



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM  
MODALIDADE MESTRADO PROFISSIONAL

Aline Cristina da Rosa

**Segurança do paciente e do trabalhador em sala de reanimação de unidade de pronto  
atendimento: aplicando o *design thinking***

Florianópolis

2022

Aline Cristina da Rosa

**Segurança do paciente e do trabalhador em sala de reanimação de unidade de pronto atendimento: aplicando o *design thinking***

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de Mestre Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem.

Linha de Atuação: Gestão e Gerência em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Francine Lima Gelbecke

Florianópolis

2022

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Rosa, Aline Cristina da  
Segurança do paciente e do trabalhador em sala de  
reanimação de unidade de pronto atendimento : aplicando o  
design thinking / Aline Cristina da Rosa ; orientador,  
Francine Lima Gelbcke, 2022.  
79 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade  
Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde,  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2022.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Segurança do paciente . 3. Segurança  
dos trabalhadores. 4. Emergências. 5. Design Thinking. I.  
Gelbcke, Francine Lima . II. Universidade Federal de  
Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.  
III. Título.

Aline Cristina da Rosa

**Segurança do paciente e do trabalhador em sala de reanimação de unidade de pronto atendimento: aplicando o *design thinking***

O presente trabalho em nível de Mestrado foi avaliado e aprovado, em 28 de julho de 2022 em defesa, pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.(a) Mônica Stein, Dr.(a)

Instituição HU UFSC

Prof.(a) Gabriela Marcolino Lanzoni, Dr.(a)

Instituição UFSC

Prof.(a) Roberta Costa, Dr.(a)

Instituição UFSC

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Mestre em Gestão do Cuidado em Enfermagem.

---

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

---

Prof.(a) Francine Lima Gelbecke, Dr.(a)

Orientador(a)

Florianópolis, 2022

## AGRADECIMENTOS

Agradecer e agradecer. Está é a palavra que descreve melhor esse momento e esta fase. O caminho para chegar ao final da mesma foi sinuoso, denso, difícil, íngreme, imprevisível, duvidoso, mas com o auxílio de muitas pessoas que cruzaram o percurso, auxiliando, motivando, compartilhando, foi possível caminhar passo a passo, superando-se no dia a dia.

Nada teria sido possível sem a colaboração e auxílio de muitas pessoas, desde o momento do projeto até o findar da obra. Agradeço primeiramente a minha mãe pela força e exemplo de mulher batalhadora, dedicada, decidida, que se doa pelo próximo.

Agradeço à professora orientadora, Francine, o apoio, orientação, paciência, experiência e disponibilidade. Assim, também estendo o meu imenso agradecimento a todos os professores do Programa que estiveram presentes tanto na qualificação, quanto na defesa, disponibilizando e compartilhando ideias, apoio, tempo, conhecimento e proporcionando ferramentas que pudessem auxiliar na execução do trabalho, com sugestões inovadoras e desafiadoras como a proposta do Design Thinking.

Aos colegas de mestrado, que mesmo num momento atípico em virtude da pandemia, foram essenciais, pois o cansaço, o desânimo, a dúvida e a insegurança se faziam presentes, e nesses momentos buscava-se a força, nem que fosse por trocas de mensagens.

Agradeço aos colegas e amigos de profissão, técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos, a vocês não só meu agradecimento, mas toda a minha admiração e carinho. Foi um momento muito difícil a todos, uma nova doença, pandêmica, nos assolava. As dúvidas, incertezas, mudanças de fluxos e rotinas eram diárias, mas nada nos impedia de continuar e exercer o melhor trabalho possível. Foi uma fase muito difícil e desafiadora para cada um. Nesse momento não vou citar nomes, pois a lista de pessoas que preciso agradecer é grande, mas em meu coração e pensamento carrego cada rosto, ideia e fala individual. Obrigada a cada um, sem vocês certamente nada disso seria possível. Obrigada pelas ideias, momentos compartilhados e acima de tudo o desejo em fazer um ambiente mais seguro tanto para si, quanto para os pacientes. Agradeço também aos gestores do município e da UPA.

Assim, encerro meus agradecimentos com a letra da música Trem - bala, pois ela descreve muito a trajetória e o momento vivenciado até aqui.:

“Não é sobre ter todas as pessoas do mundo pra si  
É sobre saber que em algum lugar alguém zela por ti  
É sobre cantar e poder escutar mais do que a própria voz  
É sobre dançar na chuva de vida que cai sobre nós  
É saber se sentir infinito num universo tão vasto e bonito

É saber sonhar  
E então fazer valer a pena  
Cada verso daquele poema sobre acreditar  
Não é sobre chegar no topo do mundo, saber que venceu  
É sobre escalar e sentir que o caminho te fortaleceu  
É sobre ser abrigo e também ter morada em outros  
corações  
E assim ter amigos contigo em todas as situações  
A gente não pode ter tudo  
Qual seria a graça do mundo se fosse assim?  
Por isso, eu prefiro sorrisos  
E os presentes que a vida trouxe pra perto de mim  
Não é sobre tudo que o seu dinheiro é capaz de comprar  
E sim sobre cada momento, sorriso a se compartilhar  
Também não é sobre correr contra o tempo pra ter sempre  
mais  
Porque quando menos se espera a vida já ficou pra trás”  
(VILELA, 2017)

## RESUMO

As unidades de urgência e emergência são espaços essenciais na Rede de Atenção à Saúde, que requerem incremento tecnológico, aliado ao olhar empático, com vistas a um atendimento seguro para pacientes e trabalhadores, considerando que estes espaços nem sempre estão apropriados para cuidados em situações de risco de vida. **Objetivo:** Propor estratégias que promovam a segurança do paciente e do trabalhador em sala de reanimação de uma unidade de pronto atendimento. **Método:** Pesquisa aplicada que utilizou o referencial filosófico do *design thinking* e o método projetual do *Double Diamond*, com as etapas de descobrir, definir, desenvolver e entregar. A coleta de dados foi realizada entre outubro e dezembro de 2021, com profissionais que exercem o cuidado em sala de reanimação de uma unidade de pronto atendimento. Participaram da pesquisa 12 enfermeiros, nove técnicos de enfermagem e três médicos. Para a coleta foram realizados quatro encontros na primeira etapa e um encontro na segunda etapa. Todos os encontros foram gravados e posteriormente transcritos, respeitando os requisitos de sigilo e anonimato conforme o Comitê de Ética. **Principais Resultados:** foram definidas duas grandes categorias: 1) Organização do trabalho; 2) Organização da equipe de saúde; com contribuições da equipe para melhorias estruturais, tecnológicas, relacionais, de educação permanente, entre outros aspectos. Por meio do olhar empático de cada profissional, a partir da sua vivência na instituição estudada ou em outros estabelecimentos de saúde, foi possível estabelecer estratégias para melhorar a segurança e qualidade da assistência. A troca de saberes entre todos que intervêm na sala de reanimação permitiu conhecer as fragilidades mais corriqueiras experimentadas por esses profissionais, em momentos de urgência e emergência, as quais podem comprometer tanto a segurança do paciente quanto do trabalhador. As ações construídas conjuntamente oportunizaram ampliar conhecimento, vivenciar novas experiências, modificar processos de trabalho e assegurar satisfação e credibilidade ao processo de trabalho. Várias das ideias levantadas durante a coleta de dados foram sendo executadas ao longo do trabalho, com a participação da gestão e dos profissionais. **Conclusão:** A metodologia do *design thinking* foi enriquecedora, destacando-se a questão empática com os envolvidos, possibilitando construir e reconstruir conjuntamente estratégias, bem como o comprometimento dos trabalhadores em relação às melhorias propostas. Como produto final deste trabalho, foram identificadas estratégias para contribuir na segurança do paciente e do trabalhador em uma sala de reanimação de uma UPA, destacando-se: alteração do *layout* da sala de reanimação, com organização do ambiente; 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 que permitam assistir o paciente de forma segura, como diferentes tamanhos de tubos endotraqueais; – reorganização dos materiais, com identificação dos locais, garantindo agilidade para o acesso; melhoria de relações interpessoais, minimizando os conflitos; elaboração de instrumento para passagem de plantão; adoção de programa de educação permanente; entre outros.

**Palavras-chave:** Segurança do paciente; Segurança dos trabalhadores; Emergências; Inovação tecnologia em saúde; Gestão do cuidado; *Design Thinking*.

## ABSTRACT

The urgency and emergency units are essential spaces in the Health Care Network, requiring technological increase, coupled with the empathic look, in order to provide safe care for patients and workers, considering that these spaces are not always appropriate for attention in life-threatening situations. **Objective:** To propose 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 out between October and December 2021, with professionals who provide care in the resuscitation room of an emergency department. Twelve nurses, nine nursing technicians and three doctors agreed to participate in the research. Four meetings were held in the first stage and one meeting in the second stage. All meetings were recorded and later transcribed, respecting the requirements of confidentiality and anonymity according to the ethics committee. **Main 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 in the studied institution or in other healthcare facilities, it was possible to establish strategies 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. Several ideas raised during data collection were implemented throughout the work, with the participation from management and professionals. **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 of this work, strategies were identified to contribute to patient and worker safety in a resuscitation room of an UPA (Unidade de Pronto Atendimento - Emergency Department), highlighting: changing the layout of the resuscitation room, with organization of the environment; reorganization and control of the emergency cart; establishing a place of easy access and good visibility to arrange the resuscitation board; ensuring materials in quantity and quality to assist the patient safely, such as different sizes of endotracheal tubes; - reorganization of materials, with identification of locations, ensuring agility for access; improvement of interpersonal relationships, minimizing conflicts; preparation of instrument for passing of duty; adopt permanent education program; among others.

**Keywords:** Patient safety; Worker safety; Emergencies; Health technology innovation; Care management; Design Thinking.

## LISTA DE FIGURAS

|  |    |
|--|----|
| Figura 1: Fases da abordagem do Design Thinking com o método DD .....  | 29 |
| Figura 2: Fases da abordagem do Design Thinking com o método DD .....  | 37 |
| Figura 3: Corredor de acesso à sala de reanimação.....   | 60 |
| Figura 4: Abertura de uma janela de vidro entre a sala de preparo de medicação e a farmácia, com a presença de um profissional, integralmente..... | 61 |
| Figura 5: Imagem do corredor antes da abertura da janela.....  | 61 |
| Figura 6: Antiga posição do eletrocardiograma (localizado no meio da sala) .....   | 62 |
| Figura 7: Realocação do eletrocardiograma para o canto da sala de reanimação .....   | 63 |
| Figura 8: Organização da sala com armários aéreos .....  | 64 |
| Figura 9: Exposição da tábua.....  | 64 |
| Figura 10: Kanban – representação gráfica das categorias: feito, fazendo e a fazer.....  | 65 |

## LISTA DE QUADROS

|   |    |
|---|----|
| Quadro 1: Dados relativos às categorias analíticas, organização do trabalho e contribuições da equipe de saúde para segurança e qualidade da assistência - Florianópolis, 2022.....           | 41 |
| 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. .... | 42 |
| Quadro 3: Painel semântico relativo à organização do trabalho – Florianópolis, 2022.....  | 53 |
| Quadro 4: -Painel semântico relativo à organização da equipe – Florianópolis, 2022. ....  | 56 |

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

|       |   |
|-------|---|
| APH   | Atenção Pré-Hospitalar                              |
| BVS   | Biblioteca Virtual da Saúde                         |
| COFEN | Conselho Federal de Enfermagem                      |
| CSP   | Cultura de Segurança do Paciente                    |
| DD    | <i>Double Diamond</i>                               |
| DT    | <i>Design Thinking</i>                              |
| EAs   | Eventos Adversos                                    |
| ECG   | Eletrocardiograma                                   |
| NSP   | Núcleo de Segurança do Paciente                     |
| OMS   | Organização Mundial da Saúde                        |
| OPAS  | Organização Pan-Americana da Saúde                  |
| PCR   | Parada Cárdio Respiratória                          |
| PNAU  | Política Nacional de Atenção às Urgências           |
| PNSP  | Programa Nacional de Segurança do Paciente          |
| PSPSS | Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde |
| RAS   | Rede de Atenção à Saúde                             |
| RUE   | Rede de Urgência e Emergência                       |
| SAE   | Sistematização da Assistência de Enfermagem         |
| SUS   | Sistema Único de Saúde                              |
| TCLE  | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido          |
| UFSC  | Universidade Federal de Santa Catarina              |
| UPA   | Unidade de Pronto Atendimento                       |

## SUMÁRIO

|              |  |           |
|--------------|--|-----------|
| <b>1</b>     | <b>INTRODUÇÃO</b> .....  | <b>13</b> |
| <b>2</b>     | <b>OBJETIVO GERAL</b> .....  | <b>16</b> |
| 2.1          | OBJETIVO ESPECÍFICO.....   | 16        |
| <b>3</b>     | <b>SUSTENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....   | <b>17</b> |
| 3.1          | SEGURANÇA DO PACIENTE E DO TRABALHADOR .....   | 17        |
| 3.2          | INOVAÇÃO TECNOLÓGICA EM SAÚDE .....  | 20        |
| 3.3          | <i>DESIGN THINKING</i> : uma abordagem filosófica .....  | 21        |
| <b>3.3.1</b> | <b>Empatia</b> .....   | <b>23</b> |
| <b>3.3.2</b> | <b>Definição</b> .....   | <b>24</b> |
| <b>3.3.3</b> | <b>Ideação</b> .....   | <b>24</b> |
| <b>3.3.4</b> | <b>Prototipagem</b> .....  | <b>25</b> |
| <b>3.3.5</b> | <b>Implementação</b> .....   | <b>26</b> |
| <b>4</b>     | <b>MÉTODO</b> .....  | <b>27</b> |
| 4.1          | TIPO DE PESQUISA .....   | 27        |
| 4.2          | LOCAL DO ESTUDO .....  | 27        |
| 4.3          | PARTICIPANTES DO ESTUDO .....  | 28        |
| 4.4          | COLETA DE DADOS .....  | 28        |
| <b>4.4.1</b> | <b>Primeira Etapa – Descobrir (divergente)</b> .....   | <b>29</b> |
| <b>4.4.2</b> | <b>Segunda etapa – Definir (convergente)</b> .....   | <b>30</b> |
| <b>4.4.3</b> | <b>Terceira Etapa – Desenvolver (Divergir)</b> .....   | <b>31</b> |
| <b>4.4.4</b> | <b>Quarta Etapa – Entrega (Convergir)</b> .....  | <b>31</b> |
| 4.5          | ANÁLISE DOS DADOS .....  | 32        |
| 4.6          | ASPECTOS ÉTICOS .....  | 32        |
| <b>5</b>     | <b>RESULTADOS</b> .....  | <b>34</b> |
| 5.1          | MANUSCRITO – SEGURANÇA DO PACIENTE E DO TRABALHADOR EM SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA: PERCEPÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE. .... | 34        |
| 5.2          | ESTRATÉGIAS PARA PROPORCIONAR A SEGURANÇA DO PACIENTE E DO TRABALHADOR EM UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO .....  | 51        |
| <b>6</b>     | <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....  | <b>68</b> |
|              | <b>REFERÊNCIAS</b> .....   | <b>70</b> |
|              | <b>APÊNDICE A –TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....  | <b>78</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

Após a promulgação da Constituição Federal de 1988, uma nova forma de pensar e ofertar os serviços de saúde no Brasil começa a ser concretizada. Com a implantação e a expansão do Sistema Único de Saúde (SUS), a saúde passa a ser parte dos direitos sociais e universais, saindo de uma lógica em que poucos tinham acesso aos serviços para um cenário garantido pelos princípios doutrinários de universalização, equidade e integralidade (BRASIL, 1988; MERHY *et al.*, 2022).

Para que haja um atendimento diferenciado e respeitoso é imprescindível que esses princípios estejam sempre presentes, uma vez que o da universalização assegura a saúde como um direito garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais. Corroborando com esse princípio, a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080/90) destaca em seu art. 7º que “a universalidade de acesso aos serviços de saúde deve ser garantida em todos os níveis de assistência”. O princípio da equidade assegura o direito individual e equânime, uma vez que cada pessoa possui uma necessidade distinta e, como tal, precisa ser atendida em todos os níveis de atenção. E a integralidade destaca a importância de incluir ações, articulando as da saúde com as de outras políticas públicas, de modo a garantir uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que possibilitem uma qualidade de vida aos indivíduos (BRASIL, 2002; BRASIL, 2010).

