

Segurança do paciente idoso sob o ponto de vista do enfermeiro em uma ILPI

Elderly patient safety from the nurse's point of view in an LSIE

Aretusa Amorim Lima¹, Elias Rocha de Azevedo Filho¹, Regina Celia De Oliveira Martins Nunes¹, Alberto Cesar da Silva Lopes²

Como citar:

Lima AA, Azevedo Filho ER, Nunes RCOM, Lopes ACS. Segurança do paciente idoso sob o ponto de vista do enfermeiro em uma ILPI. REVisa. 2019; 8(4): 406-17. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v8.n4.p406a417>

REVisa

1. Centro Universitário ICESP.
Brasília, Distrito Federal,
Brasil.

2. Centro Universitário IESB.
Brasília, Distrito Federal,
Brasil.

Recebido: 01/07/2019
Aprovado: 10/09/2019

RESUMO

Objetivo: Descrever a segurança do paciente na perspectiva dos enfermeiros, técnicos de enfermagem e cuidadores de idosos, acreditando serem estes os profissionais que mantêm maior proximidade do paciente. **Método:** Este estudo, do tipo quantitativo, transversal, de caráter descritivo e analítico, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa obtendo alvitre positivo, CAAE: 84589717.8.0000.5512. A população deste estudo foi composta por profissionais de enfermagem que trabalham em uma ILPI no DF. Foram incluídos no estudo técnico de enfermagem, enfermeiro e cuidadores de idosos. **Resultado:** O enfermeiro, enquanto coordenador da equipe de enfermagem, não pode perder de vista que deve liderar a equipe com o compromisso de sempre buscar seu aprimoramento técnico-científico e ético. **Conclusão:** Frente à magnitude da temática segurança do paciente, que avanços no cenário atual das organizações de saúde sejam desafiadores, todavia algumas considerações, no que tange à assistência e ao ensino e pesquisa, tornam-se pertinentes, a fim de contribuir com a instituição pesquisada e de consolidar uma cultura de segurança profícua e construtiva.

Descritores: Segurança; Paciente; ILPI, Cuidadores de idosos, Técnicos de enfermagem e enfermeiros.

ABSTRACT

Objective: to describe patient safety from the perspective of nurses, provide nursing services and care for the elderly, believing that they are the professionals who maintain the patient's closest proximity. **Method:** This quantitative, cross-sectional, descriptive and analytical study was approved by the Research Ethics Committee, obtaining a positive suggestion, CAAE: 84589717.8.0000.5512. The study population was composed of nursing professionals who work at an LTCF in DF. Nursing technicians, nurses and caregivers of the elderly were included in the study. **Result:** The nurse, as coordinator of the nursing team, cannot lose sight of the exercise of his / her role of responding is a team committed to always seek technical-scientific and ethical improvement. **Conclusion:** in view of the magnitude of the patient safety issue, which promotes the current perspective of women's health organizations, and some considerations about teaching and research assistance become forward-looking. to consolidate a constructive and constructive safety culture.

Descriptors: Security; patient; ILPI, caregivers of the elderly, nursing technicians and nurses.

ORIGINAL

Introdução

A dinâmica do crescimento populacional, decorrente das baixas taxas de fecundidade, o aumento da expectativa de vida, a inserção da mulher no mercado de trabalho, recentes configurações familiares apontam para um cenário de preocupação no que reporta à necessidade de cuidado das pessoas envelhecidas.¹⁻² Nesses acontecimentos de modificações sociais, nem sempre a família dispõe de um cuidador quando um dos seus membros idosos requer apoio e/ou auxílio direto. Assim, as instituições de longa permanência para idosos (ILPI) surgem como alternativa de cuidado fora do âmbito familiar.³ A segurança do paciente está concernente a fatores como a falibilidade humana, fragilidades nas organizações de saúde, problemas com dispositivos tecnológicos, comunicação e dimensionamento inapropriado entre equipes e profissionais, assim como o excesso de tarefas e conhecimento limitado sobre segurança.⁴

