

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS - CSHNB
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

MELISSA FLÁVIA DE SÁ LUZ

**CUIDADO DE ENFERMAGEM E A CULTURA DE SEGURANÇA NO ÂMBITO
HOSPITALAR**

PICOS-PIAUÍ

2015

MELISSA FLÁVIA DE SÁ LUZ

**CUIDADO DE ENFERMAGEM E A CULTURA DE SEGURANÇA NO ÂMBITO
HOSPITALAR**

Monografia apresentada ao curso de Enfermagem do Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Ms. Francisca Tereza de Galiza

PICOS-PIAUI

2015

FICHA CATALOGRÁFICA
Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí
Biblioteca José Albano de Macêdo

FICHA CATALOGRÁFICA

L979c Luz, Melissa Flávia de Sá.

Cuidado de enfermagem e a cultura de segurança no âmbito hospitalar / Melissa Flávia de Sá Luz. – 2014.

CD-ROM : il.; 4 ¾ pol. (85 f.)

Monografia(Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí, Picos, 2014.

Orientador(A): Profa. Ms. Francisca Tereza de Galiza

1. Cuidados de Enfermagem. 2. Cultura de Segurança. 3. Âmbito Hospitalar. I. Título

CDD 616.980 3

MELISSA FLÁVIA DE SÁ LUZ

**CUIDADO DE ENFERMAGEM E A CULTURA DE SEGURANÇA NO ÂMBITO
HOSPITALAR**

Monografia submetida ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Ms. Francisca Tereza de Galiza

Data de aprovação: 14 / 05 / 15

BANCA EXAMINADORA

Francisca Tereza de Galiza

Prof^a Ms. Francisca Tereza de Galiza
Universidade Federal do Piauí – UFPI/CSHNB
Presidente da Banca

Ana Karla Sousa de Oliveira

Prof^a Ms. Ana Karla Sousa de Oliveira
Universidade Federal do Piauí – UFPI/CSHNB
1º Examinador

Yluska Macedo Lobo Piauilino

Prof^a Ms. Yluska Macedo Lobo Piauilino
Hospital Regional Justino Luz
2º Examinador

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a **DEUS**, por todas as vitórias até aqui conquistadas e pelas vindouras que hei de conseguir, bem como pela fonte de coragem, fé, sabedoria e força para que eu conseguisse transpor todos os percalços que se fizeram no meio da jornada até aqui;

A minha mãe **Odete** e minha avó **Maria das Dores**, por todo o amor, carinho, dedicação e apoio a mim dispensados, afinal, vocês se fizeram chão para que eu pudesse percorrer toda esta minha trilha, principalmente no que tange à carreira estudantil; a cada dia de luta, suor derramado, abstinham-se dos seus sonhos e anseios em favor dos meus...faltam-me palavras para expressar algo plausível e a altura para agradecer por tudo!

Ao meu primo-irmão **Karol** e sua esposa **Rute**, pela ajuda e por cada palavra acompanhada de um conselho, que sempre surgiam na hora certa para que eu não fraquejasse.

À minha **família**, por me apoiar nos momentos difíceis, e me proporcionar momentos de alegria sempre, e também por que não mencionar os conflitos? Vocês possuem a minha eterna gratidão!

Aos meus amigos, pelos momentos de descontração e por me acompanharem nesta longa jornada de coração aberto, me amparando quando mais precisava, em especial às minhas companheiras especiais, **Jóyce Santos** e **Jéssika Roberta**.

Ao meu namorado **Stênio**, por ter compreendido minha ausência e estresse. Sou grata por cada palavra de apoio vinda de você e por não ter me deixado baixar a cabeça um só momento.

À minha orientadora Prof^ª. **Francisca Tereza de Galiza**, pelos ensinamentos e conhecimentos transmitidos, a senhora foi um anjo que Deus colocou na minha vida.

A todos os **Enfermeiros** que aceitaram participar desta pesquisa.

Aos demais colaboradores, por possibilitarem que esse sonho se tornasse realidade.

A todos, o meu muito obrigado!

“Sem sonhos, a vida não tem brilho. Sem metas, os sonhos não têm alicerces. Sem prioridades, os sonhos não se tornam reais. Sonhe, trace metas, estabeleça prioridades e corra riscos para executar seus sonhos. Melhor é errar por tentar do que errar por omitir”.

(Augusto Cury)

RESUMO

A segurança do paciente é um indicador da qualidade do cuidado de saúde prestado, sendo definida como um conjugado de valores, atitudes, competências e comportamentos que geram o empenho com a gestão da saúde e da segurança, suprimindo a culpa e a penalidade pela oportunidade de instruir-se com as falhas e aperfeiçoar o cuidado à saúde. No entanto, há a necessidade de identificar o entendimento e a prática da equipe de enfermagem a cerca da cultura de segurança frente aos cuidados prestados no âmbito hospitalar. Nesse sentido, essa pesquisa objetivou analisar a cultura de segurança ao paciente a partir da equipe de enfermagem hospitalar. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa. Os sujeitos da pesquisa foram 11 enfermeiros assistenciais atuantes no hospital público de Picos – PI. A coleta de dados aconteceu no período de setembro a novembro de 2014. Para análise dos dados foi utilizada o método de análise de conteúdo. A pesquisa teve parecer favorável com número de aprovação: 679.888. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para início da coleta, sendo garantido o anonimato e a confidencialidade. De acordo com os resultados, percebeu-se que em essência os enfermeiros sabem como promover a segurança do paciente e são cientes sobre o seu papel como promotor de qualidade de ambiente de trabalho como seguro e limpo, apesar de considerarem a gerência hospitalar desfavorável e não participante. Quando perguntados sobre a concepção a cerca da Segurança do Paciente e as ações para promoverem a mesma, relacionaram à Assistência de Enfermagem, com 82% e 60%, respectivamente. No que se refere às ações dos colegas de trabalho em prol da Segurança do Paciente, foi referida como favorável, com 32% das unidades de registro. No questionamento sobre a gerência hospitalar e cuidado seguro, 52% das unidades de registro relataram um cuidado com qualidade por meio da instituição. Sobre o desenvolvimento da Cultura de Segurança pela Equipe de Enfermagem, 36% das unidades de registro o relacionaram com os cuidados de enfermagem. Por fim, ressalta-se a importância desse estudo, pois busca sensibilizar os enfermeiros sobre suas competências e suas atitudes voltadas à prática de segurança ao paciente, possibilitando traçar estratégias direcionadas à equipe de enfermagem e à gerência hospitalar que potencializem a ideia de cuidado seguro.

Palavras chave: Cuidados de enfermagem. Cultura de Segurança. Âmbito Hospitalar

ABSTRACT

Patient safety is a quality indicator of the provided health care, defined as a conjugate of values, attitudes, skills and behaviors that generate commitment to the management of health and safety , providing the guilt and the penalty for the opportunity to educate themselves with the flaws and improve health care. However, there is a need to identify the understanding and practice of nursing staff about the front safety culture to care in hospitals. In this sense, this paper analyzes the patient safety culture from the hospital nursing staff. This is an exploratory -descriptive qualitative study. The study subjects were 11 nurses working in the public hospital Peaks - PI. Data collection took place from September to November 2014. Data analysis was used the method of analysis of content. The survey had a favorable opinion with approval number: 679 888. Participants signed the Informed Consent to start the collection, are guaranteed anonymity and confidentiality. According to the results , it was noticed that in essence nurses know how to promote patient safety and are aware of its role as promoter of quality work environment as safe and clean , although considering the unfavorable hospital management and not participant. When asked about the design about the Patient Safety and actions to promote the same, related to nursing care, with 82 % and 60 % , respectively. With regard to the actions of co-workers for the sake of Patient Safety, was reported as successful, with 32 % of the registration units. In questioning the hospital management and care insurance, 52% of registration units reported a quality care through the institution. On the development of Safety Culture by nursing staff, 36% of the reporting units related with nursing care. Finally , we emphasize the importance of this study because seeks to sensitize nurses on their skills and their attitudes aimed at the patient safety practice , enabling devise strategies aimed at nursing staff and hospital management that enhance the idea of safe care .

Keywords: Nursing care. Safety culture. Scope Hospital

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Distribuição numérica dos dados demográficos e profissionais dos enfermeiros do Hospital Regional Justino Luz. Picos-PI, set./nov. 2014.....	28
Tabela 2.	Distribuição numérica e percentual das codificações e unidades de registro sobre a concepção de segurança do paciente para os enfermeiros. Picos-PI, set./nov.2014.....	31
Tabela 3.	Distribuição numérica e percentual das codificações e unidades de registro sobre as ações que os enfermeiros promovem para Segurança dos pacientes. Picos-PI, set./nov. 2014.....	36
Tabela 4.	Distribuição numérica e percentual das codificações e unidades de registro sobre as ações que os colegas de trabalho promovem para a Segurança dos pacientes. Picos-PI, set./nov. 2014.....	41
Tabela 5.	Distribuição numérica e percentual das codificações e unidades de registro quanto à gerência hospitalar e o cuidado seguro. Picos-PI, set./nov. 2014.....	44
Tabela 6.	Distribuição numérica e percentual das codificações e unidades de registro referente desenvolvimento da cultura de segurança pela equipe de enfermagem. Picos-PI, set./nov.2014.....	50

LISTA DAS SIGLAS

A - Ala Maternidade

B - Clínica Médica

C - Ala Cirúrgica

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

HM – Higienização das Mãos

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONA - Organização Nacional de Acreditação

PI – Piauí

PE - Processo de Enfermagem

PNSP - Programa Nacional de Segurança do Paciente

RDC - Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa

SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem

SPA - Sala de Pronto Atendimento

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UPs - Úlceras por pressão

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 OBJETIVOS.....	15
2.1 Geral.....	15
2.2 Específicos.....	15
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
3.1 Cuidados clínicos de enfermagem hospitalar.....	16
3.2 Cultura de Segurança Hospitalar.....	17
3.3 Cuidados de Enfermagem e a segurança do paciente.....	19
4 METODOLOGIA.....	22
4.1 Tipo e Natureza do Estudo.....	22
4.2 Local e Período da Realização do Estudo.....	22
4.3 Participantes da Pesquisa.....	23
4.4 Coleta de Dados.....	23
4.5 Análise e Interpretação dos Dados.....	24
4.6 Aspectos Éticos e Legais.....	26
5 RESULTADOS E DICUSSÕES.....	27
5.1 Caracterização dos enfermeiros entrevistados.....	28
5.2 Concepções dos enfermeiros sobre Segurança do paciente.....	31
5.3 Ações dos Enfermeiros para Promoção de Segurança dos pacientes.....	36
5.4 Ações desenvolvidas pelos colegas de trabalho para promover Segurança aos pacientes.....	40
5.5 Gerência hospitalar para favorecer o cuidado seguro.....	44
5.6 Cultura de Segurança desenvolvida pela Equipe de Enfermagem.....	50
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	54
REFERÊNCIAS.....	56
APÊNDICES.....	62
APÊNDICE A - Instrumento da coleta de dados.....	63
APÊNDICE B - Inventário.....	64
APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	73
ANEXOS.....	75
ANEXO A – Autorização Institucional.....	76

ANEXO B - Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa.....	77
ANEXO C - Termo de Autorização.....	79

1 INTRODUÇÃO

A cultura de segurança do paciente é um tema relativamente pouco explorado nas pesquisas nacionais, e o aprimoramento dessa discussão somará possibilidades à melhoria da qualidade do cuidado de saúde dispensado ao paciente nas instituições de saúde, principalmente nos hospitais. A segurança do paciente é um indicador da qualidade do cuidado de saúde prestado.