Para garantir os princípios do SUS, diferentes experiências coletivas foram sendo realizadas até a criação da Política Nacional de Humanização, a qual expressa a preocupação com a qualidade da clínica vinculada à da gestão. Desta forma, há um olhar diferenciado tanto para com os usuários quanto para os trabalhadores e, conectando-se aos princípios já instituídos, buscou-se estabelecer uma abordagem diferenciada que resultasse em uma gestão cada vez mais participativa e humanizada (BRASIL, 2010).

Nesse vasto e complexo campo sociopolítico econômico em que o SUS está inserido, de desenvolvimento científico e tecnológico, é necessário compartilhar e interagir com todas as realidades, de modo a garantir a proteção e a participação social em todas as suas formas de expressão e sem qualquer discriminação (MERHY *et al.*, 2022).

Para contemplar o indivíduo em sua integralidade e continuar avançando na construção do SUS, em 2011 foi editada a Portaria n. 1.600, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE). Essa política visa assegurar ao usuário um conjunto de ações e serviços de modo a articular e integrar todos os equipamentos de saúde em situação de urgência/emergência de forma ágil e oportuna,

integrando atenção básica, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), sala de Estabilização, Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h), hospital e atenção domiciliar (BRASIL, 2011; BRASIL, 2013a; RESENDE; SILVA; TEIXEIRA, 2018).

De modo a garantir um atendimento capaz de articular as três esferas da atenção à saúde (primária, secundária e terciária) e ainda promover uma assistência segura nos estabelecimentos de saúde, em 2013, com a portaria n. 529/13, institui-se o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), dando ênfase à necessidade de desenvolver produtos, estratégias e ações voltadas aos gestores, profissionais e usuários da saúde, com vistas a diminuir os eventos adversos que ocorrem na atenção à saúde, buscando-se a segurança do paciente (BRASIL, 2013a; SOUSA, 2019; SIQUEIRA *et al.*, 2021).

Esse cenário despertou ao mundo os enormes riscos e desafios que os profissionais de saúde enfrentam em seus serviços e o quanto essa função é primordial para a sociedade. Esse olhar minucioso fez com que a Organização Mundial da Saúde (OMS), observasse melhor a relação do trabalhador da saúde e assistência segura e, ao lançar a campanha: “Segurança do trabalhador da saúde: uma prioridade para a segurança do paciente”, afirmou: “Trabalhadores da saúde seguros, pacientes seguros” (COFEN, 2020; LEVI, 2020).

Os serviços de urgência e emergência, como a UPA, são considerados um dos espaços mais críticos de atuação do SUS (LESSA, 2017; ROSSETO, 2018). As UPA são organizações de complexidade intermediárias, que se destacam pela sua capacidade de articulação e interdependência com diversos pontos na Rede de Atenção à Saúde, determinando que o paciente que estava sendo estabilizado seja transferido para um centro de referência terciária no máximo em 24h, melhorando o funcionamento da Rede de Atenção às Urgências (SIQUEIRA *et al.*, 2021). Esse espaço se caracteriza por ser normalmente destinado ao paciente com afecções agudas, que exigem intervenções rápidas, certas, com instrumentos adequados e funcionantes (LESSA, 2017; ROSSETO, 2018). Por ser um ambiente estressante, com elevada demanda de trabalho cognitivo e físico, não deveria ocorrer ruídos de comunicação, falhas na organização e interrupções frequentes, porém, na maioria das vezes, não é isso o que ocorre na prática (SIQUEIRA *et al.*, 2021). Desse modo, investir em pesquisas voltadas ao profissional, na prática, é enriquecer a assistência e promover espaço mais seguro de acordo com a necessidade vivenciada, pois são nesses locais em que a necessidade de respostas rápidas e precisas por parte dos profissionais se fazem presentes. É importante reconhecer que a alta carga de trabalho e a organização do trabalho são fatores que comprometem a segurança do paciente. Para garantir a segurança da atenção à saúde são imprescindíveis intervenções baseadas em evidências científicas de eficácia demonstrada, por meio de um processo centrado no

conhecimento, na eliminação dos riscos desnecessários e na prevenção daqueles eventos evitáveis (RUNCIMAN *et al.*, 2009; HERNÁNDEZ-CRUZ *et al.*, 2017).

Nesse cenário, a segurança do paciente é uma importante dimensão da qualidade, pois se refere ao direito das pessoas de não sofrerem riscos, a partir de um dano desnecessário associado ao cuidado de saúde (RUNCIMAN *et al.*, 2009; SANTO; SORATTO, 2018). Quando se pensa na organização dos serviços de saúde, deve-se sempre considerar o engajamento dos profissionais nesse processo, uma vez que a chance de ocorrerem erros nesse espaço é elevada. Considerar a opinião dos profissionais que possibilite identificar estratégias que possam facilitar a manutenção da segurança do paciente, torna-se uma imprescindível ferramenta, principalmente quando a equipe está diante de períodos os quais exigem elevada concentração e demanda de trabalho. Ater-se ao posicionamento dos envolvidos é permitir criar mecanismos para evitar que o erro atinja o paciente e, assim, melhorar o cuidado prestado (BRASIL, 2014; SIQUEIRA *et al.*, 2021).

Atuando como enfermeira assistencial em uma UPA de um município no Sul do Brasil, há cinco anos, vivenciei e compartilhei histórias. Sobrecarga de trabalho, esgotamento da equipe, estresse, aos quais os trabalhadores são submetidos, fazem parte da rotina de quem atua em uma UPA, seja pela adversidade de eventos e situações, seja pelo preparo técnico científico da equipe na hora de uma situação de urgência e emergência, ou mesmo pela constatação do sofrimento alheio. Todos os sentimentos humanos estão envolvidos nesse cenário, que ficou ainda mais extenuante durante e após a vivência da pandemia de “COVID-19”. Nesse momento, percebeu-se o quanto a vida era efêmera e o quanto era necessário que o cuidado fosse ainda mais reforçado, tanto de um profissional com o outro, quanto para uma assistência segura. Foi em meio a esse palco, estressante, delicado e incerto, que despertou a necessidade de se conhecer ainda mais os fatores, tanto do ambiente físico quanto pessoal e individual, que pudessem comprometer a segurança do paciente e do trabalhador. Desta forma, com este estudo, busquei conhecer quais eram as maiores dificuldades vivenciadas por toda a equipe dentro da sala de reanimação, algumas vezes considerada como um espaço de estresse elevado, levando ao esgotamento da equipe.

Devido ao excesso de trabalho e às demandas cotidianas do plantão, raras são as vezes que se tem tempo hábil para refletir/debater com a equipe sobre os problemas, facilidades, possibilidades de resolução, vivenciados por todos – técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos, principalmente no que concerne a conhecer a percepção destes acerca das dificuldades individuais e coletivas que comprometem a segurança do paciente e do trabalhador em uma sala de reanimação.

A partir deste contexto, buscou-se um referencial teórico filosófico que permitisse um olhar empático e construtivo, identificando-se no *Design Thinking* esta possibilidade. A metodologia do duplo diamante, do *design thinking (DT)*, veio contribuir com essa proposta, uma vez que é um processo exploratório, empático, estruturado em etapas, que busca compartilhar processos, incentivar a propriedade coletiva de ideia e permitir que as equipes aprendam uma com as outras (BROWN, 2020). É saber que além do profissional também há o ser humano, assim quando se trabalha em grupo não há uma concepção “correta”, mas a construção de várias pequenas ideias, que gerarão inspiração, idealização e implementação – certamente esse produto construído conjuntamente resultará em algo que atenderá melhor as necessidades de profissionais e pacientes/usuários.

Frente ao exposto, a partir das inquietações vivenciadas em sala de reanimação de uma UPA, buscou-se neste estudo responder a seguinte questão de pesquisa: **quais são os elementos necessários para proporcionar uma sala de reanimação segura, tanto para o paciente quanto para o trabalhador?**

## **2 OBJETIVO GERAL**

Propor estratégias que promovam a segurança do paciente e do trabalhador em sala de reanimação de uma unidade de pronto atendimento.

### **2.1 OBJETIVO ESPECÍFICO**

Identificar as dificuldades vivenciadas pela equipe na sala de reanimação de uma UPA.

### 3 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo, realizou-se revisão narrativa de literatura, focando nos seguintes tópicos: segurança do paciente e do trabalhador, inovação tecnológica em saúde e *design thinking*. Para essa revisão, utilizou-se das seguintes fontes de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online – SciELO, Portal Periódicos da CAPES, PubMed, MEDLINE, e optou-se aos descritores: inovação tecnológica; segurança do paciente; segurança do profissional; *design thinking*. Para tanto, delimitou-se o período de 2011 a 2022.

#### 3.1 SEGURANÇA DO PACIENTE E DO TRABALHADOR

Desde a época de Hipócrates (460 a.C a 370 a.C), pai da Medicina, ressalta-se o postulado “*Primum non nocere*” que significa: “Primeiro não cause o dano”, fomentando a ideia de que o cuidado humano poderia causar algum dano. Ao longo do tempo, outros personagens foram essenciais nas técnicas que puderam melhorar a qualidade da saúde, inclusive, Florence Nightingale (BRASIL, 2014). Desde então, muito se discute sobre o assunto saúde-doença, eventos adversos (EAs) e segurança do paciente. Especialmente, o tema segurança do paciente ganhou relevância, a partir da divulgação do relatório do *Institute of Medicine, To Err is Human*, em que se definiu que evento adverso é um dano causado pelo cuidado à saúde e não pela doença de base (BRASIL, 2014). Vários estudos destacam que as práticas profissionais têm sido marcadas por elevadas taxas de EA, observadas principalmente na administração de medicamentos, identificação incorreta do paciente, em procedimentos cirúrgicos, ambientes de trabalhos, sobrecarga de trabalho, baixa capacitação dos profissionais, entre outros (SIMAN *et al.* 2019; SANTOS *et al.*, 2020).

Percebendo que a incidência desses eventos eram exponenciais pelo mundo, em 2004, a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou a *World Alliance for Patient Safety* (Aliança Mundial para a Segurança do Paciente). O intuito desse programa foi organizar os conceitos e as definições sobre segurança do paciente, de modo a promover e incentivar práticas assistenciais seguras que reduzissem globalmente os riscos para eventos adversos (BRASIL, 2014; RAIMONDI *et al.*, 2019). Com o objetivo de instituir padrões globais para aumentar a segurança do paciente, em qualquer ambiente de saúde, foram criadas seis metas internacionais: 1) Identificar corretamente o paciente; 2) Melhorar a eficácia da comunicação; 3) Melhorar a segurança dos medicamentos de alta-vigilância; 4) Assegurar Cirurgias com local de intervenção, procedimento e paciente correto; 5) Reduzir o risco de infecções associadas a

cuidados de saúde; 6) Reduzir o risco de danos ao paciente, decorrente de quedas (BRASIL, 2021). No Brasil, em 2013, foi elaborado pelo Ministério da Saúde o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), com objetivo de ampliar e qualificar os cuidados com a saúde do paciente no país, tanto em estabelecimentos públicos quanto privados. (BRASIL, 2021; ALVES; PEREIRA; DELDUQUE, 2018). Nesse cenário, ações são desenvolvidas constantemente para materializar esses objetivos, entre estas estão: elaboração de protocolos, guias, manuais, capacitações dos profissionais da saúde; ações de comunicação em saúde, além de núcleos de segurança do paciente (NSP) e plano de segurança do paciente em serviços de saúde (PSPSS) (ALVES PEREIRA; DELDUQUE, 2018).

Sendo assim, hoje se ressalta o quanto a segurança do paciente é primordial na dimensão da qualidade, pois, embora haja um risco de dano durante a assistência, é necessário criar mecanismos que evitem que o erro atinja o paciente e/ou se restrinja ao mínimo aceitável (BRASIL, 2014; SIQUEIRA *et al.*, 2021)

Desta forma, pensar na segurança do paciente é defender um cuidado seguro, destacando um conjunto de medidas e ações que objetivam gerenciar e prevenir riscos que os pacientes estão expostos (GOMES *et al.*, 2019). Essas medidas perpassam as crenças, valores e normas adotadas nas instituições de saúde, que envolvem aspectos relacionados à organização do trabalho, garantia de recursos e de estrutura, ou mesmo, a possibilidade dos profissionais de saúde refletirem sobre os incidentes, com vistas a melhorar a assistência à saúde. Todos esses são recursos que contribuem para uma prática assistencial segura (BRASIL, 2014; GOMES *et al.*, 2019; KOERICH; ERDMANN; LANZONI, 2020).

Trabalhar na perspectiva de se garantir a segurança do paciente e a qualidade da assistência é fundamental, principalmente quando se está inserido em um ambiente de saúde como são nas urgências e emergências, em que se sabe que ações rápidas e precoces podem minimizar o risco de lesões secundárias e reduzir a morbidade em pacientes graves, de modo a aumentar os índices de sobrevivência com o mínimo de sequelas possíveis (GOMES *et al.*, 2019).

Atuar em serviços de emergência exige do profissional da saúde uma resposta rápida às demandas de cada paciente, sendo uma tarefa desgastante. O estresse laboral provocado por esse ambiente pode ser extremamente destrutivo não só para o trabalhador, mas também para a segurança do paciente (HONORATO; MACHADO, 2019).

O estresse é definido como o estado de resposta do indivíduo frente a um estímulo que provoque excitação emocional. Essa resposta ao fator estressor depende de características

particulares de cada pessoa e da demanda do meio externo sobre ela (HONORATO; MACHADO, 2019, p. 03).

Em um ambiente de saúde, inúmeros são os fatores elencados como desgastantes aos profissionais, entre eles a carga horária exaustiva, com jornadas longas, atividades complexas que exigem respostas imediatas e distintas, de acordo com as demandas particulares de cada paciente (CARUSO, 2014; PÉLISSIER *et al.*, 2016). Salários baixos fazem com que a maioria dos profissionais busque outros vínculos a fim de obter uma renda mensal que atenda às necessidades (ANGELIM; ROCHA, 2016; OLIVEIRA, 2017). O esforço físico, os procedimentos repetitivos e extenuante, muitas horas em pé, bem como as condições ergonômicas desfavoráveis são alguns dos elementos que interverem diretamente no cuidado e na qualidade de vida dos profissionais (ROSADO; RUSSO; MAIA, 2015; HONORATO; MACHADO, 2019). Sendo assim, percebe-se o quanto os serviços de urgência e emergência podem ser considerados locais iminentemente estressantes devido à sobrecarga física e/ou mental aos trabalhadores, com efeitos na vida profissional e particular de cada um, uma vez que os profissionais de saúde se deparam com diversos fatores que ocasionam tensão no seu ambiente de trabalho (JANTSCH; MEDEIROS; LOHMANN, 2020).

Em tempos de pandemia, como as vivenciadas no ano 2020, essas questões ficaram ainda mais evidentes, haja vista que houve uma precarização nos serviços de saúde e os profissionais se tornaram cada vez mais cansados e afetados com a demanda exaustiva de longas horas de trabalho e o distanciamento social (RIBEIRO; VIEIRA; NAKA, 2020).

A segurança do trabalhador e a do paciente encontram-se, intrinsecamente, relacionadas à qualidade nos serviços de saúde, sendo prioridades em destaque na pauta de estabelecimentos de saúde, das entidades de classe e dos órgãos governamentais (BAPTISTA *et al.*, 2015). Ressalta-se a importância de favorecer a efetivação de estratégias que visem pela adoção de comportamentos e práticas seguras de modo a prestar o melhor cuidado (MUCELINI *et al.*, 2020).

Nessa direção, a segurança é compreendida como uma temática transversal do processo de assistir, envolvendo, sobretudo, o estabelecimento de vínculos de confiança entre trabalhadores e pacientes (BAPTISTA *et al.*, 2015; COFEN, 2020). Nesse sentido, a tecnologia surge como uma ferramenta essencial no auxílio da prática assistencial, e pode ser definida como um conjunto de instrumentos materiais e não materiais que contribuem conectando equipamentos, saberes e as relações humanas (GONÇALVES *et al.* 2020).