O Nursing Activities Score (NAS) é a ferramenta mais completa de dimensionamento validado no Brasil para mensurar a carga de trabalho de enfermagem, pois além de contabilizar o tempo de procedimentos e intervenções terapêuticas, contempla tarefas administrativas e de suporte aos familiares dos pacientes.⁵⁻⁶ Além disso, para que o dimensionamento seja eficaz, é importante utilizar os critérios da Resolução COFEN n.º 293/2004, que estabelece o Índice de Segurança Técnica (IST) e a proporção de enfermeiros, conforme o grau de complexidade da atenção à clientela, sobre o total de profissionais de enfermagem.⁷

Uma boa comunicação, confiança, aprendizado organizacional, compromisso da gestão hospitalar com a segurança, liderança, abordagem não punitiva ao erro e percepção compartilhada da importância dessa temática são pilares da segurança e cultura institucional.⁸⁻⁹

A compreensão pela qualidade da atenção não é um assunto novo e foi o documento publicado pelo IOM, intitulado “Errar é humano: compondo um sistema de saúde mais seguro” (*To err is Human: building a safer health system*), em 1999, que acrescentou a inquietação por uma das dimensões da qualidade: a segurança do paciente.^{10,11} A publicação constatou que entre 44.000 e 98.000 pacientes morriam a cada ano nos hospitais dos EUA em virtude dos danos causados durante a prestação de cuidados à saúde. A notícia ganhou notoriedade e diante do cenário apresentado, governos e organizações internacionais se mobilizaram. Assim, iniciaram-se trabalhos para apoiar as estratégias nacionais e internacionais para a prevenção e a mitigação de falhas no cuidado à saúde.

Assim, as instituições de saúde devem promover cultura baseada nesses valores, a fim de melhorar a segurança do paciente.

De acordo com o artigo 5º da Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, o Ministério da Saúde destacou uma proposta de mudanças culturais referentes à segurança e definiu as estratégias para execução do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Por meio dessas estratégias, está a promoção da cultura de segurança, a qual destaca o aprendizado e aperfeiçoamento organizacional, compromisso dos profissionais e dos pacientes na prevenção de incidentes, com realce em sistemas seguros, evitando, assim, os processos de comprometimento individual.¹²

Os estabelecimentos de saúde têm incorporado tal ponto de vista com o objetivo de disponibilizar assistência de excelência, diminuir custos e garantir a satisfação à clientela. Busca-se instituir a segurança nas organizações de saúde enquanto processo cultural, promovendo maior consciência dos profissionais quanto à cultura de segurança, compromisso ético no gerenciamento de risco com conseqüente compromisso de segurança para si e para a clientela atendida, suprimindo a lacuna existente no aspecto da segurança do paciente.¹³

Tal lacuna pode ser certificado no processo assistencial, em que merece destaque a ocorrência crescente de eventos adversos (EAs), ou seja, de danos não intencionais que resultam em incapacidade temporária ou permanente e/ou com o aumento do tempo de permanência na instituição ou morte, como conseqüência de um cuidado de saúde prestado.¹⁴

Nesse contexto, a pesquisa teve como objetivo descrever a segurança do paciente na perspectiva dos enfermeiros, técnicos de enfermagem e cuidadores de idosos, acreditando serem estes os profissionais que mantêm maior proximidade do paciente.

Cabe salientar a promoção da segurança do paciente na qualidade da assistência de enfermagem. A diminuição dos riscos e dos danos e a absorção de boas práticas favorecem a efetividade dos cuidados de enfermagem e a sua coordenação de modo seguro. Esta melhoria corresponde à necessária mudança de cultura dos profissionais para a segurança, da utilização de indicadores de qualidade, da existência de um sistema de registros, alinhados à política de segurança do paciente instituída nacionalmente.

Método

Este estudo, do tipo quantitativo, transversal, de caráter descritivo e analítico, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa obtendo alvitre positivo, CAAE: 84589717.8.0000.5512.