Um aspecto importante para o estabelecimento das estratégias e ações de segurança do paciente é o estabelecimento e sustentação da cultura de segurança na instituição. Segundo a Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa - RDC nº36/2013, a cultura de segurança é definida como um conjugado de valores, atitudes, competências e comportamentos que geram o empenho com a gestão da saúde e da segurança, suprimindo a culpa e a penalidade pela oportunidade de instruir-se com as falhas e aperfeiçoar o cuidado à saúde (BRASIL, 2013).

Em abril de 2013, foi lançado o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), pelo Ministério da Saúde (MS), que visa, especialmente, prevenir, monitorar e reduzir eventos adversos nos atendimentos prestados, promovendo melhorias relacionadas à segurança do paciente e a qualidade em serviços de saúde no país.

Os cuidados de saúde, cada vez mais complexos, o excesso de carga horária, baixa capacitação dos profissionais, pouco incentivo para com os mesmos, falta de infraestrutura nas instituições, dentre outros, elevam o potencial para ocorrência de acidentes, erros ou falhas. Avaliar cultura de segurança permite identificar e gerir prospectivamente questões relevantes de segurança nas rotinas e condições de trabalho (REIS, 2013).

No entanto, há a necessidade de identificar o entendimento e a prática da equipe de enfermagem a cerca da cultura de segurança frente aos cuidados prestados no âmbito hospitalar. Levando em consideração que realizar os cuidados certos, no momento preciso, da maneira correta, para a pessoa certa, objetivando alcançar os melhores resultados possíveis, são princípios que fundamentam a qualidade da assistência e que direcionam a prática de enfermeiros que se esmeram em prestar uma assistência ética e respeitosa.

O primeiro passo para se estabelecer uma cultura de segurança efetiva em uma organização de saúde é avaliar a cultura corrente (PRONOVOST, et al., 2004). A partir dessa avaliação, tem-se acesso às informações dos funcionários a respeito de suas percepções e

comportamentos relacionados à segurança, permitindo identificar as áreas mais problemáticas para que se possa planejar e implementar intervenções (SORRA, 2004).

Esse conhecimento é relevante para estabelecer articulações entre os serviços hospitalares, desencadear ações de educação em saúde, contribuir para a redução da mortalidade associada a eventos adversos graves e melhorar a qualidade de vida de pacientes e profissionais.

Considerando que o instrumento de trabalho da enfermagem é o cuidado, este profissional de fato tem importante papel na educação direta aos pacientes, capacitando-os para um autocuidado de qualidade após a alta hospitalar (GABRIEL, et al., 2010).

No âmbito da assistência de enfermagem, os erros mais frequentes a ela relacionados ocorrem na administração de medicamentos; na transferência de paciente e na troca de informações; no trabalho em equipe e comunicação; na incidência de quedas e de úlceras por pressão; nas falhas nos processos de identificação do paciente, na incidência de infecção relacionada aos cuidados de saúde, entre outros (ROQUE, 2010).

Instituições hospitalares têm incorporado tal ponto de vista com o objetivo de oferecer assistência de excelência, diminuir custos e assegurar a satisfação à clientela. Busca-se instituir a segurança nas organizações de saúde, enquanto processo cultural, promovendo maior consciência dos profissionais quanto à responsabilidade e eficácia do cuidado prestado, compromisso ético no gerenciamento de risco com consequente aquisição de proteção para si e para a clientela atendida, suprimindo a lacuna existente no aspecto de proteção ao paciente (CLARO, et al., 2011).

Portanto, espera-se com esse estudo identificar a cultura de segurança entre a equipe de enfermagem hospitalar, pela proximidade junto ao paciente, na busca por gerenciar e desenvolver um cuidado ético, tecnicamente capacitado e fundamentado na cultura de segurança.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral:

- Analisar a cultura de segurança ao paciente hospitalizado a partir da equipe de enfermagem.

2.2 Específicos:

- Caracterizar os enfermeiros de instituição hospitalar pública.
- Conhecer a percepção de enfermeiros hospitalar quanto à cultura de segurança ao paciente.
- Categorizar o discurso dos enfermeiros sobre a cultura de segurança no ambiente hospitalar.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

A fundamentação teórica abordada a seguir envolve levantamentos bibliográficos de produções científicas, organizados nos seguintes temas: cuidados clínicos de enfermagem hospitalar, cultura de segurança hospitalar e cuidados de enfermagem e a segurança dos pacientes.

3.1 Cuidados clínicos de enfermagem hospitalar

O cuidado de enfermagem foi visto como uma modalidade científica e profissional a partir da fundamentação teórica de Florence Nightingale, considerada a primeira administradora hospitalar, demonstrou, com os resultados do trabalho que ela e sua equipe desenvolveram no hospital militar da Criméia, a importância do conhecimento acerca das técnicas e instrumentos administrativos, para a organização do ambiente terapêutico, mediante a divisão do trabalho desenvolvido pelas *nurses* (cuidado direto) e pelas *ladies nurses* (cuidado indireto) e na sistematização das técnicas e dos procedimentos de cuidado de enfermagem (CHISTOVAM, 2009).

Após introduzir ações para melhorar a higienização e a padronização dos cuidados de saúde, Florence conseguiu reduzir a taxa de mortalidade entre os soldados no hospital (SHELL; KAREN, 2008).

As organizações de saúde, dentre elas as hospitalares, têm investido na busca de novas estratégias de gestão que possibilitem conciliar a redução dos custos, a melhoria da qualidade dos serviços oferecidos e a satisfação dos clientes (ROGENSKI, 2007).

Entretanto, uma das maiores dificuldades encontradas no dia-a-dia de trabalho, nas instituições hospitalares, refere-se à insuficiência de profissionais para assistir a demanda de atendimento cada vez mais complexa da clientela (ROGENSKI, 2006).

A inadequação numérica e qualitativa de pessoal além de influenciar diretamente os resultados da assistência prestada aos pacientes, também interfere na saúde dos profissionais de enfermagem, aumentando o risco de exaustão emocional, estresse, insatisfação no trabalho, com consequentes reflexos nos índices de absenteísmo e de rotatividade (AIKEN, 2002; SHEWARD, 2005).

Ao receber os clientes no momento da hospitalização, a abordagem realizada a esses, principalmente pela equipe de enfermagem, deve ser de forma acolhedora, de maneira a familiarizá-lo ao ambiente, estabelecendo assim um vínculo afetivo entre ambos e sua família.

É importante considerar, nesse momento, o contexto no qual o indivíduo recebido está inserido, fornecendo uma assistência de qualidade, considerando sua singularidade com enfoque no princípio da integralidade, promovendo assim sua completa reabilitação (GÁLVEZ, 2011).

Diante disso, a autonomia/empoderamento do enfermeiro no processo de cuidado no contexto hospitalar torna-se a cada vez mais importante, proporcionando a possibilidade de rever a enfermagem com outros profissionais a partir de sua própria tradição histórica, bem como a articulação como em quaisquer outras áreas científicas, em um exercício moderno interdisciplinar. O processo de autonomia pressupõe que a equipe de enfermagem possam interferir no processo de definição das prioridades na assistência embasada na direção da vontade do indivíduo para a ação, a partir de influências sociais e culturais (MORIN, 2001).

Atualmente, devido aos avanços tecnológicos e inúmeras inovações na área da saúde, o enfermeiro precisa fundamentar suas ações em princípios científicos e sistematizar a assistência de enfermagem a fim de legitimar conhecimentos e produzir evidências que subsidiem sua aplicação na prática assistencial. Desse modo, esse profissional poderá preconizar intervenções mais adequadas ao cuidado específico (PEDROLO, et al., 2009).

Partindo do princípio que os profissionais de enfermagem tem um papel fundamental na assistência aos pacientes durante o período em que estes permanecem no ambiente hospitalar para receberem assistência de saúde, é necessário que o enfermeiro seja atuante, buscando sempre o melhor cuidado. Assim, torna-se possível o profissional identificar soluções para os problemas do paciente, através de seu conhecimento e a partir daí, desenvolver um trabalho humanizado, em que atenda as necessidades do paciente, proporcionando ao mesmo, segurança.

3.2 Cultura de Segurança Hospitalar

O cuidado clínico prestado no âmbito hospitalar envolve diferentes profissionais, saberes e condições, necessitando, portanto, da integração da linguagem e ações prestadas naquele ambiente, proporcionando eficácia nas intervenções executadas. Assim, a disseminação de uma cultura que favoreça a segurança do paciente é ideal para promover a qualidade do cuidado dispensado.

A cultura de segurança é definida como o produto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, os quais determinam o compromisso, o estilo e proficiência da administração de uma organização saudável e segura (HEALTH AND SAFETY COMMISSION, 1993).

O termo “cultura de segurança” difundiu-se a partir do acidente nuclear de Chernobyl em 1986, considerado o pior acidente na história da geração de energia nuclear; uma “cultura de segurança fraca” foi atribuída como principal causa do acidente, de acordo com a *International Atomic Energy Agency* (IAEA) (HEALTH AND SAFETY COMMISSION, 1993).

Mais recentemente, o foco na construção de uma cultura de segurança integra a preocupação das organizações que prestam cuidados de saúde. A publicação do *Institute of Medicine To Err is Human* (KOHN, et al., 1999) enfatizou a necessidade do fortalecimento de uma cultura de segurança em nível organizacional, como medida fundamental ao processo de melhoria da segurança do paciente no contexto hospitalar. A partir desse marco, tem crescido o número de estudos que demonstram a importância da cultura de segurança para a melhoria da segurança do cuidado de saúde (HALLIGAN & ZECEVIC, 2011).

Nieva e Sorra (2003) adaptaram para o contexto das organizações de saúde o conceito de cultura de segurança do paciente. Ela é descrita pelas autoras como o produto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, os quais determinam o compromisso, o estilo e proficiência da administração de uma organização de saúde com a gestão da segurança do paciente.

Organizações com uma cultura de segurança positiva são caracterizadas por boa comunicação entre os profissionais, confiança mútua e percepções comuns sobre a importância de segurança e efetividade de ações preventivas. Uma instituição com uma cultura de segurança efetiva é aberta e justa com seus funcionários quando incidentes ocorrem; os funcionários sentem-se motivados a relatar o erro; aprende-se com os erros ao invés de culpar os indivíduos, e procura-se olhar para o que deu errado dentro do sistema (HEALTH AND SAFETY COMMISSION, 1993; COX & COX, 1991).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), uma ampla gama de estudos suporta o conceito de que uma condição-chave para a cultura de segurança em organizações de alto-risco, incluindo as prestadoras de cuidados de saúde, reside em um conjunto de crenças partilhadas que sustentam práticas seguras entre os profissionais que nelas trabalham. Tal cultura é marcada pela comunicação aberta, trabalho em equipe, reconhecimento da dependência mútua e a primazia da segurança como uma prioridade em todos os níveis da organização (WHO, 2009).