### 3.1 INOVAÇÃO TECNOLÓGICA EM SAÚDE

Da revolução industrial até o momento presente, o mundo passou por uma série de transformações, as quais proporcionaram mudanças gigantescas no modo de agir e interagir, tanto pessoal quanto social. O progresso técnico transpassou por diversos segmentos da estrutura produtiva de todos os países, modificando padrões organizacionais e acarretando um forte aumento da produtividade (BRASIL, 2012a).

O processo de inovação tecnológica no setor da saúde não poderia ser diferente, ele se torna um grande aliado diante das transformações que esse setor exige – seja no desenvolvimento de novos produtos, seja no processo de cuidado. O fato é que para a Enfermagem, esses recursos se tornam tão fundamentais, uma vez que ela atua diretamente com o cuidado integral e vivencia diariamente limitações que essa tarefa impõe (SALVADOR *et al.*, 2012; CORREA, 2017).

Muitas vezes, atrela-se ao termo inovação algo avançado tecnologicamente ou totalmente inovador, mas não necessariamente esses termos estão alinhados. Quando um serviço ou produto é inovador, ele causa impacto na vida das pessoas e transforma para sempre a forma dessas viverem e trabalharem (BROWN, 2020).

Iniciativas governamentais têm sido elaboradas, aspirando ao desenvolvimento da capacidade científica, tecnológica e produtiva (BRASIL, 2017). A implementação de políticas específicas, que proporcionem o desenvolvimento científico e tecnológico, são atitudes fundamentais para que o país enfrente os desafios no campo da saúde, desenvolvimento humano e social, de modo a garantir eficácia com baixo custo (BRASIL, 2017).

Desde 1999, o Brasil tem investido mais significativamente em pesquisa e desenvolvimento (P&D), visando à produção de insumos, o que se reflete no próprio desenvolvimento econômico do país. Estudos apontam que ainda há um atraso tecnológico em muitos setores, incluindo o setor serviços e, conseqüentemente, a área da saúde (LEAL; FIGUEIREDO, 2021; REGIS; SILVA, 2022).

A inovação tecnológica diz respeito à aplicação de conhecimentos científicos e tecnológicos com vistas a soluções de problemas que surgem em diferentes setores, incluindo o da saúde. Nesta área, pode estar relacionada às mudanças no diagnóstico, tratamento e prognóstico, com vistas à melhoria no processo de cuidado. Neste sentido, ao se pensar em inovação tecnológica em saúde, tem-se que considerar o fazer diário dos profissionais. De modo que se alcance resultados mais satisfatórios e seguros no processo saúde-doença, tanto para os indivíduos quanto para a coletividade (AVELAR; SANTOS, 2021, p. 1).

Inovação tecnológica na área da saúde não implica apenas no desenvolvimento de produtos, como aparelhos ou instrumentais técnicos, mas também, na modificação de processos, haja vista que a inovação está relacionada à atividade humana, implicando inclusive nas relações interpessoais (REGIS; SILVA, 2022).

No atual cenário político, econômico e tecnológico, os profissionais de modo geral são incitados a (re)criar, inovar e transformar as práticas profissionais, por meio do desenvolvimento de novas tecnologias em diferentes áreas do conhecimento. Nesse panorama, a Enfermagem exerce um importante papel articulador e integrador, uma vez que tem a possibilidade de investir em tecnologias de cuidado e saúde, motivadas por processos interativos e associativos de ensino e aprendizagem, socializando entre os pares para testar a aceitabilidade. Tais ações traduzem em conhecimentos na prática (BACKES *et al.*, 2015; PAIVA; ZANCHETTA; LONDOÑO, 2020).

No contexto da inovação, a formação é outro aspecto a ser destacado, haja vista que não há ênfase a este aspecto na formação profissional. Neste sentido, destaca-se a importância dos Programas de Pós-Graduação *stricto sensu*, em especial os programas profissionais, que no dizer de Primo e Furieri (2019, p.1), estabelecem a ponte entre o mundo profissional e o mundo acadêmico, formando profissionais para “atuar e transformar o mundo do trabalho, qualificando as ações de cuidado, gestão e educação em enfermagem”.

Para implementar processos de criação, modificação, inovação há necessidade de utilizar metodologias que permitam a construção deste novo conhecimento, contribuindo no desenvolvimento tecnológico. A utilização de metodologias que incentivem a criação e inovação é um desafio ainda na Enfermagem. Buscando suprir tal lacuna, ferramentas do *Design Thinking (DT)* têm sido utilizadas para estimular a abordagem criativa e focada na resolução de problemas e no ser humano, possibilitando a descoberta de novas soluções (BROWN, 2020).

### 3.1 *DESIGN THINKING*: uma abordagem filosófica

Há mais de 20 anos o DT tem sido procurado e aplicado em diferentes contextos de inovação, porém, em igual ou maior período ele também tem gerado discussões acadêmicas, em virtude de uma mudança no processo cognitivo e processual de se fazer (BAKER; MOUKHLISS, 2019; GRONMAN; LINDFORS, 2021). Considerado por alguns autores como um método, no entanto, em virtude de sua aplicabilidade e extensão teórica, ele se projeta como uma ciência – um referencial teórico filosófico, capaz de gerar novas mentalidades no fazer e

integrar métodos dos *designers* em outros campos, além do profissional (BROWN, 2020; GRONMAN; LINDFORS, 2021).

DT é visto como um expoente para superar desafios e buscar novos caminhos para soluções de problemas, uma vez que possui uma abordagem versátil para conduzir ideias conflitantes, identificar necessidades individuais e objetivas, fazer uso produtivo de diversas origens, aumentando a empatia e desenvolvendo uma visão ampla para a resolutividades (PAIVA; ZANCHETTA; LONDOÑO, 2020; GRONMAN; LINDFORS, 2021).

No mundo atual, as organizações carecem de inovações que façam a diferença. Uma visão puramente tecnocêntrica se torna pouco sustentável hoje em dia, é necessário que se tenha uma abordagem eficaz e acessível a todos os aspectos, seja dos indivíduos, da sociedade e dos negócios, a fim de que possam gerar ideias inovadoras que lidem com os desafios globais de saúde, educação e que essas estratégias resultem em um senso de propósito que incluam todas as pessoas envolvidas. (BROWN, 2020; RECHE; JANISSEK-MUNIZ, 2018).

O DT é uma abordagem de solução de problemas que reduz vários métodos de *designs* amplos em uma estrutura replicável simples e é utilizada em um número cada vez maior de configurações para lidar com uma variedade crescente de desafios (BACKER; MOUKHLISS, 2019)

Paiva, Zanchetta e Londoño (2020) relatam que essa metodologia surge como um fazer científico, ainda inédito para a enfermagem brasileira, e resplandece como uma nova maneira de pensar, ressaltar fatos, eventos e reflexões. De acordo com os autores, relatar a experiência com o uso das *DT*, e mais, pela metodologia do duplo diamante, é uma forma de incentivar o diálogo entre pesquisadores brasileiros e internacionais. O *design thinking* tem sido definido e descrito de muitas maneiras diferentes, tanto na literatura quanto na esfera pública, mas a ênfase permanece na aplicação prática dos princípios e processos de *design* (BACKER; MOUKHLISS, 2019).

Para estabelecer esse fluxo de ideias capaz de desenvolver soluções, novas estratégias, aproximar-se dos consumidores, reduzir as chances de fracasso e abrir novas oportunidades para o negócio – utilizou-se da abordagem do *DT*, a qual se baseia na capacidade intrínseca do ser humano em ser intuitivo, reconhecer padrões e desenvolver ideias que tenham um significado tanto racional/funcional quanto emocional (BROWN, 2020; MARTINS; ANTUNES, 2018).

O DT, através de suas diferentes formas, veio inovar o modo de pensar e produzir um produto, intervindo desde o início do processo de desenvolvimento (BROWN, 2020). Essa metodologia estabelece uma estrutura de processos que permite uma comunicação constante

entre a equipe em desenvolvimento (preferencialmente multidisciplinar), as partes interessadas e os usuários (SOHAIB *et al.*, 2019). Nesse sentido, a união entre as boas técnicas e as habilidades permitem contribuir na obtenção de soluções inovadoras que correspondem aos desejos e necessidades dos usuários, estabelecendo estratégias de negócios que são capazes de converter soluções em valor para cliente e oportunidades para o mercado (BROWN, 2020, NONATO, 2019).

Considerando a celeridade de abordar os problemas, com vistas a identificar soluções, sistemas projetuais foram sendo desenvolvidos, compreendendo “sistematizações, metodologias, métodos, ferramentas e técnicas” para apoiar o processo de solução dos problemas, e a forma de interpretar e conduzir a prática projetual dentro do *design*, foi denominada de *desing thinking* (DT). Esta abordagem filosófica foi organizada pelo *Desing Council* no método projetual do *Double Diamond* – duplo diamante (DD) – que articula as cinco etapas previstas no *DT*, quais sejam: empatia, definição, ideação, prototipação e teste (STEIN; FERNANDES, 2022).

### 3.3.1 Empatia

Por uma realidade observada e/ou por relato externalizado o *designer* tem a possibilidade de identificar necessidades e comportamentos de usuários-alvo (BROWN, 2020; SOHAIB *et al.*, 2019).

Esse é um processo centrado no ser humano e busca entendê-lo nas suas necessidades emocionais e comportamentais, ouvindo-o e observando-o como um todo, de modo a identificar o seu ponto de vista, dificuldades, expectativas e o ambiente em que está inserido (SILVA *et al.*, 2016; SOHAIB *et al.*, 2019). Assim é possível constatar a fundo como uma “dificuldade” ou a falta de um produto ou o aperfeiçoamento de algo já existente, que pode impactar na qualidade de vida das pessoas. De acordo com Nonato (2019), esse é um processo de conhecimento possível, por ser um mergulho no tema, em que possibilita identificar perspectivas atuais e situações singulares que compõem o universo do problema a ser resolvido.

Importante nessa fase identificar as restrições mais importantes e a definição de critérios para a avaliação.

Para que a fase de imersão decorra corretamente é primordial separá-la em duas partes: a) Imersão Preliminar: quando a equipe se aproxima do problema e apropria-se de subsídios para esclarecer o limite do projeto e a finalidade da solução a ser desenvolvida; b) Imersão profunda: nesse momento se está diante de uma imersão mais detalhada e também mais

objetiva, a qual visa explorar todos os ângulos que envolvem o contexto do problema, determinando com clareza o objetivo a ser alcançado e assim ter subsídios que possam gerar *insights* para a construção do projeto (NONATO, 2019)

Entre as restrições mais importantes em função dos critérios, estão: praticidade; viabilidade e desejabilidade. “Praticidade: o que é funcionalmente possível num futuro próximo; Viabilidade: o que provavelmente se tornará parte de um modelo de negócios sustentável; Desejabilidade: o que faz sentido para as pessoas”. (BROWN, 2020, p.18).

Para alcançar esses pontos, com base na necessidade das pessoas é primordial que a equipe de *design thinking* seja composta por uma equipe multidisciplinar e/ou multiprofissional, com diferentes olhares para o mesmo problema (BROWN, 2020; NONATO, 2019). Assim, é possível imergir nos desafios que essa metodologia, sem respostas certas, mas viáveis, coloca-nos, o que permite que fique mais enriquecedora.

### 3.3.2 Definição

Nesta etapa, a equipe já consegue especificar as necessidades do usuário, realizar uma síntese das informações coletadas e elaborar um resumo. É fundamental que nessa etapa consiga desconstruir hábitos e projetar ideias criativas que proporcionem resolutividade aos desafios enfrentados na prática (CLEMENTE; TSCHIMMEL; VIEIRA, 2016; BROWN, 2020).

Este estágio é considerado relativamente difícil, uma vez que as pessoas tendem a trabalhar soluções específicas e já conhecidas, não se movendo na incerteza de muitas direções possíveis (CLEMENTE; TSCHIMMEL; VIEIRA, 2016). Importante nessa etapa que se elaborarem perguntas, normalmente abertas, as quais possibilitem compreender a satisfação do cliente e/ou público-alvo, com relação ao produto (PINTO; MOTA, 2020). Para tanto, é indicado se utilizar de instrumento avaliativo que permita a ideação de novos saberes por meio de ferramenta de descoberta, organização, observação, análise dos dados coletados junto aos públicos de interesse da pesquisa, seja por meio de diagrama de afinidade, mapa conceitual, mapa de empatia, cartão de *insights* ou outras técnicas que permitirão encontrar alternativas para o problema e delimitar ainda mais as reflexões (FREITAS; NOVASKI; BILLING, 2020; PINTO; MOTA, 2020).

### 3.3.3 Ideação

Nessa etapa o objetivo é gerar várias ideias a fim de solucionar a problemática em questão (SILVA *et al.*, 2016).

Entre uma das técnicas que podem ser utilizadas nessa etapa é a *brainstorming*, que consiste em ferramenta essencial para aprimorar a criatividade, buscando de maneira estruturada, romper com o que já está posto (BROWN, 2020; SILVA *et al.* 2017). Segundo Brown (2020) *brainstorming* é fundamental quando o objetivo é abrir uma ampla variedade de ideias. Essa técnica é utilizada para gerar *insights* e soluções pertinentes ao problema (SILVA *et al.*, 2016; RECHE; JANISSEK- MUNIZ, 2018).

### 3.3.4 Prototipagem

Essa é uma das etapas mais poderosas para o *design thinking*. Ela não precisa de um programa sofisticado de computadores ou de uma produção no exterior. Ela somente necessita do sistema cerebral, que todo ser humano possui com capacidade empática, intuitiva, que consegue reconhecer padrões e elaborar conceitos complexos – ao mesmo tempo emocionalmente ressonantes e funcionalmente relevantes (BROWN, 2020; RECHE; JANISSEK- MUNIZ, 2018).

A prototipagem consiste em testar alguma hipótese, com base na construção do objeto. Pode-se pensar em um protótipo como um modelo terminado de um produto prestes a ser fabricado, porém esse conceito começa a ser aplicado muito antes do processo.

O *Design Thinking* é mais que do que um método estruturado, ele tem a capacidade de demonstrar o pensamento integrativo que todo ser humano é capaz de desenvolver.

“Os pensadores integradores sabem como ampliar o escopo das questões relevantes ao problema. Eles resistem a lógica do “isso ou aquilo” e veem relações não lineares e multidirecionais como uma fonte de inspiração, não de contradição. A complexidade do problema é visto como uma oportunidade criativa” (BROWN, 2020, p. 80).

Apesar de aparentar para muitos que a criação de modelos, esboços e simuladores atrasará o trabalho, a prática revela que a prototipagem gera resultados com maior rapidez ,tendo a oportunidade de reunir informações por meio de *feedbacks* imediatos dos usuários, o que auxilia no refinamento do produto (BROWN, 2020; PINTO; MOTA, 2020).

Os protótipos iniciais devem ser rápidos, baratos e rudimentares, pois quanto maior for o valor investido em uma ideia, mais difícil será do pesquisador desaparecer e testar outras

alternativas. Existe uma ampla variedade de matérias que podem ser utilizados, desde cartolina, espuma, madeira objetos reutilizados até impressão 3D (BROWN, 2020).

Após estabelecer um protótipo, é interessante colocá-lo em um ambiente controlado, de modo que se consiga avaliar as características funcionais do produto: Ele funciona? Ele é resistente? Quantas pessoas são necessárias para manipular tal produto? (BROWN, 2020). São algumas das questões a serem respondidas nesta etapa.

Ao lançar os protótipos, a equipe consegue não apenas coletar evidências reais de como o novo produto pode ser utilizado, como também evita levar adiante uma ideia menos promissora (RECHE; JANISSEK-MUNIZ, 2018; PINTO; MOTA, 2020).

### **3.3.5 Implementação**

Após o momento de prototipagem, o pesquisador já terá dados sobre a *performance* da sua solução e informações sobre os ajustes fundamentais. Depois de realizar as alterações necessárias, é hora de implementar o que foi planejado e colocar no mercado (NONATO, 2019).

