

RELEVÂNCIA DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE IDOSO SOB O PONTO DE VISTA DO ENFERMEIRO EM UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS

Aretuza Amorim Lima¹, Elias Rocha de Azevedo Filho²

1 Aluna do Curso de Enfermagem

2 Professor Mestre do Curso de Enfermagem

Resumo

Introdução: A segurança do paciente está relacionada a fatores como a falibilidade humana, fragilidades nas organizações de saúde, problemas com dispositivos tecnológicos, comunicação e dimensionamento inadequado entre equipes e profissionais, assim como o excesso de tarefas e conhecimento limitado sobre segurança. **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. **Materiais e Métodos:** É um estudo de revisão literária desenvolvida através de artigos científicos. A busca eletrônica foi conduzida nas seguintes bases de dados: (BDENF) - Bibliográficos Especializada na Área de Enfermagem do Brasil e na SciELO - Scientific Electronic Library Online e livros relacionados com o tema. **Resultado:** 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. **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..

Palavras-Chave: Segurança; paciente; ILPI, Cuidadores de idosos, técnicos de enfermagem e enfermeiros.

Abstract

Introduction: Patient safety is related to the factors of a lack of capacity, health organizations, communication, communication and dimensioning technologies among women and professionals, as well as the capacity for communication and knowledge about the safety. **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. **Materials and Methods:** It is a study of literary review carried out through scientific articles. An electronic search was conducted in the following databases: (BDENF) - Special Bibliographies in the Brazilian Nursing Area and in SciELO - Scientific Electronic Library Online and reliability how books. **Outcome:** The nurse, as coordinator of the nursing team, can not 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.

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

Contato: nip@unicesp.edu.br

Pesquisa Financiada pelas Faculdades Integradas Promove de Brasília e Faculdade ICESP, por meio do Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa - NIP. Edital número 02/2017.

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 (Brasil 2010; Vasconcelos AMN, 2012). 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.(CAMARANO AA, KANSO S, MELLO JL, CARVALHO DF, 2010)

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 (JIRAPAET V, 2006).

Segundo Miranda (2003) O Nursing Activities Score (NAS) é a ferramenta mais completa de dimensionamento validado no Brasil (Queijo AF, 2002) 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. Além disso, para que o dimensionamento seja eficaz, é importante utilizar os critérios da Resolução COFEN n.º 293/2004(Brasil, 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.

Um dos pilares da segurança é a cultura da instituição, a qual é baseada em 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 (VINCENT C, 2009 e SORRA JS, 2004).

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 (Bohomol E, 2008 e VanGeest JB, 2013), que acrescentou a inquietação por uma das dimensões da qualidade: a segurança do paciente. 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.

Recentemente, uma proposta de mudanças culturais referentes à segurança se destacou no Brasil, por meio do Artigo 5º da Portaria nº529, de 1º de abril de 2013, do Ministério da Saúde, que define as estratégias para implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Entre tais estratégias está a promoção da cultura de segurança, a qual enfatiza o aprendizado e aprimoramento organizacional, engajamento dos

profissionais e dos pacientes na prevenção de incidentes, com ênfase em sistemas seguros, evitando, assim, os processos de responsabilização individual (BRASIL, 2013).

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 consequente compromisso de segurança para si e para a clientela atendida, suprimindo a lacuna existente no aspecto da segurança do paciente (CLARO CM, 2011).

De acordo com Roque KE (2012) 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 consequência de um cuidado de saúde prestado.

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 destacar 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 a 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.

Materiais e Métodos

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 incluídas no estudo técnico de enfermagem, enfermeiro e cuidadores de idosos. Foram excluídas profissionais que estavam menos de seis meses trabalhando na ILPI e aqueles que não se voluntariam para a pesquisa. A amostragem final foi composta por 1 enfermeiro, 2 técnicos de enfermagem, 11 cuidadores de idosos voluntários, a qual foi se-

lecionado de forma 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 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 Kruskal Wallis. Como os dados apresentaram distribuição normal, os resultados foram representados por meio da média (x) e o desvio padrão (dp) 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, foi utilizado 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 a 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”.

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, utilizou-se os escores de 1 a 5, sendo o 1 a pior avaliação do item e o 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.

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 (De Vellis, 1991).

No Quadro 1, encontram-se os resultados do índice e observa-se que a maioria dos itens obtiveram valores de Alpha de Cronbach maiores que 0,60, e nos permite concluir que o instrumento é confiável

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

A maioria dos entrevistados foi do sexo feminino (73,3%), e com um menor número do sexo masculino (26,7%).

A profissão de enfermagem, desde o seu início, foi desempenhada majoritariamente por mulheres, e essa questão de gênero mantém-se na atualidade. Neste estudo observamos 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 (COFEN, 2011).