A população deste estudo foi composta por profissionais de enfermagem que trabalham em uma ILPI no DF. Foram incluídos no estudo técnico de enfermagem, enfermeiro e cuidadores de idosos. Foram excluídos profissionais que estavam menos de seis meses trabalhando na ILPI e que não se voluntariam para a pesquisa. A amostragem final foi composta por 1 enfermeiro, 2 técnicos de enfermagem, 11 cuidadores de idosos voluntários, selecionados pelo quantitativo que trabalham na ILPI.

A coleta dos dados foi realizada no mês de julho de 2018, em uma ILPI do Distrito Federal. Os questionários foram entregues para o devido preenchimento. Os profissionais foram informados quanto à justificativa, objetivos e procedimentos a serem realizados, conforme orientações para pesquisa com seres humanos constantes na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Após esses procedimentos, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados obtidos foram digitados em planilha do programa Microsoft Excel 2010 e analisados estatisticamente com o auxílio do *Software Statistica 8.0*. Para a análise da distribuição dos dados, foi realizado o teste de Teste de Mann Whitney; Teste de Kruskall Wallis. Como os dados apresentaram distribuição normal, os resultados foram representados por meio da média ($\bar{x}$) e o desvio padrão (σ) para as variáveis quantitativas, seguido do teste t de student

independente para comparação entre os grupos. Também foi utilizada a correlação de Pearson entre variáveis quantitativas. Já para as variáveis qualitativas, foram utilizadas tabelas de frequências e percentual. O nível de significância adotado foi de $p < 0,05$.

Resultados e Discussão

Os dados coletados foram organizados e armazenados em planilha do Microsoft Excel 2018. Foram organizados da seguinte maneira: para as respostas quanto à percepção das dimensões de cultura de segurança do paciente, foram atribuídos números de 1 a 5 (1- Discordo Fortemente, 2- Discordo, 3- Nenhum dos Dois, 4- Concordo, 5- Concordo Fortemente; 1- Nunca 2- Raramente, 3- Às Vezes, 4- Quase Sempre, 5- Sempre); para testar a confiabilidade do questionário quanto à sua consistência interna, foi aplicado o teste estatístico de análise multivariada “Alpha de Cronbach”.

O Alpha de Cronbach é um índice que varia de 0 a 1, quanto mais próximo de 1, melhor é a confiabilidade do instrumento. Valores acima de 0,60 são considerados aceitáveis, e nos permite concluir que o instrumento é confiável.¹⁵

As variáveis sociodemográficas foram analisadas a partir de análise descritiva, através de distribuição de frequência, e apresentadas por meio de tabela, a fim de caracterizar os participantes da pesquisa.

A análise das dimensões de cultura de segurança do paciente e dos indicadores (grau de segurança e número de eventos relatados) ocorreu por meio de estatísticas descritivas dos dados e testes analíticos específicos. O nível de significância adotado foi de 5%. O Programa R foi utilizado para estimativa dessas estatísticas.

Para a análise estatística da cultura de segurança do paciente, utilizaram-se os escores de 1 a 5, sendo 1 a pior avaliação do item e 5 a melhor avaliação. Como o questionário possui a técnica de escala de Likert, os itens redigidos de forma negativa foram invertidos para a análise.

Identificou-se o perfil dos participantes investigados, o que proporcionou a compreensão, tendo sido organizados a partir das temáticas elaboradas e de suas constituintes para melhor expor os achados.

A profissão de enfermagem, desde o seu início, foi desempenhada majoritariamente por mulheres, e essa questão de gênero mantém-se na atualidade. Neste estudo, observa-se a predominância do sexo feminino na população estudada com 73,3%, todavia, este resultado é inferior aos dados brasileiros, os quais correspondem a 87,2% de sexo feminino.¹⁶ A Tabela 1 representa o percentual de respostas das categorias para cada item relacionado à análise.

Tabela 1 – Distribuição das frequências das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “Trabalho em equipe no âmbito das unidades”.