## 4 MÉTODO

### 4.1 TIPO DE PESQUISA

Pesquisa aplicada que utilizou o referencial filosófico do *Design Thinking*. A pesquisa aplicada tem como objetivo gerar conhecimento para a prática, sendo dirigida à busca de soluções de problemas específicos (KAUARK; MANHÃES; MEDEIROS, 2010).

Para Brown (2020), o *Design Thinking* é uma abordagem sistemática que permite que a inovação ultrapasse a necessidade de produzir um produto ou serviço, atuando diretamente na vida do usuário. Esse método perpassa por todas as fases mencionadas anteriormente, sendo também “descrito como um conjunto de princípios que podem ser aplicados a uma ampla variedade de problemas, sempre focado no ser humano” (BROWN, 2020). Embora o *DT* tenha estruturas e etapas previamente definidas, esse método não deve obedecer a uma ordem fixa e restrita, uma vez que cada etapa permeia a outra (SILVA *et al.*, 2017).

O modelo proposto auxilia as instituições no gerenciamento do processo de inovação, proporciona a utilização do *Design Thinking*, uma abordagem filosófica, capaz de gerar alternativa de aperfeiçoamento e modernização na gestão de operações, que colabora para o alcance dos seus objetivos operacionais (SILVA *et al.*, 2017). Para o desenvolvimento do presente estudo, utilizou-se do método projetual do *Double Diamond* – duplo diamante (DD) (STEIN; FERNANDES, 2022).

### 4.1 LOCAL DO ESTUDO

Este estudo foi realizado em uma Unidade de Pronto Atendimento de um município do Sul do Brasil. A localização dessa unidade de nível de atenção secundária faz com que se torne referência de atendimento na região, pelo fato de ser a única a ter serviço de saúde 24h.

A população estimada, segundo levantamento estatístico do IBGE (2021), desse município é de 69.486 pessoas, com aumento significativo dos atendimentos durante a temporada de verão, uma vez que esse município está localizado no litoral catarinense. Por se tratar de uma UPA, porta aberta, não se tem controle sobre a gravidade dos usuários atendidos nessa unidade, que podem ser tanto admitidos pela classificação de risco, quanto pelo serviço de Atenção Pré-Hospitalar (APH) e Corpo de Bombeiros.

Esta UPA, em virtude da pandemia, passou por algumas modificações durante o período de realização deste estudo. Inicialmente havia sete leitos de observação para adultos

(quatro masculinos e três femininos) e cinco leitos pediátricos, um leito de isolamento, uma sala de medicação, uma sala de inalação, e uma de reanimação (com quatro macas). Durante a pandemia, foram organizadas duas salas de reanimação, uma destinada à reanimação geral e a outra (anteriormente pediátrica), para o atendimento de reanimação COVID, a observação adulta foi destinada ao isolamento COVID e a sala de inalação se transformou em sala de medicação. No momento da coleta dos dados a unidade estava novamente passando pelo processo de transição, retornando de duas para uma sala de reanimação.

#### 4.1 PARTICIPANTES DO ESTUDO

O estudo foi realizado com os profissionais da equipe multidisciplinar (enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos) que atuavam diretamente no cuidado ao paciente que requeria atendimento na sala de reanimação. Atualmente a equipe conta com 26 enfermeiros, 55 técnicos de enfermagem, sendo 46,5% e 52,3% respectivamente provenientes de contrato temporário, e uma cooperativa médica, atualmente com 140 profissionais cadastrados, que recebem por plantão. A equipe de enfermagem trabalha com escala de plantão de 12 x 60, atuando 24h, com troca de plantão às 7h e às 19h.

O critério de inclusão foi ter prestado atendimento a pacientes em sala de reanimação, por no mínimo três meses; e, o de exclusão foi estar de férias. Participaram do estudo 12 enfermeiros, nove técnicos de enfermagem e três médicos. Entre esses profissionais havia dois enfermeiros e um técnico que estavam como gestores da unidade, no momento da pesquisa, mas anteriormente já haviam atuado na assistência.

O convite foi feito a todos os profissionais pessoalmente e formalizado por meio de um aplicativo de mensagens.

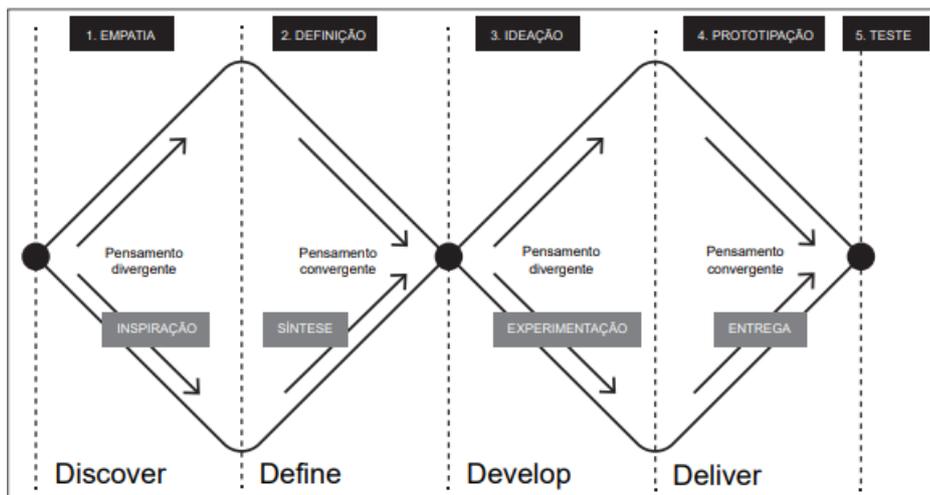
#### 4.1 COLETA DE DADOS

A coleta de dados se realizou baseada nos pressupostos do *Design Thinking*, a partir do método projetual do DD, que envolve os atos de divergência e convergência do processo projetual em dois diamantes (STEIN; FERNANDES, 2022).

O DD é um método capaz de gerar soluções necessárias para os problemas existentes, ele acaba se caracterizando por um 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 – desenvolver (diverge); e na quarta, de entregar (converge) (PINHEIRO; ALT, 2018, STEIN; FERNANDES, 2022). Na representação a seguir demonstra-se o método DD em relação direta com as fases da abordagem do *Design Thinking*.

Figura 1: Fases da abordagem do Design Thinking com o método DD



Fonte: (STEIN; FERNANDES, 2022)

#### 4.4.1 Primeira Etapa – Descobrir (divergente)

A etapa do Descobrir (divergente) se caracterizou por ser um período de descobertas, de inspirações, em que se realizou a coleta de informações, identificando-se as necessidades dos profissionais da saúde de modo a proporcionar segurança durante a assistência. Nessa etapa, procura-se definir o espaço de soluções e seus limites – expandindo o conhecimento sobre o assunto (PINHEIRO; ALT, 2018).

Para o levantamento de dados dessa primeira etapa, realizaram-se quatro encontros, com duração média de cinquenta minutos. Os dois primeiros ocorreram durante o plantão, nas dependências da unidade em estudo. Os interessados em participar se dividiram em dois grupos, no primeiro, estavam dois médicos, um enfermeiro e quatro técnicos de enfermagem; no segundo, participaram: quatro técnicos de enfermagem e dois enfermeiros. Já o terceiro e o quarto encontro aconteceram no auditório da Secretaria Municipal de Saúde, em que os profissionais foram convocados a participar de uma capacitação sobre classificação de risco. Após as reuniões, as pesquisadoras estenderam o convite para esses participarem da pesquisa. Aceitaram permanecer no terceiro encontro quatro enfermeiros e um técnico de enfermagem e

no quarto encontro permaneceram cinco enfermeiros e um médico. Todos os encontros se deram com profissionais diferentes. Os colóquios desses encontros foram gravados, com a autorização dos participantes, e posteriormente transcritos, mantendo o anonimato dos envolvidos – as falas foram identificadas pela letra T, E e M – representando técnico de enfermagem, enfermeiro e médico, respectivamente, seguido por algarismos que variavam de 1-9 para técnico de enfermagem, de 1-12 para enfermeiros e, de 1-3 para médicos. Essa sequência se deu de acordo com os momentos das falas.

Todos os encontros iniciaram com a apresentação da metodologia e proposta do trabalho, seguidas 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, ambientados na realidade, utilizaram-se técnicas como: *brainstorming*, estudos de casos, que surgiram a partir das vivências dos participantes durante a assistência prestada na UPA, exposição de *personas* e discussões, de modo a gerar *insight*, que contribuíssem para as novas ideias, a partir do contexto vivido/ experienciado. A proposta desses encontros foi de fazer um levantamento das maiores dificuldades enfrentadas na sala de reanimação, bem como de propostas que pudessem auxiliar os profissionais nas suas atividades, permitindo maior segurança na realização dos procedimentos. Essas técnicas permitiram ampliar o entendimento sobre o contexto abordado e contribuir para as próximas etapas.

#### **4.4.2 Segunda etapa – Definir (convergente)**

Nesta etapa do definir se realizou a interpretação e o alinhamento dos resultados, de modo a reunir as informações da primeira etapa e analisá-las, sintetizando as descobertas em um número reduzido de oportunidades, a fim de definir claramente o *briefing* (PINHEIRO; ALT, 2018). Segundo Halamek, Cady e Sterling (2019), o *briefing* permite delimitar os detalhes de um evento ou projeto que está para acontecer, de modo a reduzir os riscos de falhas ou danos. Um *briefing* bem definido aumenta a probabilidade da atividade ser conduzida com segurança, atingindo o objetivo pretendido (HALAMEK; CADY; STERLING, 2019).

Para essa etapa, utilizou-se a confecção de mapas conceituais, que podem ser construídos por meio de ferramentas gráficas, desenhos, colagem com *post it*, de modo a resgatar o que foi levantado na primeira fase, captando elementos que representem visualmente as relações entre conceitos e ideias. O mapa conceitual permite conectar objetos, descrevendo as relações presentes entre os conceitos (CARABETTA JUNIOR, 2013). Nesse trabalho, o

mapa conceitual foi elaborado pelas próprias autoras a partir das conversas. Os fatores que impactavam a organização do trabalho estavam vinculados à estrutura física, tecnológica e normativa. Enquanto entre aqueles que impactavam na organização da equipe estavam: divisão do trabalho, formação/educação permanente, liderança e comunicação.

Além do mapa conceitual também se elaborou um painel semântico, que é uma ferramenta construída com imagens, estas obtidas na internet, que remetesse às categorias analíticas identificadas, e abaixo, seguida por um *brainstorming*. Utilizou-se nessa etapa de recursos do word e imagens que se reportassem às categorias que emergiram na primeira etapa, ou seja, evidenciou-se duas grandes categorias que foram organização do trabalho e organização da equipe. Posteriormente, na categorização e confecção dos mapas conceituais, surgiram as subcategorias.

Após a elaboração do painel semântico, levou-se esse material para uma rodada de conversas, porém, em virtude da maioria das pessoas não integrarem mais a equipe de trabalho, bem como as dificuldades encontradas no momento (emergências na unidade), o quinto encontro ocorreu apenas com dois participantes.

#### **4.4.3 Terceira Etapa – Desenvolver (Divergir)**

Nessa etapa, período de desenvolvimento, já com o levantamento do maior número de possibilidades, foi possível que o *briefing* inicial se transformasse em produtos ou serviços implementados – partindo para a busca de soluções, prototipagens e testes (CESAR, 2013; MARTINS; ANTUNES, 2018). À medida que as conversas foram ocorrendo, que os mapas conceituais foram montados, percebia-se que a equipe discutia mais, as mudanças abordadas nas conversas chegavam à gestão e padrões físicos e estruturais se concretizavam.

#### **4.4.4 Quarta Etapa – Entrega (Convergir)**

A etapa da entrega consiste em aplicar os resultados obtidos anteriormente, com a testagem, concretização e lançamento do produto ou serviço (MARTINS; ANTUNES, 2018). Tendo em vista que o método do duplo diamante permite uma flexibilidade, um ir e vir entre as etapas, algumas das propostas foram sendo implementadas e outras foram apresentadas, para posterior avaliação e implementação, sendo esta aplicação realizada paulatinamente, de acordo com a necessidade.

Nessa etapa as pesquisadoras foram convidadas pelo Secretario Municipal do municipio a apresentar o trabalho. Ainda as autoras laboraram um *Kanban*, que consiste em um painel das atividades que já foram realizadas, e que estão para realizar, de acordo com as categorias levantadas.

#### 4.1 ANÁLISE DOS DADOS

Após a coleta dos dados, estes foram transcritos e analisados por meio de análise de conteúdo, a partir da proposta de Bardin (2011), cumprindo as seguintes etapas: pré-análise, em que foi organizado o material por meio de leitura flutuante, escolha dos documentos definindo-se o *corpus* – conjunto de documentos a serem analisados, a partir das regras de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência; exploração do material com início da codificação; tratamento dos resultados obtidos e interpretação, com a síntese e seleção dos resultados obtidos, gerando inferências e interpretação dos resultados, ou seja, a definição das categorias analíticas, por meio do levantamento das ideias convergentes e/ou similares, constituindo a codificação inicial. Na codificação há a identificação das categorias analíticas, de acordo com o propósito do estudo.

Foram elaboradas as seguintes categorias analíticas: 1) Organização do trabalho; 2) Organização da equipe de saúde. As contribuições da equipe de saúde para segurança e qualidade da assistência compuseram estas duas categorias analíticas.

A análise de conteúdo foi aplicada após cada uma das etapas do duplo diamante (descobrir, convergir, desenvolver e entregar).

#### 4.1 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa se orientou e obedeceu aos cuidados éticos definidos pela resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b). O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética, aprovado, conforme parecer n.º 4.849.820, e consta no CAAE: 46220921.5.0000.0121.

Os participantes foram previamente informados sobre o objetivo do estudo, os procedimentos da pesquisa e o direito de desistirem a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Foi-lhes assegurado o anonimato dos envolvidos, por meio da identificação com letra e número – as letras representando as categorias profissionais e os números de acordo com o quantitativo de participantes, como também a sequências das falas nos respectivos grupos. Os

enfermeiros foram identificados pela letra “E”, os técnicos de enfermagem pela letra “T” e os médicos pela letra “M”, seguido de número ordinal, de acordo com a sequência das falas nos encontros.

## 5 RESULTADOS

Os resultados deste trabalho de conclusão de curso seguem o previsto na Instrução Normativa 01/MPENF/2014, de 03 de dezembro de 2014, que define critérios para a elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão do Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem (Mestrado Profissional) da UFSC, sendo apresentados: um manuscrito, denominado – Segurança do Paciente e do Trabalhador em Situação de Emergência: percepções da equipe de saúde – e, um produto resultante do processo de investigação, em que se arrolam as estratégias para organização da sala de reanimação, a partir do proposto pelos participantes do estudo.

### 5.1 MANUSCRITO – SEGURANÇA DO PACIENTE E DO TRABALHADOR EM SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA: PERCEPÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE.

#### 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.

**Palavras-chave:** Segurança do paciente; Segurança dos trabalhadores; Emergências; Inovação tecnologia em saúde; Gestão do cuidado; *Design Thinking*.

## 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 (KÄLLBERG *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 assistencial (SIQUEIRA *et al.*, 2021). 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, 2010a; 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 saúde (ANDRADE, 2018). Porém se torna muito mais desafiadora quando há uma rotatividade de profissionais.

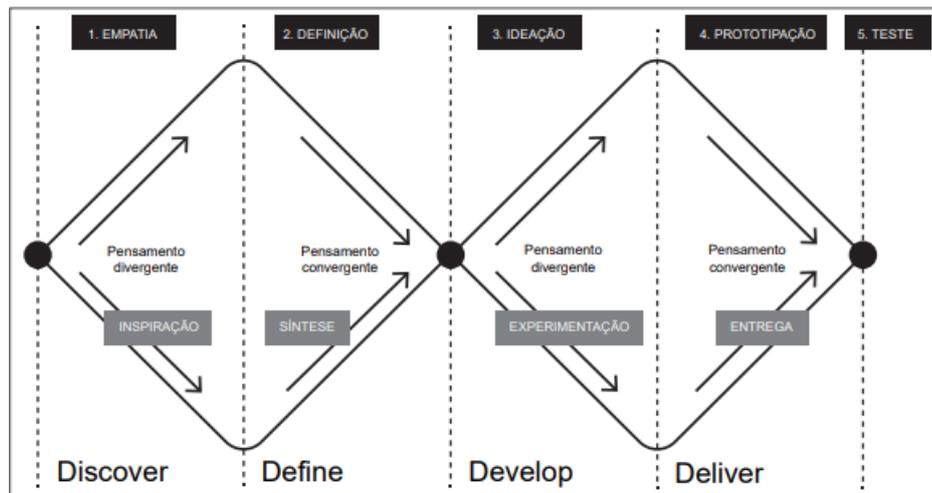
O engajamento dos profissionais possibilita tanto identificar estratégias que possam facilitar a manutenção da segurança do paciente e do trabalhador durante os períodos de alta carga de trabalho, quanto aprimorar o conhecimento sobre esses fatores (SIQUEIRA *et al.*, 2021).

