bitencourt *et al.* (2020) apontam o papel do profissional enfermeiro junto à equipe de enfermagem e de saúde, tanto no cuidado, quanto na sua contribuição e controle perante situações extremas. Em muitas destas, cabe ao enfermeiro organizar e prever situações que expõem sua equipe a riscos, preservando-os e mantendo as suas individualidades. Também é da responsabilidade deste profissional, junto à equipe multidisciplinar, adotar estratégias e medidas, para atenção e cuidados dos pacientes em situação de vulnerabilidade. Neste sentido, a formação gerencial contribui para um cuidado seguro, para o aperfeiçoamento da equipe de enfermagem, a integração da equipe multiprofissional, a humanização do cuidado, a segurança do

paciente, a qualidade da assistência, dentre outros (SIQUEIRA *et al.*, 2021).

Durante os encontros, muitos elencaram o enfermeiro como líder e o seu papel diante da equipe. Pode-se identificar a necessidade de uma atuação efetiva do enfermeiro, geralmente em situações críticas, sendo que, quando este não arroga para si o papel de coordenador, outros membros da equipe acabam assumindo a liderança, em virtude da ocorrência, porém destacam que se ressentem de um papel mais ativo, havendo diferenças, principalmente quando um enfermeiro com experiência assume o controle. Estudo alemão aponta a necessidade de ter uma liderança capaz de gerenciar e contrabalancear a demanda do trabalho, ressaltando que ouvir o profissional é fundamental no processo, com vistas a proporcionar a segurança do paciente, uma vez que a sobrecarga gera tensão e estresse nos profissionais, comprometendo o processo do cuidado (STURM *et al.,* 2019). Neste sentido, uma estratégia enriquecedora para as unidades, que deveria ser realizada pelos gestores, é desenvolver uma escuta ativa quanto às solicitações dos profissionais de saúde, buscando acolhê-los, compreendê-los e responder às suas urgências19. Esta escuta ativa foi apontada como uma das soluções pelos trabalhadores da UPA.

Outro aspecto levantado nos dados se refere à divisão de trabalho em saúde, especialmente em unidades de urgência e emergência, sendo nítidas as diferenças técnicas existentes, decorrentes tanto da formação quanto da experiência vivenciada, sendo importante articular as ações e a interação dos sujeitos nas complexas necessidades de cuidado21. A formação e a educação permanente foram ressaltadas como fundamentais para se garantir a segurança do paciente. A confiança entre os membros da equipe, apontando imprescindível um olhar especial da gestão para a formação/educação permanente, uma vez que repercutem no processo de trabalho, e possibilitam que os profissionais se sintam mais seguros e convictos para exercerem as suas atividades assistenciais (BITENCOURT *et al.*, 2020).

A literatura internacional destaca o quanto os treinamentos clínicos com as equipes são eficazes e eficientes para aumentar a segurança das mesmas e diminuir a ansiedade dos profissionais diante do novo (AMALBERTI; VICENT, 2019; AVELAR; SANTOS, 2021). Vislumbram-se, nessa perspectiva, os treinamentos in loco como alternativas certas e precisas para serem desenvolvidas, principalmente em UPA.

Há que se ressaltar, ainda, no contexto deste estudo, a importância da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) como um instrumento essencial para o fortalecimento das ações de enfermagem, pois, embora não seja aplicado em todos as unidades de saúde, sua utilização é indispensável, para a realização do gerenciamento e prestações do cuidado, além de promover um direcionamento integral ao paciente, gerando uma melhora na qualidade de assistência (ANDRADE *et al.,* 2021; BITENCOURT *et al.*, 2020). Desta forma, a SAE se constitui numa ferramenta também de comunicação, a partir do momento que são registradas as necessidades de atenção à saúde e se realiza o planejamento das ações, bem como a sua implementação.