	DF	D	ND	C	CF
Nesta unidade, as pessoas apoiam uma as outras.	0,0%	9,1%	0,0%	63,6%	27,35
Temos profissionais suficientes para dar conta da Carga de trabalho	0,0%	22,2%	11,1%	44,4%	22,2%

Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos sem equipe para concluí-lo devidamente.	0,0%	22,2%	11,1%	55,6%	11,1%
Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente.	0,0%	9,1%	9,1%	72,7%	9,1%
Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito.	0,0%	0,0%	12,5%	75%	12,5%
Nesta unidade, os profissionais trabalham mais horas do que seria melhor para o cuidado do paciente.	0,0%	37,5%	25%	37,5%	0,0%
É utilizado o índice de segurança técnica segundo resolução 293/2004	0,0%	50%	0,0%	50%	0,0%
Os profissionais consideram que seus erros, enganos ou falhas têm levado a mudanças positivas por aqui.	0,0%	0,0%	33,3%	50%	16,7%
Erros, enganos ou falhas têm levado a mudanças positivas por aqui.	14,3%	71,4%	14,3%	0,0%	0,0%
Erros, enganos ou falhas mais graves não acontecem por aqui apenas por acaso.	0,0%	37,5%	12,5%	37,5%	12,5%
Quando um evento é relatado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema	0,0%	42,9%	14,3%	42,9%	0,0%
Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade.	0,0%	0,0%	25%	75%	0,0%
Nós trabalhamos em “situação de crise” tentando fazer muito e muito rápido.	14,3%	28,6%	14,3%	42,9%	0,0%
Segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída.	0,0%	0,0%	20%	60%	20%
Os profissionais se preocupam que seus erros, enganos ou falhas sejam registrados em suas fichas funcionais.	0,0%	22,2%	0,0%	66,7%	11,1%
Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente.	14,3%	28,6%	42,9%	14,3%	0,0%
Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros.	0,0%	11,1%	11,1%	44,4%	33,3%

Legenda: DF: Discordo Fortemente; D: Discordo; ND: Nenhum dos Dois; C: Concordo; CF: Concordo Fortemente.

Os resultados que se notam dos itens são os seguintes: “Nesta unidade, as pessoas apoiam uma as outras”, 63,6% dos participantes afirmaram que concordam e 27,3% concordam fortemente, totalizando 90,9% de respostas positivas; “Temos profissionais suficientes para dar conta da carga de trabalho”, 44,4% concordam e 22,2% concordam fortemente, totalizando 66,6% de respostas positivas; “Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos sem equipe para concluí-lo devidamente”, 55,6% concordam e 22,2% discordam; “Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito”, 75% dos entrevistados concordam; “Nesta unidade, os profissionais trabalham mais horas do que seria melhor para o cuidado do paciente”, 37,5% discordaram e 37,5% concordaram, 25% responderam “nenhum dos dois”; “Os profissionais consideram que seus erros, enganos ou falhas têm levado a mudanças positivas por aqui”, 66,7 responderam positivamente; “É utilizado o índice de segurança técnica segundo resolução 293/2004”, metade dos participantes discordou e a outra metade concordou; “Erros, enganos ou falhas têm levado a mudanças positivas por aqui”, 85,7% responderam negativamente, ou seja, discordam ou discordam fortemente; “Quando um evento é relatado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema”, 42,9% discordam e 42,9% concordam; “Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade”, 75% concordaram; “Nós trabalhamos em ‘situação de crise’ tentando fazer muito e muito rápido”, 49,9% discordam e 42,9% concordam e 14,3% nenhum dos dois, porém, os resultados negativos que se situam em 49,9% dos profissionais que discordam ou discordam fortemente que a chefia permite o processo de trabalho de forma rápida e não padronizada, chama atenção, diante da complexidade das atividades executadas pelos profissionais de enfermagem. A Tabela 2 representa o percentual de respostas das categorias para cada item relacionado à análise.