O conceito de segurança do paciente aponta para as deficiências do sistema de prestação de cuidados de saúde, em sua concepção, organização e funcionamento, como

principais fatores responsáveis pela ocorrência por danos ocasionados pelo cuidado de saúde ao invés de culpar os indivíduos, isoladamente. Os incidentes podem ser resultado de problemas na prática, produtos, processos ou sistemas. As organizações de saúde são complexas. A ocorrência de incidentes é consequência de um encadeamento de fatores sistêmicos, os quais incluem as estratégias de uma organização, sua cultura, práticas de trabalho, abordagem à gestão de qualidade, prevenção de riscos, e à capacidade de aprendizagem a partir dos erros (WHO, 2004).

A cultura de segurança está, por sua vez, diretamente ligada aos cuidados de enfermagem. Diante disso, pode-se entender por segurança do paciente, a redução de riscos desnecessários associados aos cuidados de saúde, considerando assim, quedas, preparação e administração de medicamentos, levando em consideração tudo que está nos prontuários, higienização de modo geral (mãos, leitos, banheiros, lençóis), dentre outros.

3.3 Cuidados de enfermagem e a segurança do paciente

A segurança do paciente é um componente crítico de melhoria da qualidade do cuidado de saúde em todo o mundo, visto que constitui globalmente um grave problema de saúde pública. Estimativas de países desenvolvidos indicam que pelo menos um em cada dez pacientes que recebem cuidados assistenciais hospitalares sofre danos ou lesões decorrentes dos mesmos, denominados eventos adversos (REIS, 2013).

As consequências desses eventos podem ser graves ou fatais, e extremamente dispendiosas para suas vítimas e para os sistemas de cuidados de saúde. Por consequência, cresce o reconhecimento da classe médica e de gestores da saúde sobre a importância da segurança do paciente e sobre a necessidade de se buscar melhorias nos sistemas de prestação de cuidados de saúde, voltadas à prevenção de erros, ao aprendizado a partir dos erros ocorridos, e para a promoção de uma cultura de segurança que envolva os profissionais de saúde e a organização como um todo (REIS, 2013).

Segundo a OMS a segurança do paciente é definida como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde (WHO, 2009).

A condição de enfermidade gera sentimentos como incapacidade, dependência, insegurança e sensação de perda do controle sobre si mesmo. Os doentes encaram a hospitalização como fator de despersonalização por reconhecerem a dificuldade para manter sua identidade, intimidade e privacidade. O ambiente hospitalar é estressante por diversos fatores, essencialmente ao doente, por este perder o controle sobre os que o afeta, e dos quais

depende para a sua sobrevivência. Além disso, a internação é angustiante por evidenciar a fragilidade a que estão sujeitos, devido à exposição emocional e física (PUPULIM, 2002).

A enfermagem não pode ignorar que, ao cuidar do doente, toca-lhe o corpo e o expõe, muitas vezes sem pedir autorização, adotando uma postura de “poder” sobre o corpo de outrem. O doente pouco questiona essa invasão porque, na sua percepção, ela é necessária para sua recuperação, porém demonstra constrangimento, vergonha e embaraço (PUPULIM, 2002).

A invasão do território e do espaço pessoal fere a dignidade do indivíduo. Entende-se, portanto, que a privacidade é uma necessidade e um direito do ser humano, sendo indispensável para a manutenção da sua individualidade (SAWADA, 1995; SAWADA, 1998).

No entanto, é importante ressaltar que, de acordo com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEn, 1993), o enfermeiro deve: “Art. 27- Respeitar e reconhecer o direito do cliente de decidir sobre sua pessoa, seu tratamento e seu bem estar. Art. 28- Respeitar o natural pudor, privacidade e a intimidade do cliente”. Ao mesmo tempo, o enfermeiro tem que reconhecer que o paciente possui: “o direito a atendimento humano, atencioso e respeitoso, por parte de todos os profissionais de saúde. Tem o direito a um local digno e adequado para seu atendimento, o direito a manter sua privacidade para satisfazer suas necessidades fisiológicas, inclusive alimentação e higiênicas, quer quando atendido no leito, no ambiente onde está internado ou aguardando atendimento” (GAUDERER, 1998).

Sendo o enfermeiro o profissional em constante contato com o doente durante a hospitalização, é imprescindível circunstanciar sobre a conduta da enfermagem no sentido de resguardar esses direitos. A enfermagem deve procurar preservar a intimidade e a privacidade dos doentes usando biombos, cobrindo partes do corpo que não precisam ficar expostas durante um procedimento e solicitando que familiares/visitas retirem-se do quarto/ enfermaria ao realizar um cuidado, caracterizando essa tentativa de proteção como um gesto humanitário e de respeito.

A OMS conceitua fatores contribuintes ao cuidado inseguro como circunstâncias, ações ou influências que desempenham um papel na origem ou no desenvolvimento de um incidente ou no seu aumento do risco; e afirma que um simples incidente de segurança do paciente é tipicamente a consequência da combinação de mais de um fator contribuinte. Pois se trata de fatores relacionados aos pacientes (co-morbidades, limitações físicas e mentais),

fatores humanos (relacionados aos profissionais), fatores relacionados ao sistema (organização, cultura, ambiente de trabalho) e fatores externos à organização (WHO, 2009).

A cultura de segurança é cada vez mais valorizada no âmbito das organizações de saúde, pois a sustentabilidade de uma cultura de segurança positiva orienta o comportamento dos profissionais de saúde na construção de uma visão de alta prioridade voltada à segurança (NIEVA, 2003).

Segundo Reason (2003), o objetivo dos sistemas e organizações de alta complexidade, como é o caso das organizações de saúde, é tornar-se resiliente, robusto e praticável em face das situações que envolvem riscos humanos e operacionais, e por consequência, a ocorrência do erro. A premissa é de que os seres humanos cometem falhas, e que, portanto, erros são esperados. Os erros são consequências, e não causas. E embora não possamos mudar a condição humana, podemos mudar as condições sobre as quais os seres humanos trabalham, criando defesas no sistema (REASON, 2000).

A segurança do paciente requer uma série de fatores que estão voltados aos cuidados que são prestados pela equipe de enfermagem. Há medidas gerais de segurança para qualquer instituição hospitalar, tais como, enfatizar a real importância da identificação dos pacientes antes da realização de exames, procedimentos cirúrgicos, administração de medicamentos / hemocomponentes e realização de cuidados; o incentivo do uso de pelo menos dois identificadores (ex.: nome e data de nascimento); desenvolver formas para distinguir pacientes com o mesmo nome; confirmar a identificação do paciente na pulseira, na prescrição médica e no rótulo do medicamento, antes de sua administração; promover a higienização do paciente, com a finalidade de prevenir e reduzir as infecções relacionadas a assistência à saúde, dentre inúmeras outros cuidados.

Assim, o cuidado clínico de enfermagem deve estar sustentado na cultura de segurança das instituições de saúde, ao promover uma assistência pautada na eficácia das ações prestadas ao indivíduo e a comunidade, favorecendo a reabilitação, e conseqüentemente qualidade de vida dessas pessoas, e incentivando políticas de capacitação contínua para os profissionais da saúde.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo e Natureza do estudo

Trata-se de um estudo descrito-exploratório, com abordagem qualitativa, que segundo Minayo (2010, p. 70), são estudos capazes de agregar “a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas”.

A pesquisa descritiva é definida como sendo um estudo que tem como meta traçar as características de uma população ou fenômeno, ou estabelecer relações entre as variantes adquiridas através da aplicação de técnicas padronizadas de coleta de dados, como questionário e observação sistemática (FIGUEIREDO, 2009).

Entende-se por estudo exploratório, pesquisas que proporcionam maior semelhança com o problema investigado, com o objetivo de torna-lo mais notório, favorecendo um aprimoramento de ideias ou às descobertas de intuições (FIGUEIREDO, 2009).

Portanto, o interesse por esse tipo de estudo deve-se a necessidade em aprofundar o conhecimento acerca da cultura de segurança, inserindo-se no campo de atuação da enfermagem e explorando a percepção do enfermeiro sobre o cuidado prestado ao paciente.

4.2 Local e período de realização do estudo

A pesquisa foi desenvolvida em um hospital público de referência do município de Picos, Piauí. O referido local foi escolhido por ser um hospital que dispõe de uma variedade de setores/áreas de atendimento que conta com a presença de enfermeiros, a saber, Ala Maternidade (A), Clínica Médica (ala B), Ala Cirúrgica (C), Sala de pronto atendimento (SPA), Centro Cirúrgico e Acolhimentos (Geral e Obstétrico). A pesquisa foi realizada entre abril e dezembro de 2014.

4.3 Participantes da pesquisa

Para seleção dos participantes foi aplicado o seguinte critério: enfermeiros assistenciais do hospital público de Picos Piauí, atuantes no período de coleta de dados.

Os participantes do estudo constituíram-se de 11 enfermeiros assistenciais, sendo o quantitativo final de participantes definido através da saturação teórica, ou seja, a pesquisa foi suspensa quando os dados coletados apresentaram repetição, sem novas informações para o alcance dos objetivos (FONTANELLA; RICA; TURATO, 2008).

4.4 Coleta de Dados

Os dados foram coletados no período entre setembro e novembro de 2014, por meio de uma entrevista semiestruturada, guiada por questões que caracterizaram os enfermeiros participantes com aspectos sócios demográficos e relacionados à formação em enfermagem (APÊNDICE A). Compreende-se por entrevista semiestruturada o método de coleta que possui tópicos ou questões que precisam ser abordadas durante a entrevista. Dessa forma, o pesquisador tem em mãos um roteiro para garantir que todos os aspectos sejam abordados, encorajando os participantes da pesquisa a se expressarem livremente sobre todos os tópicos listados (POLIT; BECK, 2011).

O roteiro de entrevista (APÊNDICE A) foi constituído de perguntas que buscam atender os objetivos da pesquisa, sendo elas: *Qual o seu entendimento por Segurança do paciente?; Que atitudes você assume para promover a segurança do paciente?; Seus colegas de trabalho promovem a segurança do paciente? Detalhe; Como a gerência hospitalar favorece ao cuidado seguro?; A equipe de enfermagem, neste hospital, promove a Cultura de segurança?.*

Os relatos, de fato, seriam gravados para que em seguida fossem transcritos. No entanto, por recusa dos profissionais, a entrevista foi realizada através de um questionário.

Antes de se iniciar a coleta, foi realizado um teste piloto, com 04 enfermeiros, para analisar o entendimento das perguntas que seriam indagadas durante a entrevista. Diante da mesma, percebeu-se um fácil entendimento sobre o assunto, iniciando em seguida a coleta propriamente dita.

4.5 Análise e Interpretação dos Dados

Os discursos foram analisados segundo o método Análise de Conteúdo, que segundo Bardin (2010), constitui um “conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens”.

Este método é realizado seguindo a ordem de pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e a interpretação. A primeira fase corresponde à organização literal do trabalho na qual se faz a escolha do objeto de estudo, bem como a formulação dos objetivos do trabalho, precedendo a constituição do “corpus”, que pode ser definido como o conjunto do material que será submetido a uma análise (BARDIN, 2010). No caso deste estudo, o corpus se refere aos discursos de enfermeiros atuantes no hospital no público de referência do município.