Nesse sentido, equipes e organizações precisam constantemente se ajustarem a momentos de maior demanda e complexidade conforme aponta Amalberti e Vicent (2019), sendo que pesquisa, realizada com médicos e enfermeiros dos EUA, apontou o quanto a comunicação entre esses impacta na assistência segura ao paciente e quanto os mesmos sofrem quando a comunicação é inadequada. Fatores como o meio de comunicação, tipo de texto, clareza da mensagem, a forma utilizada para transmiti-la demonstram que, quanto mais sincronizados os profissionais estiverem, menores serão os ruídos na comunicação. Outros fatores que impactam diretamente no tempo de resposta são a confiança e os relacionamentos interpessoais entre a equipe, pois, muitas vezes não há tempo hábil de sentar e discutir um caso, é necessário agilidade na passagem de uma informação, segurança de quem está passando e sugestões imediatas de conduta (MANOJLOVICH *et al.,* 2020). Estabelecendo um relacionamento de confiança, entre os atores do cuidado, será possível detectar as barreiras que impossibilitam a cooperação entre a equipe. A falta de comunicação efetiva representa um dos principais desafios à identificação de incidentes e eventos adversos (STOMSKI *et al.,* 2018).

Compreender o ponto de vista de cada profissional e colocá-los a compartilhar experiências foi algo enriquecedor, pois cada profissional carrega uma experiência e uma vivência, alguns com uma trajetória profissional mais longa, outros com seus primeiros passos, porém, todos com percepções e contribuições singulares para com o processo de trabalho onde estão inseridos.

As ações, quando realizadas em conjunto, oportunizam ampliar conhecimento, vivenciar novas experiências, modificar processos de trabalho e, diretamente, trazem satisfação e credibilidade ao trabalho. Assim, este estudo atingiu uma das regras do DT, qual seja, que "as ideias que criam um burburinho devem ser favorecidas. Na verdade, as ideias devem gerar alguma agitação, ainda que sutil, antes de receber apoio organizacional" (BROWN, 2020). Talvez as ideias aqui apresentadas, sejam elementares para os que as lerem, mas fizeram muito sentido para os que vivenciam as situações de vida e morte na sala de reanimação. Muito mais do que buscar a transformação imediata, este estudo possibilitou o repensar do processo de trabalho, desde a sua organização estrutural, até as relações interpessoais.

Destaca-se que o trabalho em equipe deve ser construído com base no diálogo, nos *feedbacks*, nos laços de confiança, em que cada membro da equipe se identifique como único, mas também, como uma peça fundamental no resultado final, entendendo-se como integrante da equipe O referencial filosófico do *desing thinking* proporcionou essa integração, em que diferentes categorias puderam sentar, discutir, conversar, trazendo à luz assuntos tão importantes, mas que, no cotidiano do processo de trabalho, acabam sendo pouco discutidos em detrimento da assistência. À medida que os encontros foram ocorrendo, um profissional trocava experiência com o outro e pequenas ações já eram sugeridas e implementadas ao longo do processo de construção. Um dos exemplos, refere-se ao layout da sala de reanimação, em que a maca onde se realizava eletrocardiograma (ECG) ficava no centro da sala, sendo, por sugestão da equipe, deslocada para um canto, agilizando a mobilidade dos profissionais e proporcionando conforto em momentos mais graves, como em uma reanimação cardiopulmonar. Desta forma, soluções simples, práticas e que estavam "escondidas", tornaram-se presentes, mais que isto, deram voz ao trabalhador.

Há que se ressaltar, ainda, que após a elaboração do estudo, a autora principal foi convidada a apresentar os resultados para a gestão municipal, reforçando o ir e vir do duplo diamante, mas acima de tudo, o caráter mobilizador do referencial adotado, tanto teórico filosófico, quanto metodológico, que permitiu que ações fossem implementadas já no processo de coleta e análise dos dados, contribuindo de forma imediata para a melhoria do atendimento e, principalmente, para a segurança do paciente e do trabalhador.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a pesquisa se tornou possível identificar os elementos que interferem na segurança do paciente e do trabalhador, quais

sejam: a organização do trabalho no que se refere à estrutura física, tecnológica e normativa, e a organização da equipe, quanto à divisão do trabalho, formação/educação permanente, liderança e comunicação, aspectos que interferem inclusive nas relações de trabalho.