Tabela 2 – Distribuição das frequências das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “Expectativas supervisores/chefe”.

	DF	D	ND	C	CF
O meu supervisor chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente	0,0%	18,2%	27,3%	45,5%	9,1%
O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para melhoria da segurança do paciente	0,0%	0,0%	27,3%	36,4	36,4%
Sempre que a pressão aumenta meu supervisor quer que trabalhemos mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”	9,1%	81,8%	9,1%	0,0%	0,0%
Meu supervisor/gerente não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem rapidamente	9,1%	72,7%	9,1%	9,1%	0,0%

Legenda: DF: Discorda Fortemente; D: Discorda; ND: Nenhum dos Dois; C: Concorda; CF: Concorda Fortemente.

No primeiro item, observa-se que não houve resposta para quem discorda fortemente e 18,2 % discordam que o supervisor/chefe imediato elogia quando presença uma tarefa está sendo realizada de acordo com a segurança do paciente. Em contrapartida, houve resposta pra quem concorda ou que concorda fortemente com tal assertiva, totalizando 54,6%. Tais resultados revelam um percentual maior de respostas positivas em relação às negativas e permite inferir que, culturalmente, o elogio às melhores práticas com o intuito de fortalecer a segurança do paciente ainda não é amplamente utilizado pelos supervisores.

No segundo item, nota-se o mesmo percentual (36,4%) para os que concordam e concordam fortemente que o seu chefe imediato considera as sugestões dos trabalhadores no sentido de melhorar a segurança do paciente e não houve resposta pra quem discorda fortemente ou discorda dessa afirmativa. Apesar do total de 72,8% de respostas positivas, um total de 27,3% de respostas neutras evidencia que, predominantemente, nas unidades pesquisadas, as chefias consideram as sugestões dos trabalhadores.

Em relação ao item “Toda vez que a pressão aumenta, o supervisor/chefe imediato quer que os profissionais trabalhem mais rápido, mesmo que para isso tenham que realizar os procedimentos de forma não padronizada”, os resultados demonstram boas avaliações, sendo que 81,8% discordam e 9,1% discordam fortemente, demonstrando que a chefia preserva os princípios éticos e técnico-científicos do exercício profissional. Porém, não houve resposta para quem discorda ou discorda fortemente que a chefia permite o processo de trabalho de forma rápida e não padronizada, o que chama atenção, diante da complexidade das atividades executadas pelos profissionais de enfermagem, predominantemente, na esfera assistencial, que estão fortemente atreladas a procedimentos complexos e à manipulação de tecnologia dura, o que requer ambientes de trabalho adequado a sua execução.

Diante disso, é apropriado confirmar que o enfermeiro, enquanto coordenador da equipe de enfermagem, não pode perder de vista que no exercício da sua função administrativa deve liderar a equipe com o compromisso de sempre buscar seu aprimoramento técnico-científico e ético. E que diante da complexidade e instabilidade do processo de trabalho em enfermagem, a responsabilidade do enfermeiro deve garantir uma assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, imprudência e negligência, pautada pela ética profissional por mais que seja desafiador.¹⁷ A Tabela 3 representa o percentual de respostas das categorias para cada item relacionado à análise.

Tabela 3 - Distribuição das frequências das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “área/unidade”.

	N	R	AV	QS	S
Somos informados sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos	0,0%	0,0%	20%	40%	40%
Somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade	11%	33%	11%	33%	11%
Nesta unidade, discutimos maneiras de prevenir erros evitando que eles	9,1%	81,8%	9,1%	0,0%	0,0%

aconteçam novamente.					
Os profissionais têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente	0,0%	20%	20%	0,0%	60%
Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões dos seus superiores	22%	11%	33%	22%	11%
Os profissionais têm receio de perguntas quando algo não está certo	27%	55%	18%	0,0%	0,0%

Legenda: N: Nunca; R: Raramente; AV: Às Vezes; QS: Quase Sempre; S: Sempre.