Essa fase ainda inclui a leitura flutuante, que tem como objetivo apreender e organizar de forma não estruturada pontos importantes para as fases seguintes da análise. Toma-se contato com os documentos a serem analisados, conhece-se o contexto e deixa-se fluir impressões e orientações (BARDIN, 2010).

A segunda fase caracteriza-se pela a análise do material, que consiste na sua codificação, decomposição ou enumeração, em função de regras previamente formuladas. O material deverá ser codificado para uma melhor tradução dos dados obtidos. Depreende-se por codificação, o método pelo qual as informações colhidas são convertidas sistematicamente e agrupadas em unidades, permitindo uma descrição fidedigna das características peculiares do conteúdo (BARDIN, 2010).

Portanto, nesta pesquisa os discursos foram codificados em Enf 01, Enf 02...Enf 11, para ilustrar a apresentação dos dados e representar os enfermeiros da instituição hospitalar.

A terceira e última fase se resume ao tratamento estatístico simples dos resultados, no caso deste estudo feito manualmente, possibilitando a elaboração de tabelas que sintetizam e destacam as informações fornecidas para análise. O tratamento das informações pode ser dividido em dois grupos (Análises estatísticas e Análise Automática da Informação) e a partir das inferências poderemos adiantar as interpretações a propósito dos objetivos pré-estabelecidos, e através dessas conclusões se buscará o que se esconde sob os documentos coletados indo além de uma leitura perene (BARDIN, 2010).

Para este estudo, as falas foram categorizadas por similitude em unidades temáticas. A análise categorial funciona por operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias segundo reagrupamentos analógicos. Entre as diferentes possibilidades de categorização, a análise temática é rápida e eficaz na condição de se aplicar a discursos diretos e simples.

Para classificar os elementos em categorias é preciso identificar o que eles têm em comum, permitindo seu agrupamento. Diante das questões norteadoras, obtiveram-se diversas categorias e subcategorias:

- Quanto à concepção sobre segurança do paciente surgiram como categorias a assistência de enfermagem, cuidados com medicação e promover bem estar. Como subcategorias emergiram proteção aos agravos, cuidado seguro, preparo medicamento, administração medicamentosa, medicamento correto, físico e psicológico.

- Quanto às ações para promoção de segurança ao paciente destacaram-se como categorias à Assistência de Enfermagem e Chefe de Equipe. Como subcategorias surgiram a identificação do paciente, cuidado seguro, registro, privacidade, prevenção de agravos, higienização, certos da medicação, planejamento, supervisão da equipe, orientação da equipe, tomada de decisões, comunicação, orientação dos pacientes e orientação dos acompanhantes.

- Em relação às ações desenvolvidas pelos colegas de trabalho para promoverem segurança ao paciente surgiram como categorias a segurança do paciente e as condições de trabalho. Como subcategorias a promoção favorável, promoção intermediária, promoção desfavorável, interesse insatisfatório, despreparo profissional e estrutura insatisfatória.

- Quando indagados a respeito da gerência hospitalar e o cuidado seguro, obteve-se como categorias o cuidado com qualidade, gerência hospitalar e capacitação. Já como subcategorias emergiram ambiente seguro, materiais e insumos, dimensionamento de enfermagem, protocolos, risco de infecção, gerência favorável, gerência desfavorável, falta de capacitação e capacitação favorável.

- No que se trata da cultura de segurança desenvolvida pela equipe de enfermagem surgiram a cultura de segurança, condições de trabalho e equipe de enfermagem como categorias. Obteve-se como subcategorias: positiva, intermediária, negativa, sobrecarga de trabalho, falta de material, falta de profissionais, iniciativa individual, resistência de enfermagem, cuidados de enfermagem, planejamento e comunicação.

Ao final da categorização, os dados foram analisados e comparados com base na literatura estudada e referenciada.

4.6 Aspectos éticos e legais

O presente trabalho obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará, com parecer consubstanciado de nº 679.888 (ANEXO C), atendendo aos preceitos éticos e legais da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

Aos participantes deste estudo foram esclarecidos os objetivos e a metodologia da pesquisa, e os mesmos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C), em duas vias, de acordo com as normas e diretrizes das pesquisas em seres humanos. Foi garantido, ainda, o anonimato e a confidencialidade das informações, bem como, liberdade para participar ou desistir do estudo em qualquer momento, não ocasionando nenhum tipo de prejuízo ou complicação.

O preenchimento deste formulário ocasionou, em alguns participantes, um leve constrangimento pela exposição de discursos e pensamentos. Em relação aos benefícios, essa pesquisa trouxe maior conhecimento sobre o tema abordado, fazendo os profissionais a refletirem a cerca de suas devidas competências.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A equipe de saúde – especificamente a de enfermagem – tem enorme responsabilidade na prevenção de complicações ocasionadas por eventos adversos na prática assistencial, sendo o enfermeiro um dos profissionais com competência e habilidade para monitorar os pacientes que se encontram em situação de risco, além de conhecer e mapear indicadores de segurança no cuidado (MEURER, et al., 2006).

O contexto hospitalar caracteriza-se por macrocomplexidades que o diferencia, de outros níveis de atenção, em relação às tecnologias e à equipe multiprofissional de trabalhadores que desenvolvem sua prática profissional nesse ambiente. Assim, percebe-se que o profissional de saúde, costuma valer-se das relações de poder e dominação que caracterizam suas práxis em relação aos usuários do serviço (SCHATKOSKI, et al., 2009; BRASIL, 2001; DESLANDES, 2004).

A Organização Mundial de Saúde recomenda cinco diretrizes para o desenvolvimento de cuidados em saúde seguros a partir da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente: avaliação e compreensão dos problemas de saúde não seguros; desenvolvimento de normas e estabelecimento de padrões para a redução de danos; melhorar o acesso ao conhecimento, a utilização e a avaliação do impacto; promover a inovação; e manter os compromissos e reforçar a capacidade mundial para a segurança do paciente (WHO, 2008).

Tentando compreender essa temática e verificar a existência dessa realidade no ambiente hospitalar, este trabalho se propôs a entrevistar 11 enfermeiros de hospital público, acreditando que através desta análise se possa chegar a uma dimensão do perfil dos profissionais desse serviço e conhecer a percepção da cultura de segurança disseminada nesse contexto.

A realidade empírica extraída dos discursos dos sujeitos investigados, em relação aos cuidados de enfermagem e a cultura de segurança hospitalar foi organizada a partir das entrevistas, divididas em duas partes, sendo que a primeira concerne na caracterização dos enfermeiros participantes, e a segunda apresenta tópicos relacionados às questões norteadoras do estudo com suas respectivas categorias emergentes.

5.1 Caracterização dos enfermeiros entrevistados

Para a caracterização dos enfermeiros participantes, apresenta-se a Tabela 1 com informações numéricas referentes ao estado civil, à faixa etária, titulação máxima, especialidades, período de formação, tempo de trabalho na instituição e setor hospitalar.

Tabela 1-Distribuição numérica dos dados demográficos e profissionais dos enfermeiros do Hospital Regional Justino Luz. Picos-PI, set. - nov. 2014.

VARIÁVEIS	N
Idade	
21-30 anos	05
31-40 anos	06
Estado Civil	
Casado	06
Solteiro	05
Titulação Máxima	
Especialista	10
Graduação	01
Especialidades	
Saúde Pública	05
Gestão em Saúde	01
Saúde da Família	04
Enfermagem no Trabalho	02
Enfermagem em Terapia Intensiva	02
Saúde Mental	01
Urgência e Emergência	01
Centro Cirúrgico	02
Período de Formação	
01-10 anos	10
11-20 anos	01
Tempo de Trabalho na Instituição	
≥01 ano- 03 anos	08
04 anos-06 anos	03
Setor Hospitalar	
Acolhimento Geral	02
Ala Maternidade	01
Ala Clínica Médica	04
Ala Cirúrgica	01
Sala de Pronto Atendimento	01
Centro Cirúrgico	02

* N corresponde ao número de enfermeiros

A partir da Tabela 1 apresentada, no que tange ao estado civil e à idade dos pesquisados, seis apresentavam-se casados. Quanto à faixa etária, constatou-se que o perfil dos enfermeiros é de adultos jovens, mostrando-se entre 21 a 40 anos de idade.

Ressalta-se que o cuidado ao cliente internado é marcado por uma demanda de esforço físico muito grande, devido ao peso dos pacientes acamados, com diversos aparatos tecnológicos acoplados, que muitas vezes encontram-se impossibilitados de se movimentar em virtude de sua condição clínica. Assim, tal assistência gera um elevado dispêndio de força muscular e gasto de energia física, exigindo um alto grau de agilidade, destreza e energia, características que são mais comuns em indivíduos jovens (SILVA; FERREIRA, 2011).

Em relação à titulação máxima, todos os entrevistados, exceto um, eram portadores de especializações, sendo que a metade possuía mais de uma, prevalecendo pós-graduações em saúde pública e saúde da família. Os enfermeiros têm buscado cada vez mais qualificação, a qual pode refletir na melhora do atendimento ao paciente e conferir visibilidade ao profissional e à instituição, à medida que esteja orientado para o desenvolvimento de competências. No entanto, observou-se que em sua grande maioria, as especializações adquiridas não estão voltadas à prática hospitalar.

Quanto ao período de formação dos sujeitos, observou-se que dez destes, possuíam menos de 10 anos de formados. O tempo de formado pode ser um indicativo de tempo de experiência do enfermeiro no mercado de trabalho e de relativa maturidade (FORMIGA, et al., 2005). O bacharelado revela as competências e habilidades do enfermeiro, assim como o tempo de formação em uma dada época reflete o conhecimento e aptidão valorizados em um determinado período.

O enfermeiro da década de 70 era formado para atender um perfil que visava desenvolver atribuições como identificação, diagnóstico e planejamento do cuidado de enfermagem; ensinar e supervisionar o pessoal auxiliar; orientar paciente, família e grupo da comunidade; participar de programas de proteção, prevenção e recuperação da saúde; organizar e administrar serviços de enfermagem, assim como seu ensino; realizar pesquisas (VENDRÚSCULO, 1990).

“Na década de 80, a Lei do Exercício Profissional 7498/86 descreve claramente as atividades privativas do enfermeiro graduado: "planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem, consulta e prescrição da assistência de enfermagem, consultoria, auditoria e emissão sobre matéria de enfermagem, prestação de cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves e com risco de vida, e de cuidados de maior

complexidade que exigem conhecimentos científicos e tomada de decisão" (MENDES, 1996, p.19).

Em um estudo com enfermeiras hospitalares da década de 80, os depoimentos demonstraram insatisfação do ponto de vista pessoal e profissional, falta de perspectivas de ascensão e a percepção de que a profissão de enfermagem continua desvalorizada, com péssimas condições de trabalho e baixa remuneração. Além da opinião de que ao se formarem sentiam-se inseguras, com pouca habilidade técnica e visão limitada da realidade da profissão. Esta década caracterizou-se por uma conquista do nível acadêmico com o desenvolvimento do ensino da pós-graduação, porém, com uma queda gradativa da qualidade de ensino da graduação, com sérios prejuízos para a formação do profissional e pouca melhoria de assistência de enfermagem (VIETTA; UEHARA; NETTO, 2002).