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.

## **MÉTODO**

Pesquisa aplicada, sustentada pelo referencial filosófico do *design thinking*, utilizando-se as etapas do método projetual do *Double Diamond* (DD), 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, demonstra-se o método DD em relação direta com as fases da abordagem do *Design Thinking*.

Figura 2: Fases da abordagem do Design Thinking com o método DD



Fonte: (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 fictícias 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 o mesmo imagens obtidas 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 (BARDIN, 2011), 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 (2011).

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.

Considerando a metodologia utilizada, principalmente o que propõe o *Design 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 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      | <p>“Tem muita coisa para pouca sala, lá dentro” (T4).</p> <p>“A gente tem que primeiro arredar as coisas do lugar para a equipe poder chegar ali no paciente e ter espaço para trabalhar” (T5).</p> <p>“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).</p> <p>“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).</p>   | <p>“Traz a maca para o canto atrás da porta, coloca um computador, uma cadeira e um espaço para o profissional assistir esse paciente.” (E4)</p> <p>“Uma ideia também seria da campainha, na sala de emergência mesmo” (T8)</p> <p>“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)</p>   |
| Estrutura tecnológica | <p>“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).</p> <p>“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)</p> <p>“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).</p> <p>“As grades da cama na UPA, são muito ruins, então, talvez reforçar essas grades.” (E5)</p> <p>“Nós não temos maca para obeso” (E5)</p> | <p>“Delimitar: aqui são os <i>abocath</i>, 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).</p> <p>“O carrinho... aquele carrinho tem que ter um lacre” (E10)</p> <p>“Tem que colocar nome das medicações no carrinho por ordem alfabética e pela medicação que todos conhecem.” (T4)</p> <p>“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)</p> |
| Estrutura normativa   | <p>“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).</p>   | <p>“Ter um formulário ou um documento próprio para passagem de plantão e anotação.” (E9).</p> <p>“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)</p> <p>“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 <i>checklist</i> já impresso. É mais rápido” (E11)</p>  |

Fonte: Elaborado pela pesquisadora a partir de experiência e análise das falas (2022)

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. 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 | <p>“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).</p> <p>“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)</p> | <p>“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)</p> <p>“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).</p>   |
| Liderança                    | <p>“(…) 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).</p> <p>“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).</p> <p>“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)</p>                    | <p>“E fazer o <i>checklist</i> 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 <i>checklist</i> comigo, vamos abrir o carrinho. (...) A gente já sabia onde é que estava, porque a gente já tinha feito o <i>checklist</i> 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)</p> |

|             |  |   |
|-------------|--|---|
| Comunicação | <p>“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).</p> <p>“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)</p> <p>“(…) 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)</p> | <p>“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 <i>feedback</i> e a gente conversava.” (E5)</p> <p>“Então, assim, a identificação, até na observação é importante. O ideal seria uma pulseira, mas como a gente não tem.” (E5).</p> |
|-------------|--|---|

Fonte: Elaborado pela pesquisadora a partir de experiência e análise das falas (2022)

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.

## 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 *design thinking* (DT), liberando a criatividade, buscando a solução de problemas através da “troca de ideias em tempo real” (BROWN, 2020, p. 36). Foi importante abrir espaço, já que o *insigh* não parte de dados quantitativos, mas do vivido, experienciado, observado. Assim, as categorias analíticas, partiram do identificado pelos profissionais, corroborando o exposto por Brown (2020, p. 47), 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 o processo de trabalho nestes 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, 2021). 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.

Santana; Servo; Souza (2018) demonstraram em estudo 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 Bitencourt *et al.* (2020) e Moura e Queiroz (2021) 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 urgências (BITENCOURT *et al.*, 2020). 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 cuidado (PEDUZZI *et al.*, 2016). 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; VINCENT, 2020; 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 todas 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 (BITENCOURT *et al.*, 2020; ANDRADE *et al.*, 2021). 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 (AMALBERTI; VINCENT, 2020), 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 (MANOJLOVICHM *et al.*, 2021). 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, p. 79). 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 *design 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.

## 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).

## REFERÊNCIA

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.

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.

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.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Ed. 70, 2011. 279 p.

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.

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](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 05 jun. 2022.

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.

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.

CESAR, F. I. G. **Ferramentas Gerenciais de Qualidade**. São Paulo: Biblioteca 24 horas, 2013. 142 f.

COSTA, A. M. C; CORAZZA, F. H. Educação permanente em unidades de urgência e emergência. **Revista científica eletrônica de ciências aplicadas da FAIT**, v. 15, n. 2. nov. 2020. Disponível em: [http://fait.revista.inf.br/imagens\\_arquivos/arquivos\\_destaque/DX1bS51NGM3W6Lt\\_2021-7-2-19-23-58.pdf](http://fait.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/DX1bS51NGM3W6Lt_2021-7-2-19-23-58.pdf). Acesso em: 12 abr. 2022.

CUNHA, S. G. S. *et al.* Implementação de núcleo de segurança do paciente em unidade de pronto atendimento: perspectivas dos enfermeiros. **Revista Baiana de Enfermagem**, [S.L.], v. 34, p. 1-13, 6 jul. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v34.36216>. Acesso em: 26 abr. 2022.

HALAMEK, L. P.; CADY, R. A. H.; STERLING, M. R. Using briefing, simulation and debriefing to improve human and system performance. **Seminars In Perinatology**, [S.L.], v. 43, n. 8, p. 151-178, dez. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1053/j.semperi.2019.08.007>. Acesso em: 23 abr. 2022.

KOERICH, C.; ERDMANN, A. L.; LANZONI, G. M. M. Professional interaction in management of the triad: permanent education in health, patient safety and quality. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S.L.], v. 28, p. 1-10, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4154.3379>. Acesso em: 08 jul. 2022.

KOLHS, M. *et al.* A enfermagem na urgência e emergência: entre o prazer e o sofrimento. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 9, n. 2, p. 422 - 431, 2017. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/5427>. Acesso em: 11 abr. 2022.

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.

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: <https://revistas.ufg.br/rir/article/view/62553>. Acesso em: 08 jun. 2022.

MUCELINI, F. C. *et al.* Clima de segurança do paciente: avaliação de trabalhadores do pronto-socorro de hospital universitário. **Revista Ciências em Saúde**. v. 10, n. 3, p. 101-108; 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.21876/rcshci.v10i3.969>. Acesso em 15 mar. 2022.

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](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3011330/mod_resource/content/1/Trabalho%20em%20equipe.pdf). Acesso em: 20 de jun. 2022.

PINHEIRO, T; ALT, L. **Design Thinking Brasil: empatia, colaboração e experimentação para pessoas, negócios e sociedade**. Rio de Janeiro: Alta Book, 2018. 248 p.

PRATES, C. G. *et al.* Núcleo de segurança do paciente: caminho das pedras em um hospital geral. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, n. esp., 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180150>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/D56fnMg49q9vyFGXRxKVPqz/>. Acesso em: 20 mar. 2022.

REIS, G. A. X. *et al.* Dificuldades para implantar estratégias de segurança do paciente: perspectivas de enfermeiros gestores. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, n. esp., 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180366>. Acesso em: 20 out. 2021.

SANTOS, A. K. N. *et al.* Segurança do paciente nas Unidades de Urgência Emergência. **Enfermagem Brasil**, [S.L.], v. 17, n. 3, p. 279-296, 16 jul. 2018. Atlantica Editora. <http://dx.doi.org/10.33233/eb.v17i3.517>.

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.

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.

TONDO, J. C. A. GUIRARDELLO, E. B. Perception of nursing professionals on patient safety culture. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 70, n. 6, p. 1284-1290, dez. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0010>. Acesso em: 12 fev. 2022.

## 5.1 ESTRATÉGIAS PARA PROPORCIONAR A SEGURANÇA DO PACIENTE E DO TRABALHADOR EM UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

A partir do que recomenda a Instrução Normativa 01/MPENF/2014, de 03 de dezembro de 2014, que define critérios para a elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão do Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem (Mestrado Profissional), da UFSC, expõe-se o produto desta pesquisa, em que, por meio de ferramentas do *Design Thinking*, buscou propor e construir, de forma articulada e empática, junto à equipe de saúde, (propor)estratégias que promovessem a segurança do paciente e do trabalhador em sala de reanimação de uma unidade de pronto atendimento.

Ressalta-se que trabalhar em uma Unidade de Pronto Atendimento – especialmente quando se recebe um paciente grave, que precisa de um atendimento o mais resolutivo e preciso possível, sabendo que a equipe não pode falhar, pois qualquer equívoco pode colocar em risco a vida do paciente –, gera *stress*, desgaste físico e psicológico, mas acima de tudo, possibilita vários questionamentos e inquietações.

Entre esses questionamentos e inquietações estão os diretamente associados à segurança do paciente e ao conhecimento dos fatores que podem reduzir ao mínimo aceitável os danos desnecessários que ocorrem enquanto se presta a assistência (BRASIL, 2013). Essa ampla abordagem direcionada ao tema, está diretamente relacionada ao elevando índice de eventos adversos que ocorrem em todo o mundo, provocando prejuízos tanto pessoais quanto sociais (DALLA NORA; JUNGES, 2021; BRASIL, 2014). Trabalhar em um ambiente de urgência emergência, tendo em mente que cada um dos profissionais tem a obrigação de proteger seus usuários de danos, prestando uma assistência de qualidade (DALLA NORA; JUNGES, 2021), faz com que se busque estratégias que impulsionem uma cultura de segurança nos serviços de saúde, rastreando as percepções individuais e/ou de um grupo, que promovam a redução de danos e propicie uma assistência segura ao paciente.

A proposta desse trabalho foi conhecer de forma empática quais eram os fatores que pudessem colocar em risco a segurança do paciente e do profissional. Para chegar a esse resultado era imprescindível conhecer os desafios enfrentados diariamente, por quem cuida – ouvindo, analisando e conversando. Atuando como enfermeira durante cinco anos nessa unidade, percebia que havia muito interesse por parte da equipe em melhorar a qualidade da assistência, porém em decorrência, especialmente da demanda, o processo de reflexão conjunta foi deixado em segundo plano e as dúvidas e as dificuldades permaneciam, revelando essas

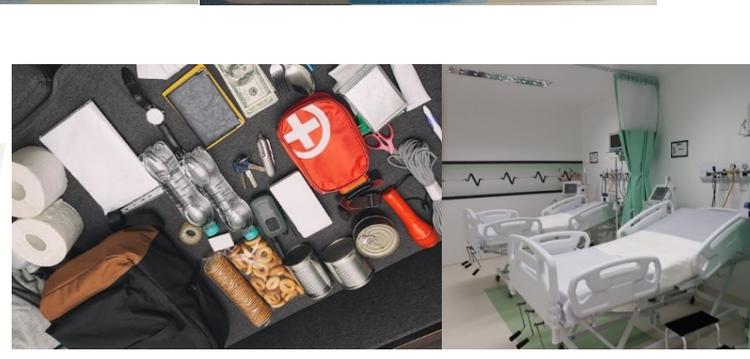
fragilidades no momento mais grave e urgente, quando se precisava da participação e envolvimento de todos os profissionais.

Sendo assim, a metodologia do duplo diamante, pautadas no referencial filosófico do *Design Thinking*, permitiu reunir a equipe multiprofissional (Enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos) que assistiam na sala de reanimação e, por meio das técnicas do duplo diamante, abordaram-se as dificuldades vivenciadas. Houve compartilhamento de ideias e sentimentos, mas, principalmente, um repensar acerca da organização do trabalho, das condições existentes, das possibilidades de melhoria que dependiam apenas da equipe, além de outras estratégias que implicam discussão com órgãos superiores.

Por meio de reuniões e da utilização de ferramentas que estimularam a criatividade, como criação de *personas* (a partir de situações vivenciadas pela equipe) ou de estudos de caso, foi possível levantar as fragilidades, dificuldades e sugestões, de forma leve e participativa. Vale salientar que as ferramentas permitiram que, ao mesmo tempo em que se identificavam as fragilidades, propostas foram sendo sugeridas e algumas já implementadas no processo, como a reorganização do espaço físico da sala de reanimação, permitindo que a equipe pudesse transitar melhor durante um atendimento ou procedimento. O referencial filosófico do *design thinking* foi essencial nesse processo, pois, à medida que aconteciam as conversas, já se percebia paralelamente um novo olhar dos profissionais, com esperança para que se pudesse alcançar um espaço de trabalho mais seguro.

Após os encontros (quatro no total), foi construído um painel semântico, para apresentar ao grupo a síntese das propostas construídas.

Quadro 3: Painel semântico relativo à organização do trabalho – Florianópolis, 2022.

| Organização do trabalho: estrutura física, equipamentos e materiais   |  |
|---|--|
|  <p>Sala Vermelha</p>                |    |
|                                     |   |
|                                    |  |
|                                    |  |
| <p><b>Brainstorming – Fragilidades</b></p>  |  |
| <p>Integração entre a equipe (levantou-se que na (upa)UPA há muita briga entre médicos e técnicos e enfermeiros).</p> |  |
| <p>Chegar e jogar a ficha, ao invés de sinalizar o que está fazendo – mais exames, mais medicação...</p>              |  |

“A equipe é uma engrenagem”. Triagem, avaliação, medicação...

“Quem recebe o paciente como chega por ambulância é o técnico, mas deveria ser o enfermeiro”.

Enfermeiro assistencial – não consegue ir até lá para atender.

Quanto mais rápido fizermos as coisas, mas com qualidade, menos o paciente sofre.

Quanto mais instruída a equipe tiver, menores serão os riscos de erro.

A equipe deve se precaver em situações críticas, “Despreparo profissional”.

Têm profissionais, só falta preparo, organização e conhecimento;

Liderança.

Voz ativa.

Conhecer as características de cada profissional (tanto físicas quanto de experiência).

Inconsistência de informação; Erro na passagem; Muitas vezes quem ficou com o paciente sai e não registra;

Cuidado continuado (paciente transferido... falta informação).

Alguns erros que podem ocorrer: flebite, erro na medicação.

Informação imprecisa na passagem de plantão – não é passado quanto de volume entrou e saiu. Nem quanto de medicação. Quanto foi administrado de medicação em bomba.

Uniformização de informação,

Identificação do paciente.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora a partir de experiência e análise das falas (2022).

Com base neste painel semântico, têm-se as seguintes propostas em relação à organização do trabalho:

### **Estrutura física:**

- Reorganização do espaço físico, permitindo que a equipe possa transitar de forma mais ágil na sala, o que implica em retirar materiais desnecessários e realocar a maca de ECG;
- Garantir energia elétrica para ligar os aparelhos – para tanto, colocar mais tomadas na sala de reanimação;
- Garantir privacidade, colocando cortinas a serem utilizadas como biombos;
- Repensar o *layout* da unidade, permitindo que a sala de reanimação fique próxima à sala de medicação, o que possibilitaria auxílio da equipe que está na sala de medicação em uma situação mais crítica;

- Colocar uma campainha na sala de reanimação, para facilitar comunicação de alerta/urgência;
- Realocar um computador e, se possível, colocar uma cadeira, (já que o profissional) já que o profissional, que está na sala de reanimação, ficará durante todo o tempo junto ao paciente.