O primeiro item, que questiona a frequência com que os trabalhadores têm retorno sobre as mudanças implantadas em função de EA notificados, revela que nunca e nem raramente têm retorno, 20% às vezes, 40% quase sempre e apenas 40% afirmaram ter sempre retorno quanto às mudanças implementadas. Esses dados mostram que a cultura da troca de informação, no intuito de gerar conhecimento e desenvolver um poder crítico-reflexivo entre os membros da equipe, ainda apresenta-se incipiente.

Quanto à informação dos erros que ocorrem na unidade, 11% afirmam que nunca são comunicados sobre eles, 33% raramente, 11% às vezes, 33% responderam quase sempre e 11% responderam que sempre são informados com relação aos erros ocorridos na unidade de trabalho. Verifica-se, assim, uma heterogeneidade nas respostas, que pode ser devido às características inerentes das próprias unidades pesquisadas, tais como a chefia/supervisão, as relações hierárquicas e entre os pares.

No item seguinte, que faz menção à discussão entre os trabalhadores de maneiras para prevenir que erros voltem a ocorrer, nota-se que 9,1% nunca discutem, 81,8% raramente, 9,1% às vezes, e não houve resposta quase sempre e sempre para prevenção de erros e promoção da segurança do paciente.

Esse número tão expressivo de profissionais que afirmam não discutirem sempre formas de prevenir que erros voltem a ocorrer está relacionado às respostas da dimensão de aprendizado e melhoria contínua, quanto à avaliação da efetividade das medidas implementadas. A não avaliação pode ser um aspecto desmotivador para a equipe, pois, qual a razão de discutir e implementar mudanças se não avaliar a sua eficácia?

Cabe mencionar que o número representativo de respostas negativas, quanto ao retorno das mudanças implementadas após a notificação de eventos adversos, pode influenciar também na motivação dos trabalhadores para, continuamente, discutirem e potencializarem habilidades para melhorar as práticas e processos em prol da segurança do paciente.

Quanto à liberdade de expressão dos trabalhadores em relação a algo que afete negativamente o cuidado do paciente, 20% afirmam conversar às vezes e 60% sempre. Em contrapartida 20% responderam raramente. Esses dados apontam que a grande maioria dos profissionais sente-se à vontade para discutir eventos que comprometem o cuidado ao paciente.

Em relação ao questionamento de profissionais com mais autoridade, 11% afirmaram questionar sempre que necessário, 22% quase sempre, 33% às vezes, 11% raramente e 22% nunca. No que se trata do receio que os profissionais têm de fazer perguntas quando algo parece não estar certo, os resultados

demonstram que 22% nunca sentem medo, 11% raramente, 33% às vezes, 22% quase sempre e 11% sempre demonstram ou percebem medo na equipe.

Os resultados apontam para a relevância das relações de poder, sendo importante a construção de relações de trabalho cada vez mais lineares e respeitadas, nas quais cada membro da equipe tem seu papel e colabora para o bom funcionamento do serviço.

As equipes que funcionam adequadamente determinam uma série de estratégias, enfatizando, principalmente, programas de treinamento em gestão de recursos humanos, para melhorar a comunicação e o trabalho em equipe.¹⁸⁻¹⁹ As primeiras estratégias concentram-se em formas de diminuir os níveis de autoridades, e esses esforços podem incluir técnicas simples, como fazer o líder apresentar-se, saber o nome dos outros profissionais, admitir as suas limitações e aceitar de forma natural informações e alertas de todos os membros que compõe a equipe. A Tabela 4 representa o percentual de respostas das categorias para cada item relacionado à análise.

Tabela 4 – Distribuição das frequências das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “sobre sua instituição”.