O aprofundamento desta reflexão junto à equipe foi uma das limitações do estudo, principalmente porque parte da coleta de dados se deu ainda durante a pandemia, em que a demanda da unidade se modificou, dificultando a realização de encontros, inclusive mais prolongados. Outra limitação se refere à rotatividade de profissionais, (principalmente)em especial, da categoria médica, implicando na composição e adesão dos profissionais ao estudo.

Mesmo com as limitações, as sugestões acerca dos elementos que interferem na segurança do paciente e do trabalhador, algumas passíveis de implementação por decisão própria da equipe, outras que dependem de instâncias superiores, foram elencadas a partir da vivência, do cotidiano, permitindo um repensar do processo de trabalho.

Para construir e implementar um espaço seguro, tanto para o profissional quanto para o paciente, é imprescindível que, além do envolvimento dos profissionais, haja também o engajamento da gestão da UPA e do município, uma vez que as propostas sugeridas requerem adequações estruturais, materiais, organizacionais e de formação, e, portanto, envolve tomada de decisão no espaço micro (UPA), mas também no contexto macro (município e rede de atenção).

REFERÊNCIAS

1. AMALBERTI, R.; VINCENT, C. Managing risk in hazardous conditions: improvisation is not enough. Bmj Quality & Safety, [S.L.], v. 29, n. 1, p. 60-63, 9 jul. 2019. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2019-009443. Acesso em: 08 jun. 2022.
2. ANDRADE, T. R. S. F. *et al.* Assistência de enfermagem aos casos leves da COVID-19. Research, Society And Development, [S.L.], v. 10, n. 1, e5310111307, 3 jan. 2021. Disponível em: http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i1.11307. Acesso em: 08 jun. 2022.
3. AVELAR, A. F. M.; SANTOS, L. M. Technological innovation in health: back to origins. Revista Brasileira de Enfermagem, [S.L.], v. 74, n. 5, p. 3845-3859, 2021. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.202174suppl501. Acesso em: 03 jun. 2022.
4. BARDIN, L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Ed. 70, 2011. 279 p.
5. BITENCOURT, J. V. O. V. *et al.* Nurse's protagonism in structuring and managing a specific unit for COVID-19. Texto & Contexto - Enfermagem, [S.L.], v. 29, p. 200-213, 2020. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2020-0213. Acesso em: 20 abr. 2022.
6. BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, [2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 05 jun. 2022.
7. BRASIL. Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovação e Comunicações. Estratégia Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação 2016-2022. Brasília: MCTIC, 2017.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Atenção Básica / Ministério da Saúde, Brasília, Cadernos Humaniza SUS – (Série B. Textos Básicos de Saúde), v. 2, 2010. 256 p.
9. BROWN, T. Design Thinking: uma metodologia poderosa para decretar o fim das velhas ideias. Tradução de Cristina Yamagami. Rio de Janeiro: Alta Books, 2020. 304 p.
10. CARABETTA JUNIOR, V. *et al.* A utilização de mapas conceituais como recurso didático para a construção e inter-relação de conceitos. Revista Brasileira de Educação Médica, [S.L.], v. 37, n. 3, p. 441-447, set. 2013. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/s0100-55022013000300017. Acesso em: 10 maio 2022.
11. CESAR, F. I. G. Ferramentas Gerenciais de Qualidade. São Paulo: Biblioteca 24 horas, 2013. 142 f.
12. KÄLLBERG, A.-S. *et al.* Physicians' and nurses' perceptions of patient safety risks in the emergency department. International emergency nursing, v. 33, p. 14- 19, 2017. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28256336/. Acesso em: 05 abr. 2022.
13. LESSA, G. Análise da Política de Atenção as Urgências em Santa Catarina. 2017. 257 f. Tese (Doutorado). Área de Concentração: Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem, PósGraduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.
14. MANOJLOVICH, M. *et al.* Factors influencing physician responsiveness to nurse-initiated communication: a qualitative study. Bmj Quality & Safety, [S.L.], v. 30, n. 9, p. 747-754, 9 nov. 2020. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2020-011441. Acesso em: 15 abr. 2022.
15. MARTINS, T. C.; ANTUNES, R. F. O design thinking como empatia, experimentação e colaboração na comunicação. Comunicação e Inovação, v. 19, n. 41, p. 84-99, set- dez. 2018.
16. MOURA, V.; QUEIROZ, M. G. Percepções da equipe de enfermagem dos Serviços de Urgência e Emergência (SUE) públicos de Goiânia acerca da (in)segurança no ambiente de trabalho. Dossiê Ensino na Saúde, v.17, n. 1, 2021. Disponível em:
17. https://revistas.ufg.br/rir/article/view/62553. Acesso em: 08 jun. 2022.
18. PEDUZZI, M. *et al.* Trabalho em equipe, prática e educação interprofissional. Clínica médica: atuação da clínica médica, sinais e sintomas de natureza sistêmica, medicina preventiva, saúde da mulher, envelhecimento e geriatria. Barueri: Manole; 2016, v. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3011330/mod_resource/content/1/Trabalho%20em% 20equipe.pdf. Acesso em: 20 de jun. 2022.
19. PEITER, C. C. et. al. Redes de atenção à saúde: tendências da produção de conhecimento no Brasil. Escola Anna Nery, v. 23, n. 1, 2019. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2018-0214. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ean/a/8V3GKbxjSp3VdpbR3s78HDb/abstract/?lang=pt. Acesso em: 20 mar. 2022.
20. PINHEIRO, T; ALT, L. Design Thinking Brasil: empatia, colaboração e experimentação para pessoas, negócios e sociedade. Rio de Janeiro: Alta Book, 2018. 248 p.
21. ROSSETO, J. C. C. Intervenções de enfermagem ao paciente com infarto agudo do miocárdio na emergência: construção e validação de um guia. 2018. 205 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2018.