**Equipamentos:**

- Garantir materiais que permitam uma assistência segura, como maca para obeso, suporte para O2 acoplado ao carrinho de emergência;
- Reorganização e controle do carrinho de emergência, com domínio/conhecimento desta organização por toda a equipe que atua na sala de reanimação;
- Garantir sistema a vácuo eficaz;
- Estabelecer um local de fácil acesso e boa visibilidade para dispor a tábua de reanimação;
- Manter carrinho de emergência com lacre e estabelecer rotina de verificação do mesmo;
- Garantir macas com grades, com manutenção periódica, permitindo a segurança do paciente.

**Materiais e medicamentos:**

- Garantir materiais em quantidade e qualidade que permitam assistir o paciente de forma segura, como diferentes tamanhos de tubos endotraqueais;
- Reorganizar os materiais, com identificação dos locais, garantindo agilidade para o acesso;
- Reorganizar os medicamentos, colocando-os em ordem alfabética para agilizar a sua localização.

**Fluxo do paciente – organização interna**

- Estabelecer normas e rotinas acerca do fluxo do paciente, tanto no que se refere à UPA, quanto às transferências – elaborar impressos que possibilitem comunicação ágil e segura entre unidades assistenciais, nos casos de transferência dos pacientes.

Quadro 4: -Painel semântico relativo à organização da equipe – Florianópolis, 2022.

| Equipe: divisão do trabalho, liderança, educação permanente e comunicação  |  |
|--|--|
|   |  |
| <b>Brainstorming - Fragilidades</b>  |  |
| <p>Integração entre a equipe (levantou-se que na UPA há muita briga entre médicos e técnicos e enfermeiros).</p> <p>Chegar e jogar a ficha, ao invés de sinalizar o que está fazendo- mais exames, mais medicação...</p> <p>“A equipe é uma engrenagem”. Triagem, avaliação, medicação...</p> <p>“Quem recebe o paciente como chega por ambulância é o técnico, mas deveria ser o enfermeiro”(t)</p> <p>Enfermeiro assistencial – não consegue ir até lá para atender.</p> |  |

Quanto mais rápido fizermos as coisas, mas com qualidade, menos o paciente sofre.

Quanto mais instruída a equipe tiver, menores serão os riscos de erro.

A equipe deve se precaver em situações críticas, “Despreparo profissional”.

Têm profissionais, só falta preparo, organização e conhecimento;

Liderança.

Voz ativa.

Conhecer as características de cada profissional (tanto físicas quanto de experiência).

Inconsistência de informação; Erro na passagem; Muitas vezes quem ficou com o paciente sai e não registra;

Cuidado continuado (paciente transferido... falta informação).

Alguns erros que podem ocorrer: flebite, erro na medicação.

Informação imprecisa na passagem de plantão – não é passado quanto de volume entrou e saiu. Nem quanto de medicação. Quanto foi administrado de medicação em bomba.

Uniformização de informação.

Identificação do paciente.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora a partir de experiência e análise das falas

Quanto aos aspectos que envolvem a equipe multiprofissional, têm-se as seguintes sugestões:

### **Divisão do trabalho**

- Estabelecer fluxo de trabalho, com definição dos papéis de cada integrante na equipe, a partir de um processo reflexivo. No caso de parada cardiorrespiratória, por exemplo, a definição da responsabilidade e atribuição de que cada integrante é fundamental para agilidade e organização, garantindo segurança e qualidade do atendimento;

- Trabalhar as relações interpessoais, minimizando os conflitos e permitindo que a equipe confie em cada membro. Para tanto, poderia ser criado um jogo em que cada integrante da equipe se reconhecesse como fazendo parte da equipe, em que se pudesse destacar o papel essencial de cada um.

## **Liderança**

- Enfermeiro como ator essencial na coordenação da equipe de enfermagem. Para tanto, há necessidade de se fortalecer este papel de liderança, por meio de reflexões. Neste sentido, destaca-se como essencial o papel da gestão no suporte a este processo de empoderamento do enfermeiro.

## **Comunicação**

- Estabelecer uma comunicação transparente, clara e uniforme, quer por meio de comunicados que sejam direcionados a todos, que por meio de impressos em que se possa garantir a comunicação eficiente entre as equipes que atuam na UPA e entre as unidades de saúde;

- Realizar reuniões periódicas da equipe para possibilitar dar voz aos profissionais. Entende-se que estas reuniões deveriam ser quinzenais, podendo ser utilizadas técnicas inspiradas nas metodologias ágeis, com reuniões curtas e objetivas, com resultados visuais, utilizando, por exemplo, o Kanban – destacando, de forma visual: o que é necessário fazer, quando e em que medida;

- Estimular o *feedback*, após intercorrências ou situações inesperadas, visando fortalecer a equipe;

- Elaborar um instrumento para passagem de plantão.

- Identificar o paciente que se encontra em observação ou recebendo medicação, seja por meio de pulseiras ou placas em leito.

## **Educação permanente**

- Estabelecer um programa de educação permanente, a partir de um levantamento das necessidades das equipes;

- Acolher e treinar os novos integrantes da equipe, principalmente no que concerne a atuação na sala de reanimação. Este processo de educação deve envolver aspectos como: conhecer o carrinho de emergência, manipular bomba de infusão, bomba de seringa, monitor cardíaco, o que permitiria que o profissional que está chegando à unidade tenha um maior conhecimento para poder agir com maior segurança em intervenções que necessitem conhecimento e agilidade;

- Desenvolver um App com as patologias mais importantes e que tenham maior demanda na UPA, para que os profissionais possam consultar de forma rápida, em caso de dúvidas;
- Desenvolver um App sobre as principais medicações utilizadas e cuidados necessários, como por exemplo, diluição, forma de administração, efeitos colaterais, interações medicamentosas.

### **Outras sugestões surgiram, relativas à assistência**

- Levantar os eventos adversos relacionados à medicação e capacitar a equipe para evitar tais eventos;
- Elaborar um protocolo para aplicação de insulina;
- Implantar o processo de enfermagem, como forma de garantir a assistência qualificada. Considerando que o *design thinking* é uma metodologia que possibilita intervenções durante o processo e que mobiliza os trabalhadores, algumas das estratégias elencadas já foram implantadas, como a realocação da maca de ECG; colocação de cadeira na sala de reanimação, permitindo que o trabalhador que está observando o paciente pudesse ficar acomodado; definição de um local fixo para a tábua de reanimação; bem como, colocação de prateleiras aéreas para dispor os materiais, possibilitando a visualização e o acesso rápido aos mesmos.

Diante do levantamento realizado com os profissionais que atuam em um Unidade de Urgência e emergência, destaca-se o quanto destas ações estratégicas vêm ao encontro das metas internacionais de segurança do paciente propostas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), quais sejam: - Identificação do paciente; - Comunicação efetiva; - Segurança dos medicamentos; - Cirurgia segura; - Redução do risco de infecção; - Prevenção de complicações decorrentes do risco de quedas (BRASIL, 2021). Entre os destaques apontados no presente estudo e sua correlação com as metas, estão o aperfeiçoamento de uma comunicação com maior eficácia; melhoramento à segurança dos medicamentos, principalmente os controlados, nesse caso com controle mais rigoroso ao carrinho de emergência, inserindo travas de segurança; redução dos riscos de danos provocados pelas quedas, seja em virtude de objetos sem tanta manutenção, ou mesmo, pelo desconhecimento ou negligência profissional; identificação correta do paciente que adentra ao serviço de saúde; redução do risco de infecção associadas ao cuidado de saúde. Apenas a meta relacionada à cirurgia segura não foi abordada, tendo em vista que UPA é uma unidade de atenção secundária, em que não há intervenções cirúrgicas, porém

há intervenções que requerem local e ambiente limpo, asséptico, que demandam, atenção e cuidado. Além disso, durante todo o atendimento prestado, solicitar que os profissionais assegurem procedimento correto ao paciente correto.

Desta forma, destaca-se o quanto esta abordagem dos aspectos problemáticos contribui para, diariamente, aperfeiçoar as técnicas que proporcionam a segurança do paciente e do trabalhador e, através de uma metodologia empática e participativa, buscar ferramentas para modificar essa realidade.

A seguir são fotos retiradas na unidade após alterações realizadas pela equipe e gestores:

Figura 3: Corredor de acesso à sala de reanimação



Fonte: Fotografia da autora (2022).

Figura 4: Abertura de uma janela de vidro entre a sala de preparo de medicação e a farmácia, com a presença de um profissional, integralmente.



Fonte: Fotografia da autora (2022).

Figura 5: Imagem do corredor antes da abertura da janela



Fonte: Fotografia da autora (2022).

Anteriormente a farmácia ficava ao lado da porta no final do corredor à esquerda. Quando se precisava de medicação em alguns horários e finais de semana, pegava-se a chave e a responsabilidade era da enfermeira do plantão. Com a abertura da janela, conforme mostrado, há mais segurança e controle na dispensação das medicações.

Figura 6: Antiga posição do eletrocardiograma (localizado no meio da sala)



Fonte: Fotografia da autora (2022).

Figura 7: Realocação do eletrocardiograma para o canto da sala de reanimação



Fonte: Fotografia da autora (2022).

Através destas duas imagens é possível confirmar a reorganização da sala de reanimação. Anteriormente a maca de Eletrocardiograma (ECG) estava localizada no centro da sala de reanimação. Pelo descontentamento e a sugestão durante o grupo, percebeu-se que o ideal seria colocá-la em um canto próximo à porta. Assim, tornou-se um espaço confortável e adequado para os profissionais assistirem o paciente.

Nestas outras imagens é possível observar a organização da sala com armários aéreos de fácil visualização, além da exposição da tábua para facilitar o acesso durante uma PCR.

Figura 8: Organização da sala com armários aéreos



Fonte: Fotografia da autora (2022).

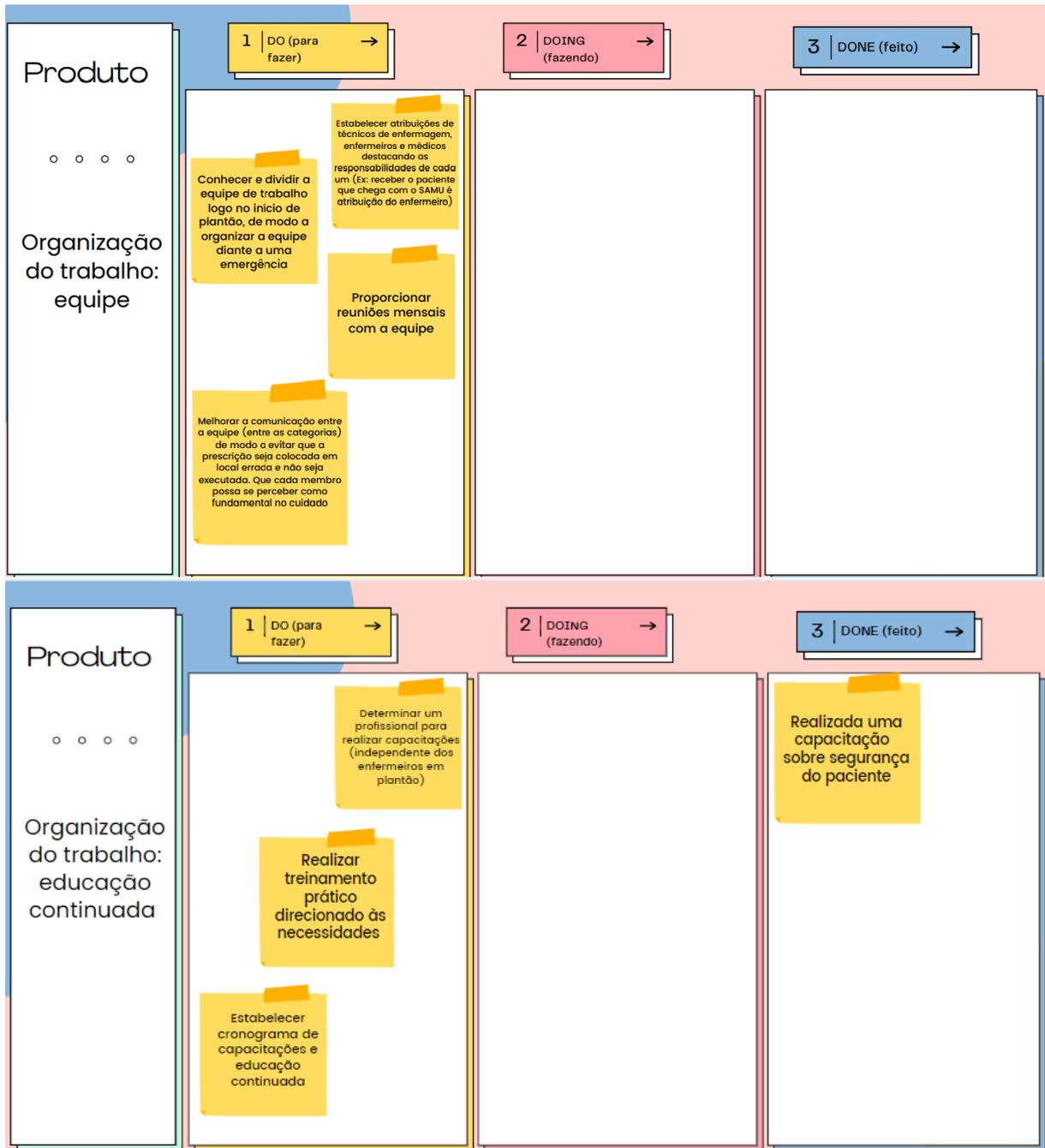
Figura 9: Exposição da tábua

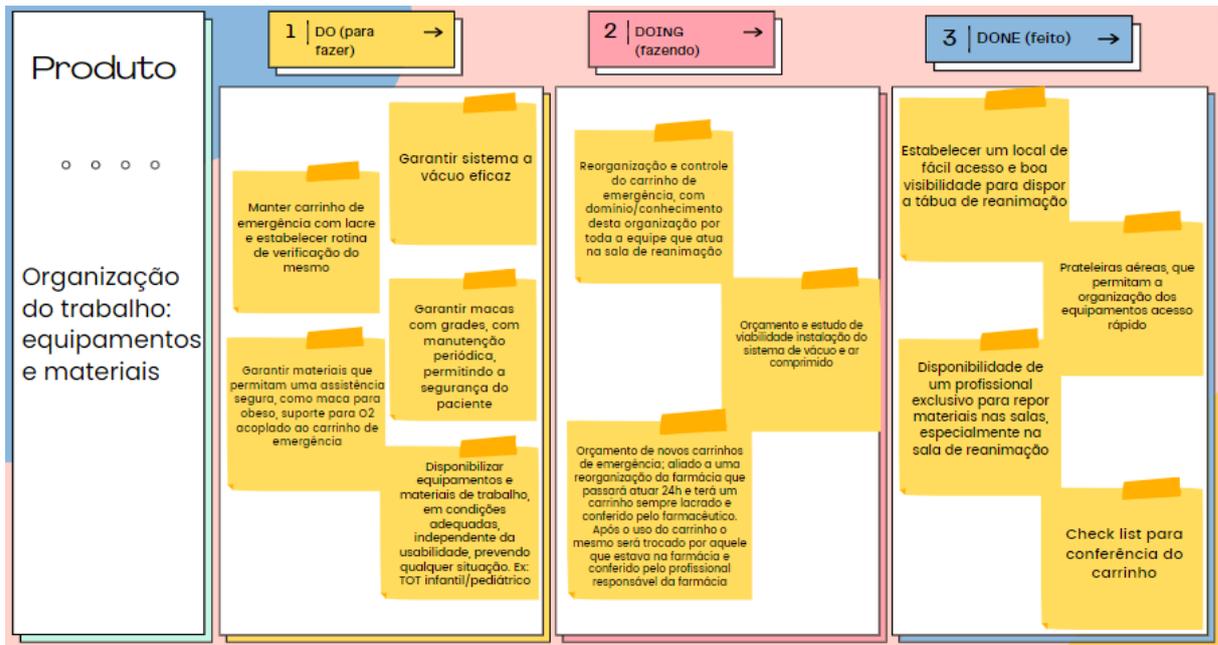
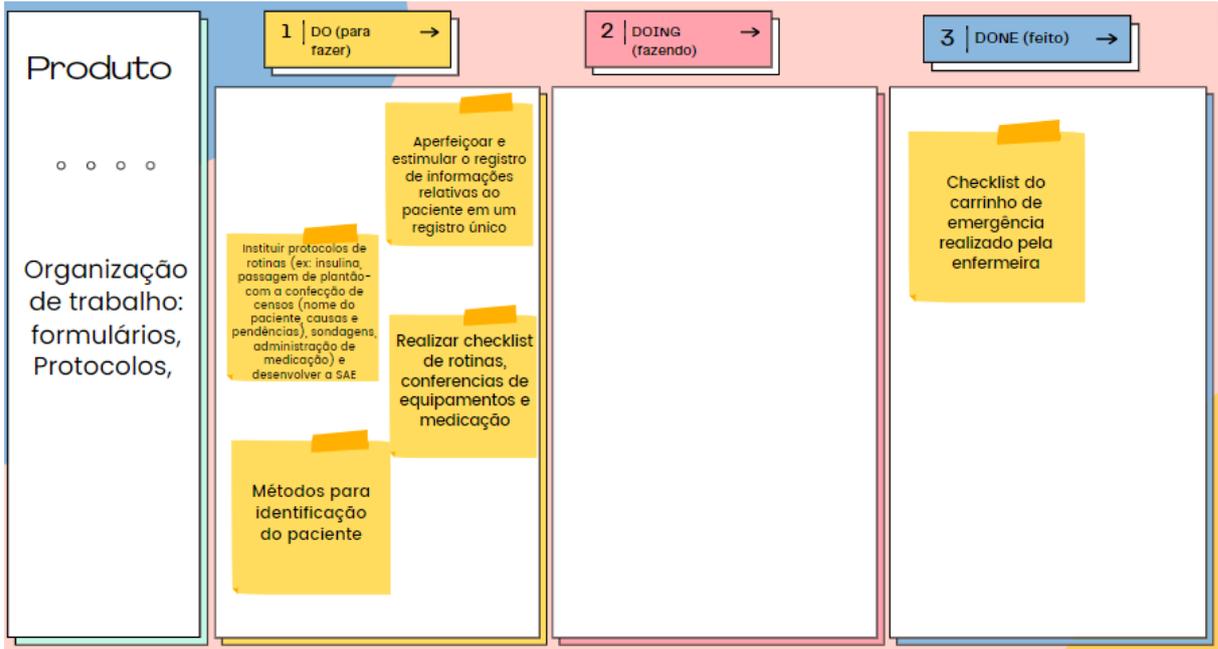