	DF	D	ND	C	CF
A direção da ILPI propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente	0,0%	0,0%	0,0%	70%	3,0%
Há uma boa cooperação entre unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto.	0,0%	0,0%	17%	50%	0,0%
As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si.	0,0%	60%	20%	20%	0,0%
O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra.	0,0%	22%	44%	11%	22%
É comum a perda de informações importantes sobre os cuidados com o paciente durante as mudanças de plantão ou de turno.	0,0%	33%	30%	33%	30%
Muitas vezes é desejável trabalhar com profissionais de outras unidades do ILPI.	17%	33%	17%	40%	40%

Legenda: DF: Discordo Fortemente; D: Discordo; ND: Nenhum dos Fois; C: Concordo; CF: Concordo Fortemente.

No primeiro item, observa-se que não houve resposta para discordam fortemente e discordam de que a administração da ILPI propicia um clima de trabalho que favorece a segurança do paciente. Em contrapartida, 70% responderam quase sempre e 3% que sempre propicia um clima de trabalho, fato que se refere à administração hospitalar como motivador e propiciador de um clima de trabalho saudável, que favoreceria segurança aos usuários do serviço.

Quanto à cooperação entre as unidades da ILPI, 60% discordam que haja uma boa cooperação, 20% são indiferentes e 20% concordam que as unidades cooperam entre si. Esse resultado positivo reflete que as unidades da ILPI conseguem cooperar para o alcance do melhor atendimento ao usuário.

Nesse enlace, no terceiro item do comprometimento do cuidado quando o paciente é transferido, 22% discordam, 44% adotam uma posição neutra ao item e 33% concordam que haja implicação do cuidado.

Em relação à perda de informação sobre o cuidados com o idoso durante a passagem do plantão, 66% concordam que há perda, 30% são indiferentes e 33% discordam que haja prejuízo na passagem de plantão.

No que se refere ao item “Muitas vezes é desejável trabalhar com profissionais de outras unidades da ILPI”, 40% concordam fortemente que é desejável trabalhar, 17% são indiferentes e 17% discordam fortemente.

Conclusão

O estudo assegurou descrever a percepção dos trabalhadores de enfermagem a respeito das dimensões de cultura de segurança do paciente, tal como identificar os fatores intervenientes que influenciam essa. Diante disso, algumas considerações, no que tange à assistência, à gerência e ao ensino e pesquisa, tornam-se pertinentes, com o propósito de contribuir com a instituição pesquisada e com novos estudos na temática abordada.

No que tange a respeito à gerência, o estudo possibilitou, para nós, o *agir* do enfermeiro enquanto supervisor da equipe de enfermagem, a visibilidade de que o enfermeiro exerce atividades que enlaçam e mobilizam a equipe para a segurança do paciente. Sendo assim, ratifica-se que o enfermeiro deve atuar pautado em conhecimentos advindos das dimensões técnico-científica, ético-política e socioeducativa, que favoreçam o cuidado seguro.

No que se refere, a administração de ILPI deve absolver a compreensão de que a segurança dos pacientes é um componente extremamente relevante de qualidade em saúde, tornando-se fundamental que a organização e seus gestores ampliem a segurança e considerem a aproximação sistêmica para busca da melhoria em seus processos.

Nesta percepção, a instituição deve viabilizar meios para que a segurança do paciente seja efetivada, como exemplo, a implantação de Comitês de Segurança do Paciente, os quais devem assegurar efetivamente os processos de prestação de cuidado de forma construtiva, contribuindo para as tomadas de decisões e a disseminação das melhores práticas assistenciais. Outra iniciativa seria a sensibilização dos profissionais da instituição, para que estes se tornem corresponsáveis com os aspectos que englobam a segurança do paciente, e nessa iniciativa, a educação continuada da instituição seria de grande atuação.

Evidencia-se, ainda, a importância da execução de um sistema de gerenciamento de riscos, com o objetivo de incentivar a segurança e prevenir eventos adversos, ressaltando a implantação de um sistema de informe de erros e eventos adversos, confidencial e reservado, propiciando um estímulo nas notificações e o aperfeiçoamento nos fatores causais desses eventos.