A tabela a seguir, 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.

<i>Nesta unidade, as pessoas apoiam uma as outras</i>	0,0%	9,1%	0,0%	63,6%	27,35
<i>Temos profissionais suficientes para dar conta da Carga de trabalho</i>	0,0%	22,2%	11,1%	44,4%	22,2%
<i>Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos sem equipe para concluí-lo devidamente.</i>	0,0%	22,2%	11,1%	55,6%	11,1%
<i>Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente.</i>	0,0%	9,1%	9,1%	72,7%	9,1%
<i>Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito.</i>	0,0%	0,0%	12,5%	75%	12,5%
<i>Nesta unidade, os profissionais trabalham mais horas do que seria melhor para o cuidado do paciente.</i>	0,0%	37,5%	25%	37,5%	0,0%
<i>É utilizado o índice de segurança técnica segundo resolução 293/2004</i>	0,0%	50%	0,0%	50%	0,0%
<i>Os profissionais consideram que seus erros, enganos ou falhas têm levado a mudanças positivas por aqui.</i>	0,0%	0,0%	33,3%	50%	16,7%
<i>Erros, enganos ou falhas têm levado a mudanças positivas por aqui.</i>	14,3%	71,4%	14,3%	0,0%	0,0%
<i>Erros, enganos ou falhas mais graves não acontecem por aqui apenas por acaso.</i>	0,0%	37,5%	12,5%	37,5%	12,5%
<i>Quando um evento é relatado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema</i>	0,0%	42,9%	14,3%	42,9%	0,0%
<i>Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade.</i>	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%

Quanto ao item “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.

Para o item “Temos profissionais suficientes para dar conta da carga de trabalho.”, é possível visualizar que 44,4% concordam e 22,2% concordam fortemente, totalizando 66,6% de respostas positivas.....

Para o item “Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos sem equipe para concluí-lo devidamente.”, 55,6% concordam e 22,2% discordam....

Para o item “Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito.”, 75% dos entrevistados concordam. Para o item “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”.

Para o item “Os profissionais consideram que seus erros, enganos ou falhas têm levado a mudanças positivas por aqui.”, 66,7 responderam positivamente.

Para o item “É utilizado o índice de segurança técnica segundo resolução 293/2004”, metade dos participantes discordaram e a outra metade concordaram.

Para o item “Erros, enganos ou falhas têm levado a mudanças positivas por aqui.”, 85,7% dos entrevistados responderam negativamente, ou seja, discordam ou discordam fortemente.

Para o item “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.

Para o item “Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade.”, 75% concordaram.

Para o item “Nós trabalhamos em “situação de crise” tentando fazer muito e muito rápido.”,

Os resultados demonstram que 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 desconcordam ou desconcordam 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%

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

No segundo item, notamos que 36,4% concordam e 36,4% 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 discordaram fortemente ou discordaram 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 os resultados negativos não houve resposta pra quem 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. Atividades essas, executadas, 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 (LARA, BERTI, 2011).

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 aconteçam novamente.	9,1%	81,8%	9,1%	0,0%	0,0%
Os profissionais tem liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente	0,0%	20%	20%	0,0%	60%
Os profissionais sente-se a vontade para questionar as decisões dos seus superiores	22%	11%	33%	22%	11%
Os profissionais tem receio de perguntas quando algo não está certo	27%	55%	18%	0,0%	0,0%

O primeiro item da Tabela 3, 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% respondeu quase sempre e 11% respondeu que sempre são informados com relação aos erros ocorridos na unidade de trabalho. Verificamos, 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; notamos 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 estarem sempre discutindo 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 estarem continuamente discutindo e potencializando 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% afirmou 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 sente medo, 11% raramente, 33% às vezes, 22% quase sempre e 11% sempre demonstra ou percebe 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.

Como afirma Wachter (2010), 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. As primeiras estratégias concentram-se em formas de diminuir os níveis de autoridades, 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 o 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%

No primeiro item da Tabela 4 observamos que não houve resposta para primeira item, discordam fortemente e discordam de que a administração do hospital propicia um clima de trabalho que favorece a segurança do paciente. Em contra partida 70% responderam quase sempre e 3% sempre propícia 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 na segurança do paciente. Diante disso, algumas considerações, no que tange à assistência, à gerência, e ao ensino e pesquisa tornam-se perti-

centes, com o propósito de contribuir com a instituição pesquisada e com novos estudos na temática abordada.

Quanto à assistência, os aspectos atenção. O item o aprimoramento do processo de trabalho da equipe de enfermagem e a melhoria da segurança dos cuidados prestados, na medida em que aspectos relacionados à estrutura, ao processo e, consequentemente, ao resultado poderão ser remodelados.