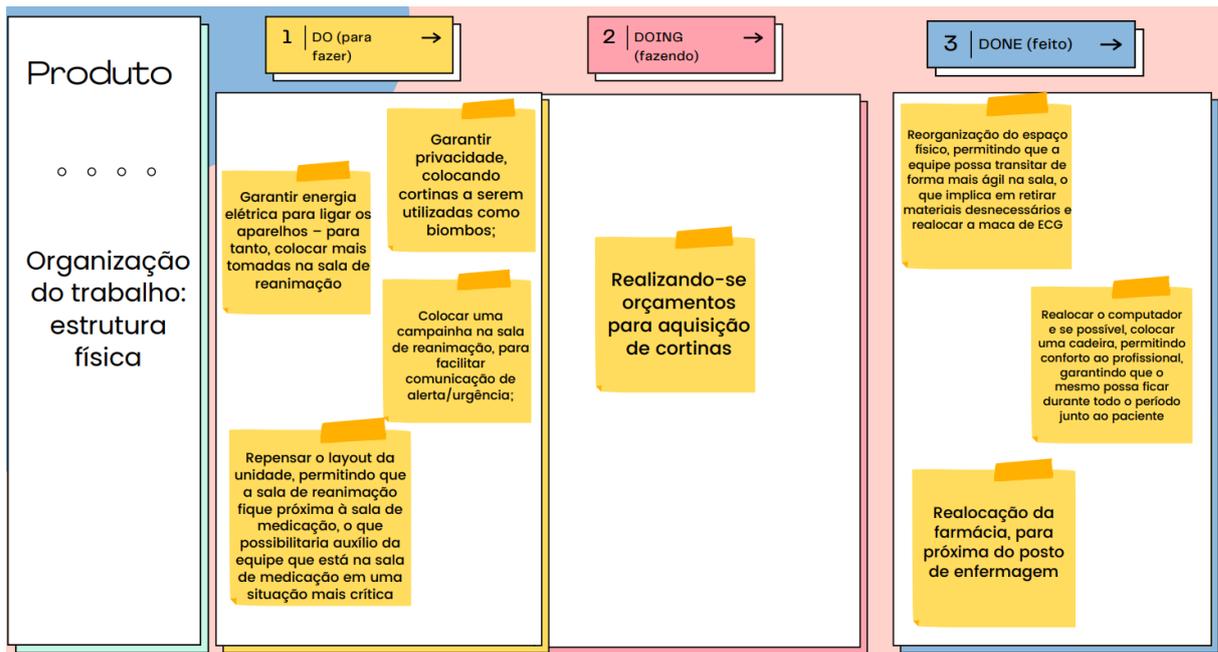
Fonte: Fotografia da autora (2022).

Com o propósito de facilitar a exposição confeccionou-se um Kanban. O Kanban foi desenvolvido como uma ferramenta que continue a estimular os trabalhadores no processo de mudança e aprimoramento das estratégias de segurança, para que a equipe visualizasse o que já havia sido realizado, o que estava em processo de construção/mudança e o que ainda precisava ser trabalhado pelos mesmos.

Figura 10: Kanban – representação gráfica das categorias: feito, fazendo e a fazer







Fonte: Elabora pela autora (2022).

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual Instrutivo da Rede de atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **RDC nº 36/2013 de 35 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2013b. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036\\_25\\_07\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html). Acesso em: 06 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Documento de referência para o programa nacional de segurança do paciente**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde: 2014.

DALLA NORA, C. R.; JUNGES, J. R. Segurança do paciente e aspectos éticos: revisão de escopo. **Revista Bioética**, Brasília, v. 29, n. 2, abr./jun. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422021292468>. Acesso em: 16 jan. 2022.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa possibilitou que todos os profissionais (enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem) que prestam atendimento em uma sala de reanimação, pudessem conversar e interagir sobre as dificuldades experienciadas durante a prática assistencial.

Através de uma metodologia estruturada e ativa, conforme é proposta pelo *Design Thinking* foi possível conhecer as mais tocantes dificuldades enfrentadas pelos mesmos, diariamente, em uma unidade de pronto atendimento, mais especificamente na sala de reanimação. Por meio do diálogo livre e aberto, levantaram-se as fragilidades vivenciadas nesse espaço, a fim de propor um produto que pudesse gerar maior segurança ao paciente, bem como ao trabalhador.

Verificou-se que as maiores dificuldades estavam pautadas na organização física e de pessoal. Muitas foram as dificuldades enfrentadas ao longo do processo de construção do trabalho, desde a possibilidade de privatizar a unidade, o que gerou nos profissionais muitos receios; como constantes mudanças de gestores; e, rotatividade dos profissionais. Esses fatores impactaram muito na dinâmica, especialmente o terceiro, pois os profissionais admitidos na unidade não necessariamente possuem experiência em urgência e emergência, então, quando estão adaptados com o serviço e familiarizados com as técnicas se retiram, seja por término de contrato, atestados, licença sem vencimento, remanejamento, demissões (em busca de melhores salários), por plantões esporádicos (no caso dos médicos), entre outros motivos.

A elevada demanda de pacientes, sem gravidade, que são atendidos diariamente na UPA é um outro fator que sobrecarrega os profissionais e coloca em risco a assistência daqueles pacientes que requerem um cuidado mais intenso e efetivo. Assim sendo, o fato é que, muitas vezes, a segurança do paciente como a do trabalhador ficam comprometidas, com uma solicitação de atendimentos elevada e sem uma uniformização de condutas próprias da unidade. Percebe-se que, quando se tem uma equipe entrosada, com experiência e que o enfermeiro conhece as peculiaridades de cada um, como atualmente ocorre com a equipe da noite, a chance de erro em uma situação de emergência reduz consideravelmente. Além disso, os *feedbacks* após procedimentos foram elencados como importantes na melhoria do trabalho, assim como a manutenção periódica das macas, *checklist*, segurança no carrinho, sistematização da assistência, documento para registro de passagem de plantão interna e entre outras unidades de saúde (normalmente entre a atenção secundária e terciária), e tantas outras sugestões abordadas ao longo da pesquisa. Sabe-se que a execução de todos esses levantamentos não será algo

realizado em curto prazo, mas já se evidencia quais as providências precisam ser tomadas e quais os entes envolvidos nesse processo de construção.

Essas discussões em grupo suscitaram várias ideias já postas em prática ao longo do trabalho pela gestão, como a organização da sala, com modificação do ECG para a área lateral, exposição da tábua para inserir embaixo do paciente durante uma RCP, armários aéreos que facilitam a visualização. Além de se evidenciar a importância de educação continuada, não precisando esta iniciar por assuntos complexos. Às vezes, a necessidade que se apresenta é a de assuntos mais básicos, como por exemplo: saber que o carrinho de emergência não necessita de tomada para funcionar em determinado período; saber ligar e desligar uma bomba de infusão e de seringa; reconhecer cada material necessário durante uma situação de urgência e saber onde encontrar; que cada líder possa conhecer as fragilidades e pontos fortes de cada integrante da equipe.

Essa metodologia se torna enriquecedora, pois nada é imposto, todas as melhorias são construídas e reconstruídas conjuntamente, a partir da vivência e do conhecimento científico, técnico e de gestão. Sendo assim, quando todas as esferas caminham juntas em prol de um objetivo maior, que é a segurança do paciente e do trabalho, ouvindo todas as partes e modificando-se aos poucos, muitas melhorias são possíveis de serem implantadas.

Esse trabalho não finalizou todas as possibilidades de intervenção e do ciclo de melhorias, pois esse é um processo lento e, aos poucos, outras ideias podem surgir, mas até o presente momento, mudanças já ocorreram e nada seria possível se não houvesse a participação dos profissionais comprometidos com a assistência, bem como com a vida do outro, além do olhar empático da gestão da UPA, que foi “abraçando” as estratégias identificadas. Salienta-se, ainda, o compromisso da gestão municipal, que ao saber dos resultados do estudo, solicitou a apresentação do mesmo.

Muitas foram as dificuldades enfrentadas nesse processo de elaboração, mas certamente, o maior objetivo é observar que a construção conjunta é muito mais promissora e o objetivo maior é a segurança do paciente e do trabalhador. Afinal, não se atingirá a segurança do paciente se não modificar pontos básicos e essenciais, como previstos nas metas internacionais de segurança do paciente, que são a identificação correta, eficácia da comunicação, segurança dos medicamentos, assegurar procedimento e paciente correto e reduzir os riscos de infecções associadas, mas, para atingir esses objetivos, a educação e aprimoramento profissional são imprescindíveis.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, S. M. C.; PEREIRA, A. G. D; DELDUQUE, M. C. Segurança do paciente: aspectos comparativos entre Brasil e Portugal. **Coletânea direito à saúde: boas práticas e diálogos institucionais**. Brasília: CONASS, 2018. Disponível em: [https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/43152/Cap\\_Seguran%E7a%20do%20Paciente.pdf;jsessionid=35691AF3006CEF689FB2F06270F4A43F?sequence=2](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/43152/Cap_Seguran%E7a%20do%20Paciente.pdf;jsessionid=35691AF3006CEF689FB2F06270F4A43F?sequence=2). Acesso em: 05 jun. 2022.
- 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.
- ANDRADE, L.E. *et al.* Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 1, n. 23, jan, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.24392015>. Acesso em: 15 fev. 2022.
- 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.
- ANGELIM, R. C. M.; ROCHA, G. S. A. Produção científica acerca das condições de trabalho da enfermagem em serviços de urgência e emergência. **Revista Pesquisa Universidade Federal do Estado do Rio Janeiro**, v. 8, n. 1, p. 3845-3859, jan-mar, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i1.3845-3859>. Acesso em: 08 jun. 2022.
- 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.
- BACKER, F. W.; MOUKHLISS, S. Concretising Design Thinking: A Content Analysis of Systematic and Extended Literature Reviews on Design Thinking and Human-Centred Design. **BERA**, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1002/rev3.3186>. Disponível em: <https://bera-journals.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/rev3.3186>. Acesso em: 05 fev. 2022.
- BACKES, D. S. *et al.* Incubadora de Aprendizagem: ferramenta indutora do empreendedorismo na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 68, n. 6, p. 1103-1108, dez. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680615i>. Acesso em 06 fev. 2021.
- BAPTISTA, P. C. P. *et al.* Saúde dos trabalhadores de enfermagem e a segurança do paciente: o olhar de gerentes de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [S.L.], v. 49, n. 2, p. 122-128, dez. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420150000800017>. Acesso em: 10 out. 2020.
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Ed. 70, 2011. 279 p.
- 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.

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](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 05 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. O Sistema Público de Saúde Brasileiro. **Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas São Paulo**. Brasil, 14 de ago. 2002. (Série ANS, n. 3).

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.600/2011**. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS), 07 jul. 2011.

BRASIL. Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTI). **Estratégia Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação 2012 – 2015**: balanço das atividades estruturantes 2011. Brasília, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466/2012, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 2012b. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual Instrutivo da Rede de atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **RDC nº 36/2013 de 35 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2013b. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036\\_25\\_07\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html). Acesso em: 06 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Documento de referência para o programa nacional de segurança do paciente**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde: 2014.

BRASIL. Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovação e Comunicações. **Estratégia Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação 2016-2022**. Brasília: MCTIC, 2017.

BRASIL. Ministério da Educação. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Metas Internacionais de segurança do Paciente**, 15 abr. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-ufmg/saude/metas-internacionais-de-seguranca-do-paciente/metas-internacionais-de-seguranca-do-paciente>. Acesso em: 05 jun. 2022.

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.

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.

CARUSO, C. C. Negative Impacts of Shiftwork and Long Work Hours. **Rehabilitation Nursing**, [S.L.], v. 39, n. 1, p. 16-25, jan. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1002/rnj.107>. Acesso em: 10 maio 2022.

CESAR, F. I. G. **Ferramentas Gerenciais de Qualidade**. São Paulo: Biblioteca 24 horas, 2013. 142 f.

CLEMENTE, V.; TSCHIMMEL, K.; VIEIRA, R. Pensamento criativo e crítico no Desenvolvimento de Produto: uma intervenção didática baseada no Design Thinking. **Revista Lusófona de Educação**, v. 32, n. 32, 2016.

COFEN. **Segurança do trabalhador da Saúde**: uma prioridade para a segurança do paciente. Brasília, 2020. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/seguranca-do-trabalhador-da-saude-uma-prioridade-para-a-seguranca-do-paciente\\_82164.html](http://www.cofen.gov.br/seguranca-do-trabalhador-da-saude-uma-prioridade-para-a-seguranca-do-paciente_82164.html). Acesso em: 23 out. 2021.

COSTA, A. M. C; CORAZZA, F. H. Educação permanente em unidades de urgência e emergência. **Revista científica eletrônica de ciências aplicadas da FAIT**, v. 15, n. 2. nov. 2020. Disponível em: [http://fait.revista.inf.br/imagens\\_arquivos/arquivos\\_destaque/DX1bS5INGM3W6Lt\\_2021-7-2-19-23-58.pdf](http://fait.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/DX1bS5INGM3W6Lt_2021-7-2-19-23-58.pdf). Acesso em: 12 abr. 2022.

CUNHA, S. G. S. *et al.* Implementação de núcleo de segurança do paciente em unidade de pronto atendimento: perspectivas dos enfermeiros. **Revista Baiana de Enfermagem**, [S.L.], v. 34, p. 1-13, 6 jul. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v34.36216>. Acesso em: 26 abr. 2022.

CORRÊA, J. M. **Inovação Tecnológica para Segurança e Conforto no Pós-operatório de Cirurgia Cardíaca**. Dissertação (Mestrado Profissional) -, Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

DALLA NORA, C. R.; JUNGES, J. R. Segurança do paciente e aspectos éticos: revisão de escopo. **Revista Bioética**, Brasília, v. 29, n. 2, abr./jun. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422021292468>. Acesso em: 16 jan. 2022.