O enfermeiro graduado nos anos 90 foi sujeito da reformulação curricular que buscou definir o perfil do enfermeiro, bem como suas competências gerais e específicas, com o objetivo de capacitar o enfermeiro a interagir com a equipe, identificar e intervir nas diferentes situações clínicas, e possuir o domínio intelectual da dinâmica assistencial da unidade (GABRIELLI, 2004).

No tocante ao tempo de atuação do enfermeiro na instituição hospitalar, dos 11 entrevistados, oito tinham até três anos de trabalho. A experiência profissional, o envolvimento institucional e a estabilidade adquirida pelo tempo de serviço são fatores que estimulam nos profissionais a permanência em uma organização e ainda o tempo de trabalho em uma instituição pode estar associado à proposta de trabalho de uma instituição e satisfação individual (FORMIGA, et al., 2005).

Em se tratando de setor hospitalar, os enfermeiros entrevistados distribuía-se da seguinte forma: dois eram responsáveis pelo Acolhimento Geral, um responsável pela Ala Maternidade (A), quatro responsáveis pela Ala Clínica Médica (B), um responsável pela Ala Cirúrgica (C), um responsável pela Sala de Pronto Atendimento (SPA) e dois pelo Centro Cirúrgico.

O fato de atuar em um setor que não é o de sua escolha, afinidade ou preferência pode levar o enfermeiro a uma conduta passiva. Satisfação na execução profissional é importante para favorecer a produtividade, principalmente quando o objeto de trabalho é o cuidado ao ser humano. O prazer/satisfação é demonstrado na alegria em realizar algo, no sucesso, no exercício de ser.

Com base nos dados apresentados, torna-se mais claro o perfil da população estudada nesse trabalho, conferindo uma excelente ferramenta para a manipulação dos resultados e alcance dos objetivos propostos, sucedendo a análise do conteúdo de suas falas a partir da temática Cultura de Segurança do Paciente no âmbito hospitalar.

5.2 Concepções dos enfermeiros sobre Segurança do paciente

Em relação à concepção dos enfermeiros sobre segurança do paciente emergiram dos relatos as seguintes categorias: Assistência de Enfermagem (AE - 40), cuidados com medicação e promover bem-estar, seguido das subcategorias: proteção contra agravos, cuidado seguro, preparo medicamentoso, administração medicamentosa, medicamento correto, físico e psicológico, totalizando 40 unidades de registro (82%) para a categoria assistência de enfermagem, 05 unidades de registro (10%) para a categoria cuidados com medicação e 04 unidades de registro (8%) para promover bem-estar como mostra a Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição numérica e percentual das codificações e unidades de registro sobre a concepção de segurança do paciente para os enfermeiros. Picos-PI, set. - nov. 2014.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	CODIFICAÇÃO	UNIDADES DE REGISTRO
Assistência de Enfermagem	Proteção contra agravos	AEPA – 16 (49%)	AE – 40 (82%)
	Cuidado Seguro	AECS – 24 (33%)	
Cuidados com medicação	Preparo medicamentoso	CMPM – 01 (2%)	CM – 05 (10%)
	Administração medicamentosa	CMAM – 03 (6%)	
	Medicamento Correto	CMMC – 01 (2%)	
Promover bem estar	Físico	BEF- 02 (4%)	BE- 04 (8%)
	Psicológico	BEP- 02 (4%)	

Como uma forma de segurança aos pacientes, maioria dos enfermeiros destacou a assistência de enfermagem. Nota-se que os mesmos incorporam uma rotina de trabalho e deram destaque àquilo que pra eles são prioridade. Nessa categoria, proteção contra agravos (AEPA) e cuidado seguro (AECS) se destacaram como subcategorias, apresentando-se com um total de 16 e 24 unidades de registro, respectivamente, como se observa nos seguintes relatos:

“Promover cuidados de enfermagem de forma segura, assegurar a preservação da vida e do bem estar do paciente, assistência livre de danos à sua saúde física e psicológica” (Enf 03).

“É o primeiro domínio da qualidade na assistência à saúde, sendo ela livre de riscos orgânicos e fisiológicos, exemplo: prevenção de quedas e infecções por materiais contaminados” (Enf 04).

“É tudo que envolve a proteção do paciente, desde a admissão no pronto-atendimento, transporte e admissão no setor destino, cuidado pessoal e psicológico” (Enf 07).

Em se tratando de cuidado seguro, os participantes ilustraram sua concepção o relacionando com as técnicas assépticas e seguras, a qualidade da assistência de enfermagem, ao atendimento integral e sigiloso, livre de negligências, como também o cuidado desde o transporte até a alta hospitalar.

Há que se considerar que o cuidado reduz a incidência de doença e, o dano à saúde encurta o tempo de tratamento e/ou hospitalização, melhora ou mantém a saúde do paciente. Portanto, é de extrema importância se realizar cuidados seguros e neste contexto o enfermeiro é responsável por avaliar o paciente e os riscos ambientais que ameaçam à sua segurança, bem como planejar e intervir apropriadamente para manter um espaço seguro (POTTER; PERRY, 2009).

No contexto hospitalar, muitos fatores podem provocar danos aos pacientes. O ambiente do cliente envolve muitos fatores físicos, psicológicos, culturais, entre outros, que influenciam ou afetam a sobrevivência (CONSTATINOU; ROMANIUK, 2004).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é um modo de garantir a segurança do paciente. É conceituada como um método de prestação de cuidados para a obtenção de resultados satisfatórios na implementação da assistência, com o objetivo de reduzir as complicações durante o tratamento, de forma a facilitar a adaptação e recuperação do paciente (LEFEVRE, 2002).

A SAE é uma atividade privativa do enfermeiro segundo a Lei do Exercício Profissional nº 7.498/86 e a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 358/2009 e a sua implantação deve ser realizada em toda a instituição de saúde pública e privada. Esta sistematização organiza o trabalho profissional no que se refere ao método, pessoal e instrumentos, o que possibilita a operacionalização do Processo de Enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009).

No que diz respeito aos cuidados com medicação, observou-se que cinco enfermeiros associaram segurança do paciente aos cuidados com o preparo, administração,

vias e medicamentos corretos. Há, no entanto, a necessidade de frisar a importância do seguimento e atenção às prescrições médicas, conferindo nome do paciente, medicação correta, dosagem, via e sempre tendo total cuidado durante a preparação e administração.

Se referindo ainda a essa categoria, depreendeu-se que a administração medicamentosa foi a subcategoria mais referenciada, apresentando um total de 03 unidades de registro (CMAM – 03), como desvelam os relatos:

“Entende que a Segurança do paciente são os cuidados que devemos ter em relação à proteção contra os agravos à saúde do usuário durante a nossa assistência de enfermagem. Em resumo, são os cuidados em relação ao preparo e administração correta dos medicamentos...” (Enf 01).

“Segurança do paciente é ter o cuidado com o paciente desde o leito certo, medicação certa, administração correta, via correta até todo o cuidado que o paciente necessita.” (Enf 11).

No Brasil, a preocupação com o impacto dos erros de medicação na segurança do paciente é evidenciada pelo número de estudos desenvolvidos na última década. Nesse sentido, estudo multicêntrico sobre erros de medicação realizado em cinco hospitais brasileiros identificou 1500 erros de medicação, ou seja, 30% das doses administradas continham algum erro (REIS, et al., 2010).

O sistema de medicação deve ser estruturado para promover condições que auxiliem na minimização e prevenção dos erros, implementando estratégias que minimizem os erros profissionais. Uma estratégia utilizada para prevenção dos erros de medicação é a mudança na cultura da instituição, eliminando a punição e estimulando o relato dos erros para transformá-los em aprendizado para todos e em práticas de melhoria para o sistema (LEAPE, 1994; CASSIANI, 2000).

Melhorar a segurança da medicação é objetivo global, porque erros de medicação contribuem significativamente para a alta taxa de eventos adversos que ocorrem anualmente nos hospitais. Eventos adversos relacionados à medicação são frequentemente de alto custo e causadores de danos aos pacientes, aos profissionais da saúde e aos hospitais. Muitas iniciativas, focando a segurança da medicação, têm sido tomadas em todo o mundo, mas ainda há necessidade de mais pesquisas para determinar intervenções de custo mais efetivo, para criar sistemas mais seguros e o cuidado livre de perigos ao paciente (RADUENZ, et al., 2010).

O paciente pode e deve contribuir para a qualidade dos cuidados à sua saúde, fornecendo informações importantes a respeito de si mesmo e interagindo com os profissionais da saúde. Ele deve ser estimulado a participar da assistência prestada e encorajado a fazer questionamentos, uma vez que é ele quem tem o conhecimento de seu histórico de saúde, da progressão de sua doença e dos sintomas e experiências com os tratamentos aos quais já foi submetido.

O enfermeiro possui uma ferramenta singular que pode ter mais influência sobre o cliente do que qualquer medicamento ou terapia: ele mesmo. Para tanto, faz-se necessário uma autoanálise que constitui um aspecto essencial para ser capaz de fornecer os cuidados de enfermagem terapêuticos, como a autoconsciência, esclarecimento dos valores, exploração dos sentimentos, senso de ética e responsabilidade. Captar o cuidado no seu sentido mais amplo: como ser, como se expressar, como se relacionar consigo mesmo, com o outro e com o mundo são questões que devem ser discutidas e refletidas entre todos os profissionais que buscam, através da enfermagem, aplicar os preceitos da humanização (CHERNICHARO, 2011).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu saúde como um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença (WHO, 1946). Durante a entrevista, surgiu a questão da promoção do bem-estar ao paciente como categoria. A avaliação do estado de saúde está diretamente relacionada à qualidade de vida, influenciada pelo sexo, escolaridade, idade, condição econômica e presença de incapacidades (LEBRÃO; LAURENTI, 2003).

Diante dessa categoria, surgiram duas subcategorias voltadas à promoção do bem-estar físico e psicológico, com duas unidades de registro cada (BEF – 02; BEP - 02), sendo retratadas a seguir:

“Segurança do paciente é tudo que envolve o bem estar físico e psicológico” (Enf 02).

“Promover cuidados de enfermagem de forma segura, assegurar a preservação da vida e do bem estar do paciente, assistência livre de danos à sua saúde física e psicológica”. (Enf 03).

Quando se investiga a qualidade de vida relacionada à saúde em sua multidimensionalidade, identificam-se os principais aspectos a serem considerados em relação às potencialidades e peculiaridades de saúde, interferindo no seu processo saúde-doença (SANTOS, et al., 2002).

A expressão “qualidade de vida” tem várias vertentes, que compreendem desde um conceito popular, amplamente utilizado na atualidade – em relação a sentimentos e emoções, relações pessoais, eventos profissionais, propagandas da mídia, política, sistemas de saúde, atividades de apoio social, dentre outros, até a perspectiva científica, com vários significados na literatura médica (GILL; FEISNTEIN, 1994).

Humanização e cuidado são indissociáveis. Humanizar é a prática do humano. Logo, como humanos o que realizamos é humano, sendo, portanto, próprio ao ser humano visar o bem-estar da humanidade, tanto individual como coletivamente, isso é o verdadeiro sentido de humanizar (BOFF, 1999). Cuidar é usar da própria humanidade para assistir a do outro, como ser único, composto de corpo, de mente, vontade e emoção.