No que diz respeito à gerência, a pesquisa proporcionou para nós críticos do *agir* do enfermeiro enquanto coordenador da equipe de enfermagem, ficando visível que o enfermeiro desempenha atividades que enlaçam e mobilizam a equipe para a segurança do paciente. Sendo assim, ratificamos que o enfermeiro deve atuar pautado em conhecimentos advindos das dimensões técnico-científica, ético-política e socioeducativa, que favoreçam o cuidado seguro.

De aspecto macro, a gestão de ILPI deve abordar a compreensão de que a segurança dos pacientes é um constituinte extremamente relevante de qualidade em saúde, tornando-se imprescindível que a organização e seus gestores ampliem a cultura de segurança e considerem a abordagem sistêmica para busca da melhoria em seus processos (SILVA, 2008).

Nesta percepção, a instituição deve viabilizar meios para que a segurança do paciente seja efetivada, a exemplo, a implantação de Comitês de Segurança do Paciente, os quais devem assegurar efetivamente dos 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.

Evidenciamos, ainda, a importância da execução de um sistema de gerenciamento de riscos, com o objetivo de promover a segurança e prevenir eventos adversos, salientando a implantação de um sistema de informe de erros e eventos adversos, anônimo e sigiloso, possibilitando um incentivo nas notificações e o aprofundamento nos fatores causais desses eventos.

Discorrer sobre segurança do paciente nos destina pensar na precisão de elucidar a questão do ensino como base para constituir recursos humanos com competências para lidar com o assunto. Dessa maneira, acreditamos ser preciso a transversalidade da temática nos currículos de graduação multidisciplinares, tal qual nos cursos de formação técnica, com intenção de possibilitar a familiarização com as interfaces que circundam a segurança do paciente.

Referências:

- 1 - **BORKOWSKI MM**. Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic Americans [dissertação]. Mount Pleasant (MI): Central Michigan University; 2002.
- 2 - **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.
- 3 - **BRASIL**. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 293/2004. Fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhadas. Disponível em: URL: <http://www.corensp.org.br/resolucoes/resolucao293.htm>
- 4 - **BRASIL**. Ministério da Saúde, 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); (Série Pactos pela Saúde, vol. 12) 2.
- 5 - **CANCER-PAIN.org** [site na Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01. <http://www.cancer-pain.org/>.
- 6 - **CHRISTENSEN S**, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, editores. Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. p. 182-91.
- CONSELHO** Federal de Enfermagem (COFEN). Análise de dados dos profissionais de enfermagem existentes nos Conselhos Regionais. Março de 2011 – Versão 1.0 Conselho Federal de Enfermagem. Departamento de Tecnologia da Informação - DTI/COFEN; 2011.
- 7.- **DE VELLIS**, R. F. Scale development: Theory and applications. Newbury Park, CA: SAGE Publications; 1991.
- 8 - **FERREIRA AP**, Ferreira CB, Souza VC, Cordova COA, Silva GCB, Nobrega OT, et al. The influence of intense intermittent versus moderate continuous exercise on postprandial lipemia. Clinics. 2011;66(4):535-541.
- 9 - **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; 35:746-54.
- 10 - **LARA SR**, Berti HW. Dimensão ética do gerenciamento em enfermagem. Rev. Cuidarte enfermagem SP. 2011; 5(1): 7-15, 1-72.
- 11 - **MELTZER PS**, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editores. The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.
- 12 - **MURRAY PR**, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. Medical microbiology. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.
- 13 - **SILVA**, AEBC. Análise de risco do processo de administração de medicamentos por via intravenosa em pacientes de um Hospital Universitário de Goiás [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.
- 14 - **VASCONCELOS AMN**, Gomes MMF. Demographic transition: the Brazilian experience. Epidemiol Serv Saúde 2012;21(4):539-48.

- 15 - **WANTLAND** DJ, Portillo CJ, Holzemer WL, Slaughter R, McGhee EM. The effectiveness of web-based vs. non-web-based interventions: a meta-analysis of behavioral change outcomes. J Med Internet Res. 2004;6(4):e40. <http://www.jmir.org/2004/4/e40>.
- 16 - **WHO'S** certified [banco de dados na Internet]. Evanston (IL): The American Board of Medical Specialists. c2000. <http://www.abms.org/newsearch.asp>.
- 17 - **ZIMMERMAN** RK, Wolfe RM, Fox DE, Fox JR, Nowalk MP, Troy JA et al. Vaccine criticism on the World Wide Web. J Med Internet Res. 2005;7(2):e17. <http://www.jmir.org/2005/2/e17/>.