FREITAS, J. L.; NOVASKI, V.; BILLIG, O. A. Layout mapping in a retail company. **Brazilian Journal Of Development**, [S.L.], v. 6, n. 11, p. 85926-85937, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.34117/bjdv6n11-131>. Acesso em: 10 maio 2022.

GOMES, A. T. L. *et al.* Safety of the patient in an emergency situation: perceptions of the nursing team. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 72, n. 3, p. 753-759, jun. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0544>. Acesso em: 8 mar. 2022.

- GONÇALVES, G. A. A. *et al.* Percepções de facilitadores sobre as tecnologias em saúde utilizadas em oficinas educativas com adolescentes. **REME: revista mineira de enfermagem**, v. 24, 2020. Disponível em: DOI: 10.5935/1415-2762.20200002. Acesso em: 15 maio 2022.
- GRONMAN, S., LINDFORS, E. The Process Models of Design Thinking: A Literature Review and Consideration from the Perspective of Craft, **Design and Technology Education**, v. 28, n. 2, p. 110–118, 2021. Disponível em: <https://journals.oslomet.no/index.php/techneA/article/view/4352>. Acesso em: 10 jan. 2022.
- HALAMEK, L. P.; CADY, R. A. H.; STERLING, M. R. Using briefing, simulation and debriefing to improve human and system performance. **Seminars In Perinatology**, [S.L.], v. 43, n. 8, p. 151-178, dez. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1053/j.semperi.2019.08.007>. Acesso em: 23 abr. 2022.
- HERNÁNDEZ-CRUZ, R. *et al.* Factors influencing the missed nursing care in patients from a private hospital. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S.L.], v. 25, p. 1-08, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1227.2877>. Acesso em: 15 mar. 2022.
- HONORATO, C. M. A.; MACHADO, F. C. A. Fatores desencadeantes do estresse laboral na emergência médica: uma revisão integrativa. **Revista Ciência Plural**, v. 5, n. 1, p. 52-70, 2019.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades e Estados, 2021**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades>. Acesso em: 04 fev. 2021
- JANTSCH, P. F.; MEDEIROS, C. R. G.; LOHMANN, P.M. Fatores que geram estresse aos profissionais da enfermagem no setor de urgência e emergência: uma revisão integrativa. **Revista Destaques Acadêmicos**, Lajeado, v. 12, n. 3, 2020. Disponível em: DOI:10.22410/issn.2176-3070.v12i3a2020.2639. Acesso em: 06 jul. 2022
- KÄLLBERG, Ann-Sofie *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.
- KAUARK, F.; MANHÃES, F.C.; MEDEIROS, C.H. **Metodologia da pesquisa: guia prático**. Itabuna: Via Litterarum, 2010.
- KOERICH, C.; ERDMANN, A. L.; LANZONI, G. M. M. Professional interaction in management of the triad: permanent education in health, patient safety and quality. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S.L.], v. 28, p. 1-10, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4154.3379>. Acesso em: 08 jul. 2022.
- KOLHS, M. *et al.* A enfermagem na urgência e emergência: entre o prazer e o sofrimento. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 9, n. 2, p. 422 - 431, 2017. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/5427>. Acesso em: 11 abr. 2022.
- LEAL, C. I. S.; FIGUEIREDO, P. N. Inovação tecnológica no Brasil: desafios e insumos para políticas públicas. **Revista de Administração Pública**, [S.L.], v. 55, n. 3, p. 512-537, maio

2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-761220200583>. Acesso em: 15 jun. 2022.

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, Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

LEVI. Laboratório de ensino virtual em enfermagem. **Dia Mundial da Segurança do Paciente**: 17 de setembro. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2020. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/levi/dia-mundial-da-seguranca-do-paciente-17-de-setembro/#page-content>. Acesso em: 22 jun. 2022.

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.

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.

MERHY, E. E. *et al.* Pandemia, Sistema Único de Saúde (SUS) e Saúde Coletiva: composições e aberturas para mundos outros. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 26, p. 1-15, 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/interface.210491>. Acesso em: 06 jun. 2022.

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: <https://revistas.ufg.br/rir/article/view/62553>. Acesso em: 08 jun. 2022.

MUCELINI, F. C. *et al.* Clima de segurança do paciente: avaliação de trabalhadores do pronto-socorro de hospital universitário. **Revista Ciências em Saúde**. v. 10, n. 3, p. 101-108; 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.21876/rcshci.v10i3.969>. Acesso em 15 mar. 2022.

NONATO, L. **O que é as 5 etapas e como aplicar o Design Thinking**. Liga Insights, 2019. Disponível em: <https://insights.liga.ventures/inovacao/design-thinking/amp/>. Acesso: 15 jan. 2021.

OLIVEIRA, E. B. *et al.* Estresse ocupacional e burnout em enfermeiros de um serviço de emergência: a organização do trabalho. **Revista Enfermagem UERJ**, [S.L.], v. 25, n. 28842, p. 01-07, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2017.28842>. Acesso em: 15 maio 2022.

PAIVA, E. D.; ZANCHETTA, M. S.; LONDOÑO, C. Inovando no pensar e no agir científico: o método de design thinking para a enfermagem. **Escola Anna Nery**, [S.L.], v. 24, n. 4, p. 01-06, 06 jul. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0304>. Acesso em: 20 jun. 2022.

- 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](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3011330/mod_resource/content/1/Trabalho%20em%20equipe.pdf). Acesso em: 20 de jun. 2022.
- 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.
- PÉLISSIER, C. *et al.* Vigilance and sleepiness in nurses working 12-hr shifts and their coping strategies. **Journal Of Nursing Management**, [S.L.], v. 29, n. 5, p. 962-970, 29 dez. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/jonm.13233>. Acesso em: 04 dez. 2020.
- PINHEIRO, T; ALT, L. **Design Thinking Brasil: empatia, colaboração e experimentação para pessoas, negócios e sociedade.** Rio de Janeiro: Alta Book, 2018. 248 p.
- PINTO, N. N. C.; MOTA, S. C. Prototipação e validação multifásica de instrumento avaliativo para ensino de jovens e adultos. **Revista Brasileira de Design da Informação**, [S.L.], v. 17, n. 2, p. 49-65, 25 nov. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.51358/id.v17i2.819>. Acesso em: 28 jun. 2022.
- PRATES, C. G. *et al.* Núcleo de segurança do paciente: caminho das pedras em um hospital geral. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, n. esp., 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180150>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngenf/a/D56fnMg49q9vyFGXRxKVPqz/>. Acesso em: 20 mar. 2022.
- PRIMO, C. C.; FURIERI, L. B. Desafios e contribuições do programa de pós-graduação profissional stricto sensu em enfermagem para a formação e enfermeiros pesquisadores. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 9, p. 1-4, 2019.
- RAIMONDI, D. C. *et al.* Patient safety culture in primary health care: analysis by professional categories. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, n. esp., 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180133>. Acesso em: 03 out. 2021.
- RECHE, M. M.; JANISSEK- MUNIZ, R. Inteligência estratégica e design thinking: conceitos complementares, sequenciais e recorrentes para estratégia inovativa. **Revista Future Studies**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 82-108, jan-abr., 2018.
- REGIS, L. T. C; SILVA, M. R. da. Nursing contributions to the scenario of technological innovations in health. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 11, n. 6, p. e53511629291, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i6.29291. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/29291>. Acesso em: 21 jun. 2022.
- REIS, G. A. X. *et al.* Dificuldades para implantar estratégias de segurança do paciente: perspectivas de enfermeiros gestores. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, n. esp., 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180366>. Acesso em: 20 out. 2021.

RESENDE, M. A.; SILVA, G. A.; TEIXEIRA, J. C. A. O sentido de trabalhar na rede de urgência e de emergência: representações sociais de gestores e trabalhadores de serviços de saúde. **Revista Medicina Minas Gerais**, v. 28, 2018.

RIBEIRO, L. M.; VIEIRA, T. A.; NAKA, K. S. Síndrome de Burnout em profissionais de saúde antes e durante a pandemia da COVID-19. **Revista Eletrônica Acervo**, v.12, n. 11, p. 01-10, nov. 2020. DOI: 10.25248/reas.e5021.2020. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e5021.2020>. Acesso em: 22 jun. 2022.

ROSADO, I. V. M.; RUSSO, G. H. A.; MAIA, E. M. C. Produzir saúde suscita adoecimento? As contradições do trabalho em hospitais públicos de urgência e emergência. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 20, n.10, p. 3021-3032, 2015.

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.

RUNCIMAN, W. *et al.* Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. **International Journal for Quality In Health Care**, [S.L.], v. 21, n. 1, p. 18-26, 1 fev. 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzn057>. Acesso em: 15 nov. 2021.

SALVADOR, P. T. C. O. *et al.* Tecnologia e inovação para o cuidado em enfermagem. **Revista enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n.1, p.111- 117, jan-mar, 2012.

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.

SANTOS, A. K. N.; SORATTO, M. T. Segurança do paciente nas Unidades de Urgência Emergência. **Enfermagem Brasil**, [S.L.], v. 17, n. 3, p. 279-296, 16 jul. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33233/eb.v17i3.517>. Acesso em: 10 dez. 2021.

SANTOS, P. T. S. *et al.* Estratégias para a promoção da segurança do paciente em hospitais de urgência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 20, p. 1-9, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v22.56354>. Acesso em: 12 jan. 2022.

SILVA, A. M.; CORREA, A. C. S.; SILVA FILHO, José M. R.; SOUZA, Ricardo A. C. Aplicação do Design Thinking em um Problema Educacional: Um Relato de Experiência. In: WORKSHOP DE INFORMÁTICA NA ESCOLA, 22., 2016, Uberlândia. **Anais [...]**. Porto Alegre: Sociedade Brasileira de Computação, 2016. p. 904-913. Disponível em: <https://doi.org/10.5753/cbie.wie.2016.904>. Acesso em: 24 abr. 2022.

SILVA, T. F. *et al.* O método design thinking em ambientes colaborativos para aprimorar o desempenho da produção. **Revista de Ciência & Tecnologia**, v. 21, n. 41, p. 87-102, 2017.

SIMAN, A. G. *et al.* Desafios da Prática na segurança do paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 6, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0441>. Acesso em: 15 fev. 2022.

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.

SOHAIB, O. *et al.* Integrando o design pensando em programação extrema. **Journal of Ambient Intelligence and Humanized Computing**, v. 10, p. 2485-2492, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s12652-018-0932-y>. Acesso em: 20 mar. 2022.

SOUSA, M. V. V (coord.). **Coleção de Manuais para Enfermagem: terapia intensiva, urgência e emergência e segurança do paciente**. 1. ed. Salvador: Editora Sanar, 2019. (Coleção de manuais para enfermagem, v.2).

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

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.

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

TONDO, J. C. A. GUIRARDELLO, E. B. Perception of nursing professionals on patient safety culture. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 70, n. 6, p. 1284-1290, dez. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0010>. Acesso em: 12 fev. 2022.

VILELA, Ana. **Trem Bala**. Intérprete: Ana Vilela. 2017.

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

**APÊNDICE A –TERMO DE CONSENTIMENTO****LIVRE E ESCLARECIDO****UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DO CUIDADO EM  
ENFERMAGEM - MODALIDADE MESTRADO PROFISSIONAL****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PROGRAMA DE  
MESTRADO PROFISSIONAL /UFSC**

Você está sendo convidado (a) a contribuir como participante da pesquisa referente à dissertação de mestrado intitulada **DESIGN THINKING: APLICAÇÃO EM SALA DE REANIMAÇÃO DE PRONTO ATENDIMENTO PARA SEGURANÇA DO PACIENTE E DO TRABALHADOR**, sob a responsabilidade das pesquisadoras Aline Cristina da Rosa (mestranda) e da Professora Dra. Francine Lima Gelbcke (orientadora). Esta pesquisa tem como objetivo identificar os elementos fundamentais que proporcionem a segurança do paciente e do trabalhador em sala de reanimação da Unidade de Pronto Atendimento (UPA), do município de Biguaçu. Você está sendo convidado (a) porque presta assistência diretamente no cuidado a pacientes que requerem atendimento na sala de reanimação. Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) visa assegurar seus direitos e deveres como participante. Você tem plena liberdade de se recusar a participar, e retirar-se a qualquer momento da pesquisa sem nenhuma penalização ou coação por parte dos pesquisadores. Após o preenchimento do TCLE, você receberá uma via dele, rubricado em todas as páginas pelo pesquisador. Como forma de coletarmos os dados, inicialmente você será convidado a participar de uma roda de conversas, em que, de forma colaborativa, participará contribuindo com sua vivência na assistência de modo que conjuntamente consigamos gerar *insights* para abordar a problematização da segurança do paciente e do trabalhador. Essa etapa acontecerá de forma presencial no auditório da SMS de Biguaçu, um espaço amplo que possibilita o distanciamento entre as pessoas e outras medidas protetivas, atendendo às recomendações de prevenção do contágio do COVID-19. Na segunda etapa, as pesquisadoras realizarão a interpretação e o alinhamento dos resultados reunidos na primeira etapa. Após essa abordagem será realizado um cartaz com mapas conceituais, que será fixado na sala de enfermagem. Peça que leia com atenção e calma, esclarecendo as possíveis dúvidas que possam surgir. Após a leitura, você poderá fazer anotações e intervenções no mapa, o qual foi confeccionado na primeira etapa, de modo que se obtenha consenso entre os participantes e validação dos tópicos abordados dos melhores recursos para garantir a segurança necessária na sala de reanimação, tanto para o paciente quanto para o trabalhador. Será realizada a gravação dos grupos, com sua expressa autorização, sendo que, após as transcrições, as falas serão validadas e posteriormente apagadas. A qualquer momento você poderá solicitar cópia dos dados obtidos durante a roda de conversas que serão armazenados em dispositivos eletrônicos locais (*notebook, pen drive* etc), sendo apagados quaisquer registros em “nuvem”. Caso tenha dúvidas, antes ou após assinar o TCLE, você poderá esclarecê-las com os pesquisadores responsáveis. Em nenhum momento você será identificado (a). Os resultados da pesquisa serão publicados e, ainda assim, a sua identidade

será mantida em sigilo e nenhuma informação será fornecida a terceiros. Os dados obtidos serão armazenados pelo pesquisador responsável em local seguro e protegido com senha por um período de cinco anos, sendo descartados após esse tempo. Sua participação será voluntária, portanto, você não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar na pesquisa. Entretanto, conforme a Resolução 466/12 nos seus itens II.7, II.21, IV.3.g e IV.3.h, fica garantido o ressarcimento para despesas previstas ou imprevistas, de qualquer natureza que possam vir a acontecer, além da garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa. Os riscos da pesquisa consistem na possibilidade de algum desconforto mental ou cansaço ao seguir a metodologia proposta pelo *Design Thinking*, bem como pelas reflexões sobre a prática profissional. Caso haja qualquer dano associado ou decorrente da pesquisa à sua integridade física ou mental, diretos ou indiretos, ou haja necessidade de interrupção do estudo, os pesquisadores estarão abertos a sanar as dúvidas existentes. Os benefícios da pesquisa são referentes à contribuição para a prática assistencial de Enfermagem na sala de reanimação, proporcionando maior conhecimento sobre os fatores que possam contribuir para com a segurança do trabalhador e do usuário.

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com:

**Aline Cristina da Rosa** (pesquisadora principal) Telefone (48) 9 9168-5100 / *e-mail*: alineecrosa@gmail.com

**Francine Lima Gelbcke** (Orientadora) Telefone:(48) 9961-0033/ *e-mail*: francine.lima@ufsc.br

Poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEPESH da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, designado pela CONEP (Conselho Nacional de ética em Pesquisa), situado no endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, 4º andar, sala 401, bairro Trindade. CEP: 88.040-400, Florianópolis, Santa Catarina. Telefone: (48) 3721-6094. *E-mail*: cep.propesq@contato.ufsc.br. O horário de funcionamento é: segunda a sexta-feira, das 8h às 12h e das 14h às 18h. O CEPESH é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, mas independente na tomada de decisões, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Após ter lido este TCLE e ser esclarecido (a) acerca da natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e/ou incômodos que esta possa acarretar, declaro que aceito participar como voluntário da pesquisa, assinando abaixo.

Florianópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

---

Assinatura da pesquisadora principal

---

Participante da pesquisa