A melhoria da segurança do cuidado em saúde reduz as doenças e danos, diminui o tratamento e/ou o tempo de hospitalização, melhora ou mantém o status funcional do paciente, e aumenta sua sensação de bem-estar (CONSTATINOU; ROMANIUK, 2004; OMS, 2002).

Portanto, a partir do que foi exposto, fica claro que em essência os enfermeiros sabem como promover a segurança do paciente e são cientes sobre o seu papel como promotores de qualidade de cuidado. Percebe-se que os enfermeiros se mostram seguros em relação a cultura de segurança do paciente. Enquanto uns relatam a importância de uma assistência de enfermagem qualificada, composta por cuidados e técnicas seguras, técnicas assépticas, para assim preservar a vida e o bem-estar do paciente, outros reforçam sobre os devidos cuidados com medicações.

5.3 Ações dos Enfermeiros para Promoção de Segurança dos pacientes

No que se refere a esse contexto, os enfermeiros, quando interrogados sobre suas ações para promover Segurança aos pacientes, emergiram as categorias assistência de enfermagem e chefe de equipe, representadas pelo quantitativo de unidades de registro de 39 (AE-60%) e 26 (CE-40%) unidades respectivamente, compostas pelas as subcategorias identificação do paciente, cuidado seguro, registro, privacidade, prevenção de agravos, higienização, certos da medicação, planejamento, supervisão da equipe, orientação da equipe, tomada de decisões, comunicação, orientação dos pacientes, orientação dos acompanhantes como mostra a Tabela 3.

Tabela 3 _Distribuição numérica e percentual das codificações e unidades de registro sobre as ações que os enfermeiros promovem para Segurança dos pacientes. Picos-PI, set.-nov. 2014.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	CODIFICAÇÃO	UNIDADES DE REGISTRO
Assistência de Enfermagem	Identificação do Paciente	AEIP – 05 (8%)	AE-39 (60%)
	Cuidado Seguro	AECS – 14 (21%)	
	Registro	AER – 02 (3%)	
	Privacidade	AEP – 01 (2%)	
	Prevenção de Agravos	AEPA – 08 (12%)	
	Higienização	AEH – 03 (5%)	
	Certos da Medicação	AECM – 06 (9%)	
Chefe de Equipe	Planejamento	CEP – 04 (6%)	CE-26 (40%)
	Supervisão da equipe	CESE – 02 (3%)	
	Orientação da equipe	CEOE – 04 (6%)	
	Tomada de Decisões	CETD – 02 (3%)	
	Comunicação	CEC – 11 (17%)	
	Orientação dos Pacientes	CEOP – 01 (2%)	
	Orientação dos Acompanhantes	CEOA – 02 (3%)	

O ambiente hospitalar é estressante, barulhento, com normas e rotinas próprias. Neste ambiente, o paciente perde sua identidade, privacidade e sua percepção de liberdade (WALDOW, 2004). A hospitalização traz, para os pacientes e seus familiares, sentimentos de insegurança que se acentuam quando estes pacientes possuem dependência para os cuidados básicos de enfermagem, como alimentação, higiene e mobilidade física.

É neste momento que a equipe de enfermagem tem a oportunidade de focalizar suas ações no ser humano, receptor dos cuidados, ou seja, fazer uma conexão integrada entre as tarefas normatizadas pela instituição e aquelas voltadas para o processo de cuidar.

Nessa direção, a primeira categoria, encontra-se focada na assistência de enfermagem. Como já discutido, a assistência de enfermagem exige presença, flexibilidade, corresponsabilidade, partilha de sentimentos, conhecimentos e solidariedade (BETTINELLI, 1998). Nesse sentido, o cuidado deve ser direcionado ao paciente, sua família e demais pessoas significativas, contemplando os aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais (STUMM; LEITE; MASCHIO, 2008).

Nessa categoria, o cuidado seguro foi a subcategoria mais destacada, obtendo 14 das unidades de registro (AECS-14). Como denotam os relatos:

“... temos a capacidade de tomada de decisões, boa comunicação com a equipe, controle de dor, ver a satisfação do paciente, a correta identificação do paciente, um cuidado limpo e seguro...” (Enf 02).

“Utilização de EPI's, verificação de medicação certa na prescrição do paciente, sempre identificar e questionar quanto a presença de alergia medicamentosa, verificar prazo de validade, manter a limpeza do local, se o paciente estiver agitado, sempre usar contensão que não seja agressiva na pele, lavagem das mãos” (Enf 08).

“Atentar aos cuidados com o paciente a partir da visita ao mesmo, realizar a evolução de enfermagem, verificar quais suas necessidades básicas, prestar cuidados de enfermagem ao paciente, sempre atento aos procedimentos” (Enf 09).

O cuidado seguro resulta tanto de ações corretas dos profissionais de saúde, como de processos e sistemas adequados nas instituições e serviços, assim como de políticas governamentais regulatórias, exigindo um esforço coordenado e permanente. Para que o cuidado seja seguro, também é necessário construir uma cultura de segurança do paciente, em que profissionais e serviços compartilhem práticas, valores, atitudes e comportamentos de redução do dano.

Na atenção à saúde, a segurança é um princípio básico e um requisito para a qualidade do cuidado (NEUFELD, 2009). A segurança do paciente é definida como a redução do risco de danos desnecessários associados à atenção à saúde, até um mínimo aceitável, pois, considerando-se a complexidade de procedimentos e tratamentos, o potencial para o dano é real (SHERWOOD; DRENKARD, 2007).

Para assegurar a qualidade e segurança do cuidado no serviço de saúde, é indispensável a prática da identificação correta do paciente, higienização das mãos, que trata-se uma das práticas de maior relevância no cuidado à saúde das pessoas, fazer uso dos EPI's para proteção individual e coletiva, dentre outros.

Em 2005, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, da Organização Mundial de Saúde (OMS), propôs o primeiro Desafio Global para a Segurança do Paciente, denominado 'Cuidado limpo é cuidado mais seguro', tendo como um dos seus principais objetivos o aprimoramento de práticas de Higienização das Mãos (HM), visando prevenir infecções e promover a segurança dos pacientes e dos profissionais (WHO, 2009; PITTET; DONALDSON, 2005).

Ainda nessa categoria, há de se destacar as subcategorias prevenção de agravos (AEPA) e certos da medicação (AECM), ambas com 08 e 06 unidades de registros, respectivamente, relatadas abaixo:

“... evitar a ocorrência de eventos adversos/incidentes” (Enf 02).

“Identificar o paciente não pelo leito, mas por o nome completo: Conferir sempre medicação, dose, via de administração, e paciente antes de administrar qualquer medicação; utilizar sempre EPI's durante a prestação de cuidados de enfermagem; assegurar privacidade; assegurar ambiente livre de riscos à saúde” (Enf 03).

“Chamar o usuário pelo nome, higienização das mãos, prevenção de quedas, comunicação efetiva (empatia), administração segura de medicamentos, sangue, prevenção de úlceras por pressão em acamados...” (Enf 06).

Em se tratando de prevenção de agravos, podem-se destacar as úlceras por pressão (UPs), que constituem um dos principais eventos adversos encontrados em serviços e instituições de atenção à saúde. Para os pacientes, trazem dor e sofrimento, podem contribuir, em associação com outras causas, para a morte. Há ainda o risco de quedas, que por sua vez, causam incapacidades e dependência total. O paciente e seu acompanhante precisam estar inseridos nas estratégias de prevenção de quedas, sendo esclarecidos sobre os fatores de risco e orientados acerca de sua participação neste processo.

Já no que se diz respeito aos certos das medicações, sabe-se que uso seguro, eficaz e ético de medicamentos exige conhecimento, habilidades e julgamento dos profissionais da saúde, bem como estruturas e sistemas adequados dos ambientes de cuidado (COLLEGE OF NURSES OF ONTARIO, 2008). É necessária atenção ao paciente certo, medicação certa, dosagem, vias e horário correto.

Os erros associados ao uso terapêutico de medicamentos podem ser classificados em erros de prescrição, dispensação e administração (COSTA;VALLI; PIMENTEL, 2008). Em instituições hospitalares, a ocorrência de erros é frequente, especialmente aqueles relacionados à prescrição e administração de medicamentos (ASPDEN, 2007).

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 1987) sugere que, para o uso racional de medicamentos, deve-se, primeiramente, estabelecer a necessidade do uso do mesmo; em seguida, é necessária a prescrição do medicamento apropriado, sendo este a melhor escolha, segundo os preceitos de eficácia e segurança comprovados e aceitáveis. Do mesmo modo, é preciso que o medicamento seja prescrito adequadamente quanto à forma farmacêutica, doses e período de duração do tratamento; que esteja disponível a um preço acessível, e que se enquadre nos critérios de qualidade estabelecidos; que seja dispensado em condições

adequadas, com a devida orientação e responsabilidade, e, por fim, que se cumpra o regime terapêutico prescrito, da melhor maneira possível.

De acordo com BRASIL (2001), o uso irracional de medicamentos, além de gerar custos ao paciente, que pode não estar sendo tratado da maneira mais adequada, levando assim mais tempo para a sua cura, também onera o sistema de saúde. Passa-se assim mais tempo tomando um medicamento desnecessário e não se consegue o efeito desejado. Na pior das hipóteses, o medicamento tomado de maneira inadequada pode até prejudicar o paciente.

Em relação à categoria chefe de equipe, essa apresentou um contingente de 26 unidades de registro (CE-26), composta pelas subcategorias planejamento (CEP-04), supervisão da equipe (CESE-02), orientação da equipe (CEOE-04), tomada de decisões (CETD-02), comunicação (CEC-11), orientação dos pacientes (CEOP-01) e orientação dos acompanhantes (CEOA-01). Observa-se o destaque da subcategoria comunicação, como se observa nos relatos abaixo:

“No setor do Acolhimento promovemos a resolução de problemas em relação à distribuição das fichas, temos a capacidade de tomada de decisões, boa comunicação com a equipe, controle de dor, ver a satisfação do paciente...” (Enf 02).

“No setor do Acolhimento e Classificação de risco, setor em que atuo, a segurança ao paciente pode ser praticada com a escuta ativa de suas queixas, atendimento ético e sigiloso e fornecimento de informações adequadas sobre fluxos de atendimentos” (Enf 06).

“Chamar o usuário pelo nome, higienização das mãos, prevenção de quedas, comunicação efetiva (empatia)...” (Enf 07).

A enfermagem constitui-se de um grupo bastante numeroso de profissionais cujas ações desenvolvem-se no âmbito coletivo, sendo realizadas por equipes de trabalho que necessitam encadear harmonicamente seus esforços ao longo das 24 horas do dia e durante os sete dias da semana, assegurando a continuidade do cuidado de enfermagem aos pacientes internados nos hospitais. Estas características são determinantes para a existência de modelos de organização do trabalho alicerçados na liderança e na atividade profissional dos grupos (MOURA, 2013).

Na organização tradicional dos grupos de trabalho, surge a figura do sujeito que dirige, coordena, supervisiona, controla, ensina e acompanha aqueles que compõem sua equipe. No âmbito da enfermagem, a Lei do Exercício Profissional determina que esta atividade seja desempenhada, privativamente, pelo enfermeiro (KLETEMBERG, et al., 2010). Dessa forma, ao enfermeiro compete o importante papel de chefe da equipe de

enfermagem nas situações do cotidiano na unidade, fazendo deste profissional um membro essencial do grupo, na busca em atender às necessidades do serviço (MATTOSINHO, et al., 2010).