22. SANTANA, T. S.; SERVO, M. L. S.; SOUZA, A. R. Estresse no processo de trabalho da enfermeira em emergência hospitalar. Revista Baiana de Saúde Pública, v. 42, supl. 1, p. 163-177, mar. 2018. Disponível em: https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/2876. Acesso em: 15 nov. 2021

23. SIQUEIRA, C. P. *et al.* Segurança do paciente em uma unidade de pronto atendimento: planejamento de ações estratégicas. Revista de Enfermagem UERJ, v. 2, 2021. Disponível em: DOI: http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2021.55404. Acesso em: 15 mar. 2022.

24. STEIN, M.; FERNANDES, R. B. Tecnologias inovadoras em saúde e enfermagem. In: ANDERS, J. C. *et al.* Experiências práticas para a implementação da sistematização da assistência de enfermagem em instituições de saúde. Curitiba: editora CRV, 2022. p. 53- 82. Disponível em: https://www.editoracrv.com.br/produtos/detalhes/36876-crv. Acesso em: 31 ago. 2022.

25. STOMSKI, N. *et al.* The influence of situation awareness training on nurses' confidence about patient safety skills: a prospective cohort study. Nurse Education today, v.63, p. 24-28, 2018. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0260691718300467. Acesso em: 22 mar. 2022.

26. STURM, H. *et al.* Do perceived working conditions and patient safety culture correlate with objective workload and patient outcomes: A cross-sectional explorative study from a German university hospital. Plos One, v. 14, n. 1, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0209487 Acesso em: 10 abr. 2022.

27. YIN, R. K. Estudo de caso: planejamento e métodos. Tradução de Daniel Grassi. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.