Descrever sobre segurança do paciente se destina refletir na exatidão de aclarar a questão do ensino como base para compor recursos humanos com competências para lidar com o assunto. Desse modo, acredita-se ser preciso a transversalidade do teor nos currículos de graduação multidisciplinares, tal qual nos cursos de formação técnica, com intenção de proporcionar as interações que cercam a segurança do paciente.

Agradecimento

Pesquisa Financiada pelas Faculdades Integradas Promove de Brasília e Centro Universitário ICESP Brasília por meio do Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa – NIP. Edital 02/2017.

Referências

1. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. Ministério da Saúde: Brasília, DF; 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde)
2. Vasconcelos AMN, Gomes MMF. Transição demográfica: a experiência brasileira. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2012 Dez [citado ago 27, 2019]; 21(4): 539-48. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400003&lng=pt.
3. Camarano AA, Kanso S, Mello JL, Carvalho DF. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. In: Camarano AA, organizadora. Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: IPEA; 2010. p. 187-212.
4. Jirapaet V, Jirapaet K, Sopajaree C. The nurses' experience of barriers to safe practice in the neonatal intensive care unit in Thailand. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2006; 35(6): 746-54. DOI: 10.1111/j.1552-6909.2006.00100.x
5. Miranda DR, Nap R, de Rijk A, Schaufeli W, Iapichino G; TISS Working Group. Therapeutic Intervention Scoring System. Nursing activities score. *Crit Care Med*. 2003; 31(2): 374-82.
6. Queijo AF. Tradução para o português e validação de um instrumento de medida de carga de trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva: Nursing Activities Score (NAS). São Paulo. Dissertação [Mestrado] - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2002.
7. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 293, de 21 de setembro de 2004. Fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhadas [citado jul 13, 2018]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-2932004_4329.html
8. Vincent C. Segurança do paciente: orientações para evitar eventos adversos. São Caetano do Sul: Editora Yendis; 2009. 87 p.
9. Sorra JS, Nieva VF. Hospital Survey on Patient Safety Culture. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2004. (AHRQ publication no 04-0041)
10. Bohomol E. Envolvimento do paciente no gerenciamento de risco hospitalar. In: Feldman LB. Gestão de risco e segurança hospitalar: prevenção de danos ao paciente, notificação, auditoria de risco, aplicabilidade de ferramentas, monitoramento. São Paulo: Martinari; 2008. p. 327-38. 2.
11. VanGeest JB, Cummins DS. An educational needs assessment for improving patient safety: results of a national study of physicians and nurses [Internet]. EUA: The National Patient Safety Foundation; 2003.
12. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.HTML
13. Claro CM, Kroczek DVC, Toffolito MC, Padilha KG. Eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva: percepção dos enfermeiros sobre a cultura não punitiva. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2011; 45(1): 167-72.
14. Roque KE, Melo ECP. Avaliação dos eventos adversos a medicamentos no contexto hospitalar. *Esc. Anna Nery*. 2012 jan/mar; 16(1): 121-7.
15. DeVellis RF. Scale development: Theory and applications. Newbury Park, CA: SAGE Publications; 1991.

16. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Análise de dados dos profissionais de enfermagem existentes nos Conselhos Regionais. Comissão de Business Intelligence. Departamento de Tecnologia da Informação; 2011.
17. Lara SR, Berti HW. Dimensão ética do gerenciamento em enfermagem. *CuidArte, Enferm*; 2011 [citado mar 12,2018]; 5(1):7-15. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=20569&indexSearch=ID>
18. Wachter RM. Compreendendo a segurança do paciente. Porto Alegre: Artmed; 2010.
19. Silva AEBC. Análise de risco do processo de administração de medicamentos por via intravenosa em pacientes de um Hospital Universitário de Goiás. Ribeirão Preto. Tese [Doutorado em Enfermagem] - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

Autor correspondente:

Elias Rocha de Azevedo Filho
QN 01 Conjunto 11 Casa 30 Riacho Fundo I. Brasília,
Distrito Federal, Brasil.
eliaspresley2@gmail.com