É necessário que os profissionais de enfermagem busquem se comunicar com o paciente de modo atencioso, com respeito, utilizando uma linguagem acessível, bem como priorizando a comunicação não-verbal; estabelecendo uma comunicação genuína, bem como oferecendo elementos necessários para a satisfação do ser paciente vulnerabilizado pelo processo de hospitalização, ao propiciar um cuidado que auxilie o paciente a descrever sua vivência, priorizando o que ele pensa e sente.

A comunicação em enfermagem, ao permitir a construção de identidades subjetivas, colabora para uma assistência de qualidade e humana que perpassa pela valorização do paciente em sua dignidade, considerando como um ser único com características e necessidades que lhes são inerentes.

Enfim, em relação às ações de promoção de segurança voltadas aos pacientes, desenvolvidas pelos enfermeiros, observou-se opiniões claras e diversificadas, mostrando que apesar das inúmeras competências desenvolvidas por esses profissionais a maioria tenta levar uma assistência qualificada.

5.4 Ações desenvolvidas pelos colegas de trabalho para promover Segurança aos pacientes

No que se refere a esse contexto, os enfermeiros quando interrogados sobre as ações dos colegas de trabalho para promoção de segurança aos pacientes, emergiram as categorias segurança do paciente e condições de trabalho, representadas pelo quantitativo de unidades de registro de 10 (SP-63%) e 06 (CT-37%) unidades respectivamente, compostas pelas subcategorias promoção favorável, promoção intermediária, promoção desfavorável, interesse insatisfatório, despreparo profissional e estrutura insatisfatória, como mostra a Tabela 4.

Tabela 4 _Distribuição numérica e percentual das codificações e unidades de registro sobre as ações que os colegas de trabalho promovem para a Segurança dos pacientes. Picos-PI, set. - nov. 2014.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	CODIFICAÇÃO	UNIDADES DE REGISTRO
Segurança do Paciente	Promoção Favorável	SPPF – 05 (32%)	SP – 10 (63%)
	Promoção Intermediária	SPPI – 04 (25%)	
	Promoção Desfavorável	SPPD – 01 (6%)	
Condições de Trabalho	Interesse Insatisfatório	CTII – 01 (6%)	CT – 06 (37%)
	Despreparo Profissional	CTDP – 04 (25%)	
	Estrutura Insatisfatória	CTEI – 01 (6%)	

Sabe-se que os sistemas de serviços de saúde são complexos e têm cada vez mais incorporado tecnologias e técnicas elaboradas, acompanhados de riscos adicionais na prestação de assistência aos pacientes. Entretanto, medidas simples e efetivas podem prevenir e reduzir riscos e danos nestes serviços, tais como: mecanismos de dupla identificação do paciente; melhoria da comunicação entre profissionais de saúde; uso e administração segura de medicamentos; realização de cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos; higiene das mãos para a prevenção de infecções e prevenção de quedas e úlceras por pressão.

Estas medidas realizadas de forma correta e segura, pelos profissionais de saúde, por meio do seguimento de protocolos específicos, associadas às barreiras de segurança nos sistemas, podem prevenir eventos adversos relacionados à assistência à saúde, salvando valiosas vidas.

O movimento de promoção da segurança do paciente nos serviços de saúde começa a ter sentido no momento em que sai do “papel”, ou seja, que deixa de ser um projeto ou um regulamento para cumprir etapas de processo de acreditação, de recomendações de gestores, ou até das bases de dados dos responsáveis pelo gerenciamento de risco e se constitui como uma mudança de cultura que se fundamenta na atenção ao paciente e à sua família. Esta atenção pode ocorrer em uma instituição hospitalar, instituição de cuidado de longa permanência ou unidade de emergência, dentre outras. Nesta direção a avaliação sistemática do erro e das barreiras que protegem os pacientes é o pilar de qualquer sistema de atenção à saúde que pretende ser seguro. A segurança do paciente começa no local de cuidado mais próximo do paciente/cliente (NICHOLS, et al., 2008).

A primeira categoria, em relação às ações dos colegas de trabalho dos entrevistados, encontra-se focada na segurança ao paciente, destacando-se como subcategoria a promoção favorável (SPPF), com cinco unidades de registro. Nota-se assim, que os enfermeiros promovem cuidados seguros, visando a segurança dos pacientes fragilizados e hospitalizados. Observa-se essa afirmação nos relatos:

“Sim promove, evitando a ocorrência de eventos adversos/incidentes, promovendo um cuidado limpo, controle da dor, a identificação correta do paciente, a medicação correta do paciente, a passagem de sondas e drenos correto, evitar quedas, boa comunicação da equipe.” (Enf 02).

“Acredito que sim, pois no ambiente hospitalar o plantão é continuidade, e nossa maior preocupação é exatamente com a saúde e a segurança do paciente.” (Enf 04).

“Sim, a maioria dos colegas estão cientes da importância e realizam uma assistência de qualidade.” (Enf 10).

Diante disso, percebe-se que houve uma predominância de opiniões dos entrevistados, em que estes citam haver uma promoção de segurança por parte de seus colegas de trabalho. Relacionam esse fato com ações e cuidados seguros de enfermagem, tais como supervisão e orientação da equipe de enfermagem, cuidados com medicamentos, prevenção de agravos e identificação dos pacientes.

A utilização de boas práticas e a redução dos erros decorrentes da assistência em saúde são fundamentais para a garantia da segurança do paciente em ambientes de cuidado, sendo amplamente difundidas por organizações que conduzem o processo de acreditação, por exemplo, em nível internacional através da Joint Commission Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), que se baseia nas seis Metas Internacionais do Paciente. Estas metas incluem: identificar os pacientes corretamente; melhorar a comunicação efetiva; melhorar a segurança dos medicamentos de alta vigilância; assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto; reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde; e ainda reduzir o risco de lesões ao paciente decorrente de quedas (ANVISA, 2009).

Em relação à categoria condições de trabalho, essa apresentou um contingente de 06 unidades de registro (CT-06), composta pelas subcategorias: interesse insatisfatório (CTII-01), despreparo profissional (CTDP-04) e estrutura insatisfatória (CTEI-01). Observa-se o destaque da subcategoria despreparo profissional, aonde foi dado ênfase, pelos entrevistados,

na falta de conhecimento de cuidados que seguem as normas de segurança e na prestação de atendimento qualificado, relatada nas seguintes falas:

“... nem todos os funcionários, não sei se é pelo fato da falta de conhecimento ou zelo, não seguem as normas estabelecidas para técnica segura. Não só realizam suas atividades colocando em risco a segurança do paciente, como a sua própria vida.” (Enf 01).

“... A estrutura física em que funciona este setor não possibilita que a equipe garanta confidencialidade das informações colhidas para a classificação de risco. Já em relação aos recursos humanos percebemos que a maioria dos profissionais não são qualificados para a prestação de atendimento seguro, ético e humanizado, estando voltados a procedimentos técnicos e fluxos de atendimento.” (Enf 05).

No processo de trabalho da enfermagem em unidades hospitalares, os enfermeiros têm assumido os cuidados com os pacientes mais graves, além das atividades de organização e coordenação dos serviços, desenvolvendo, de forma compartilhada, as atividades assistenciais e gerenciais (CAMELO, 2012).

Os trabalhadores de enfermagem têm graus de formação diferenciados e a organização do labor ocorre pela divisão por tarefas, garantindo ao enfermeiro o papel de detentor do saber e de controlador do processo de trabalho. Assim, o enfermeiro realiza o trabalho intelectual e gerenciador da assistência que é prestada. Em UTIs, de acordo com estudos selecionados, o enfermeiro tem a função de organizar e planejar o labor a ser desenvolvido, durante o seu turno e, muitas vezes, do turno do colega (MARTINS, et al., 2009; BARBOSA, et al., 2012).

No que se trata de despreparo profissional e âmbito hospitalar, observa-se que há a necessidade de um maior interesse dos enfermeiros e do gestor da instituição para com a segurança do paciente. Para que haja qualidade na assistência e proteção voltada aos pacientes, faz-se necessário uma entrega total dos profissionais, sendo que os mesmos são responsáveis pela sua saúde, bem-estar e sua recuperação.

Diante do exposto, pode-se concluir através da discussão, que apesar de os enfermeiros defenderem uma promoção de segurança relacionada entre seus colegas de trabalho e os pacientes da instituição, há algumas falhas, tais como a falta de interesse, de uma estrutura adequada e o despreparo profissional, que necessitam ser superadas para que seja transmitida uma boa assistência de enfermagem, levando em consideração os riscos que podem levar à agravos aos pacientes.

5.5 Gerência hospitalar para favorecer o cuidado seguro

Os enfermeiros quando interrogados sobre o método que a gerência utiliza para favorecer o cuidado seguro, emergiram as categorias cuidado com qualidade (CQ), gerência hospitalar (GH) e capacitação (C), representadas pelo quantitativo de unidades de registro de 17, 06 e 10 respectivamente, compostas pelas subcategorias: ambiente seguro, materiais e insumos, dimensionamento de enfermagem, protocolos, risco de infecção, gerência favorável, gerência desfavorável, falta de capacitação e capacitação favorável como mostra a Tabela 5.

Tabela 5 - Distribuição numérica e percentual das codificações e unidades de registro quanto à gerência hospitalar e o cuidado seguro. Picos-PI, set.-nov./ 2014.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	CODIFICAÇÃO	UNIDADES DE REGISTRO
Cuidado com Qualidade	Ambiente seguro	CQAS-07 (21%)	CQ-17(52%)
	Materiais e insumos	CQMI-06 (18%)	
	Dimensionamento de Enfermagem	CQDE-02 (6%)	
	Protocolos	CQP-01 (3%)	
	Risco de Infecção	CQRI-01 (3%)	
Gerência Hospitalar	Gerência Favorável	GHGF – 01 (3%)	GH-06 (18%)
	Gerência Desfavorável	GHGD- 05 (15%)	
Capacitação	Falta de Capacitação	CFC-02 (6%)	C-10 (30%)
	Capacitação Favorável	CF-08 (24%)	

A avaliação da qualidade de serviços ganhou importância na área da saúde em todo o mundo, sendo impulsionada pela demanda de financiadores, prestadores, profissionais e do público. O desenvolvimento e a implementação de metodologias nessa área têm sido recorrentes e relacionam-se com os esforços para garantir transparência nos gastos, controlar os custos assistenciais crescentes, prestar cuidados adequados e equânimes e reduzir variações na prática clínica (FUNG, 2010; GROENE; SKAU; FRØLICH, 2008; MULLEY, 2009).

Dada a natureza e especificidade dos processos organizacionais envolvidos, o ambiente hospitalar se destaca, pois concentra os maiores custos e a maior complexidade no cuidado prestado aos pacientes (VECINA-NETO; MALIK, 2007).

Uma das ferramentas que os hospitais utilizam para alcançar níveis de qualidade excelentes, principalmente àqueles que prestam serviços para o sistema de atenção médica

suplementar, é o Programa de Acreditação Hospitalar, definido pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), como um método de consenso, racionalização e ordenação das organizações prestadoras de serviços hospitalares e, principalmente, de educação permanente dos seus profissionais, assegurando o enfoque sistêmico e a avaliação global da organização (ONA, 2011).

Receber uma assistência à saúde de qualidade é um direito do indivíduo e os serviços de saúde devem oferecer uma atenção que seja efetiva, eficiente, segura, com a satisfação do paciente em todo o processo (ANVISA, 2011).

Garantir a qualidade é, basicamente, um esforço para achar e superar problemas de forma eficaz. Ou seja, é modificar o desempenho e o comportamento dos profissionais, das instituições e dos sistemas em direção às práticas mais apropriadas e aceitáveis em termos de resultados e custos para a saúde (DONABEDIAN, 1980).

Assim, investigar junto aos profissionais da saúde, em especial os enfermeiros, quanto à qualidade do cuidado prestado emergiram dos discursos as seguintes subcategorias, a partir da categoria cuidado com qualidade, o ambiente seguro (CQAS-07), materiais e insumos (CQMI-06), dimensionamento de enfermagem (CQDE-02), protocolos (CQP-01) e risco de infecção (CQRI-01), destacando-se, por sua vez, a subcategoria CQAS, com sete unidades de registro, como se observa nos relatos seguintes:

“Promove capacitação, um ambiente seguro, protocolos para normatizar a prática de enfermagem” (Enf 02).

“Fazendo dimensionamento de enfermagem adequado às demandas do serviço, de forma a não sobrecarregar a equipe, promover ambiente adequado para a realização dos procedimentos e prestação de cuidados...” (Enf 03).

“Sempre fornecendo EPI's, o suficiente para haver troca de luvas a cada procedimento, material estéril para os procedimentos estéreis, manter sempre em estoque essas matérias. Fornecer macas e leitos adequados” (Enf 08).

Um ambiente hospitalar requer uma série de fatores/medidas que possam favorecer ao cuidado seguro e qualificado. Como se destacou em algumas falas, um ambiente limpo, com materiais e insumos disponibilizados, profissionais qualificados e bem dimensionados, melhoram os cuidados prestados, mesmo que o déficit da estrutura seja notável.

Quando o paciente vê suas necessidades individuais serem satisfeitas e percebe a atenção e o cuidado da equipe, ele se sente mais seguro. Essa sensação de segurança, por sua vez, contribui de forma efetiva para a sua melhora (VITA ET SANITAS, 2012).

O meio ambiente hospitalar, incluindo o ar, a água e as superfícies inanimadas que cercam o paciente, guarda íntima relação com as infecções hospitalares, podendo proporcionar focos de contato e de transmissão (ANDRADE, 2000), como relatado na seguinte fala de um dos enfermeiros entrevistados:

“... penso ser necessário uma reforma no hospital para melhor atender os pacientes. O prédio é antigo e não oferece conforto necessário para acolher os pacientes e seus acompanhantes. As camas são antigas, não tem grades de proteção, os banheiros são precários em termos de estrutura, o risco de infecção é alto. Com relação a limpeza, o serviço gerais se esforça diante dos seus recursos para manter os setores limpos”. (Enf 09).

Diante de argumentos como este, percebe-se que apesar de o ambiente ter sido citado como seguro e adequado, há profissionais insatisfeitos com a estrutura no hospital, destacando fatores negativos que podem causar agravos ao paciente, expondo-o à riscos.

Ainda levando em consideração a categoria cuidado com qualidade, pode-se destacar a subcategoria materiais e insumos (CQMI), com seis unidades de registro. Como retratam os relatos abaixo:

“... promover ambiente adequado para a realização dos procedimentos e prestação de cuidados; Fornecer e orientar o uso de EPI's...” (Enf 03).

“Fornecendo materiais específicos e profissionais treinados para utilizarem técnicas adequadas para a segurança do paciente como: segregação dos lixos hospitalares e a limpeza do ambiente” (Enf 04).

“Sempre fornecendo EPI's, o suficiente para haver troca de luvas a cada procedimento, material estéril para os procedimentos estéreis, manter sempre em estoque essas matérias...” (Enf 08).

No processo gerencial na área da saúde um dos setores mais complexos e de maior custo, que exige constantes atualizações devido as mudanças e surgimentos de novos produtos é a área de gestão de materiais hospitalares (HONÓRIO, ALBUQUERQUE, 2005). Materiais são considerados insumos ou fatores produtivos, de natureza física, com determinada durabilidade, empregados na realização de procedimentos/atividades assistenciais aos pacientes. A escassez de alguns destes, considerados imprescindíveis para assistência é um dos pontos que mais afligem os gestores dos serviços de enfermagem (MESQUITA, et al., 2005).

A realidade é que não é possível oferecer uma assistência de qualidade se não houver uma integração entre as ações gerenciais e as assistenciais, e que o enfermeiro

necessita atualizar-se quanto aos aspectos essenciais em uma unidade, como a escolha do material médico-hospitalar. No entanto, nota-se diante das falas dos entrevistados, contradições. Para uns, o fornecimento e distribuição de materiais e insumos é suficiente para demanda e para proporcionar um cuidado de qualidade, já para outros o fornecimento é precário, como relatado nesse relato:

“... Cabe a cada enfermeiro plantonista supervisionar e favorecer a segurança do paciente. Muitas vezes, nem temos materiais apropriadas para realizar os cuidados” (Enf 01).

As atividades de enfermagem que constroem o seu processo de trabalho estão pautadas em diversos subprocessos interligados. Estes se estruturam com base nas práticas cuidativas e administrativas ou gerenciais e, para execução das suas ações, sabe-se que desde a sua concepção como profissão, o parcelamento do trabalho entre os diferentes membros da equipe teve na gerência o elo de articulação das atividades e de sua integração ao processo de trabalho em saúde como um todo (MONTEZELLI; PERES; BERNARDINO, 2011).

Em relação à categoria gerência hospitalar, apresentou-se um contingente de seis unidades de registro (GH-06), composta pelas subcategorias gerência favorável (GHGF) e gerência desfavorável (GHGD), que equivalem a uma e cinco unidades de registro, respectivamente.

Notou-se, no entanto, que a gerência hospitalar é apontada como não participante em relação à promoção de segurança do paciente. Os enfermeiros relataram a falta de preocupação, a precariedade em relação à estrutura, materiais e insumos, capacitação, dimensionamento dos profissionais, dentre outros, destacando-os nos seguintes relatos:

“Não há uma preocupação por parte da gerencia hospitalar em favorecer o cuidado seguro. Do tempo que assumi o cargo de enfermeiro ate hoje não vi nenhum treinamento, palestra ou mesmo algum tipo de educação permanente. Cabe a cada enfermeiro plantonista supervisionar e favorecer a segurança do paciente. Muitas vezes, nem temos materiais apropriadas para realizar os cuidados” (Enf 01).

“Não considero que a gerência hospitalar favoreça o cuidado seguro...” (Enf 05).

“Com relação à gerência não tenho segurança para descrever, visto que penso ser necessário uma reforma no hospital para melhor atender os pacientes. O prédio é antigo e não oferece conforto necessário para acolher os pacientes e seus acompanhantes. As camas são antigas, não tem grades de proteção, os banheiros são precários em termos de estrutura, o risco de infecção é alta...” (Enf 09).

Os processos de democratização são baseados nos princípios de cogestão (espaços de debate e negociação entre os diferentes atores) e gestão colegiada, de modo que todos os trabalhadores participam da tomada de decisão que afeta o seu trabalho ou serviço. Todos esses trabalhadores se encontram periodicamente para repensar o ambiente de trabalho e sugerir direções para a organização. Assembleias ou conselhos de trabalhadores realizados no local de trabalho, onde os mesmos exercitam formas de liderança compartilhada (CAMPOS, 2000), é um exemplo de gerência democrática esperada nos dias de hoje.

A gestão do cuidado tem foco tanto em uma unidade como na trajetória do usuário/paciente. Depara-se com questões que demandam planejamento de recursos (físicos, materiais, de organização da força de trabalho), adoção de dispositivos, ferramentas e regulamentos, avaliação da qualidade das ações empreendidas e, por fim, correção das insuficiências, com formulação de novos planos e propostas (GONDIM, 2011).

Oferecer um cuidado com qualidade não se dá espontaneamente; é necessário combinar a intencionalidade de concretizar um modelo de atenção voltado às necessidades e riscos dos pacientes com a capacidade de identificar recursos e combiná-los em centenas de variações possíveis, de forma planejada e pactuada entre os responsáveis pela oferta destes recursos (GONDIM, 2011).

De acordo com a Tabela 5, surgem contradições sobre a gerência hospitalar e o cuidado seguro. Nas falas, são demonstradas opiniões diferentes, e com suas devidas justificativas. Apesar de alguns se apresentarem satisfeitos com a gerência, é notável a preocupação e receio de outros, que tentam, apesar da precariedade como foi citada, levar um cuidado seguro.

Ainda em se tratando de categorias, surgiu a capacitação (C), com 10 unidades de registro. Diante dessa, destacaram-se como subcategorias a falta de capacitação (CFC) e capacitação favorável (CF), com duas e oito unidades de registro respectivamente.

Para Gitahy (1994) capacitação é toda influência que o indivíduo recebe do ambiente através do treinamento, assimila-as de acordo com suas inclinações e predisposições e enriquece ou modifica seu comportamento dentro dos seus próprios padrões pessoais. A capacitação pode ser institucionalizada e exercida não só de modo organizado e sistemático, como também pode ser desenvolvida de forma difusa, desorganizada, e assistemática como no lar e nos grupos sociais a que o indivíduo pertence, sem obedecer qualquer plano pré-estabelecido.

Os processos de capacitação dos trabalhadores devem tomar como referência as necessidades de saúde da população, da gestão e do controle social para qualificar as práticas de saúde e a educação dos profissionais e melhorar a atenção à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004; CECCIM; FEUERWERKER, 2004; CECCIM, 2005).

De acordo com as falas dos enfermeiros, observa-se a satisfação relacionada à capacitação na instituição, pois durante os discursos a mesma foi citada como favorável, como nota-se nos relatos a seguir:

“Promove capacitação, um ambiente seguro, protocolos para normatizar a prática de enfermagem”. (Enf 02).

“Fazendo dimensionamento de enfermagem adequado às demandas do serviço, de forma a não sobrecarregar a equipe, promover ambiente adequado para a realização dos procedimentos e prestação de cuidados; Fornecer e orientar o uso de EPI’s; Orientar cuidados de forma segura”. (Enf 03).

“Fornecendo materiais específicos e profissionais treinados para utilizarem técnicas adequadas para a segurança do paciente como: segregação dos lixos hospitalares e a limpeza do ambiente”. (Enf 04).

“Promovendo cursos de aperfeiçoamento aos profissionais, educação continuada e fornecendo EPI’s”. (Enf 06).

Capacitar profissionais é algo necessário, pois valorizar funcionários que trabalham de forma adequada e produtiva faz com que a instituição ganhe espaço e credibilidade. Para obter uma excelente equipe e oferecer um atendimento de qualidade, faz-se preciso um envolvimento para com os profissionais, buscando sempre uma forma de evoluí-los e desenvolver o seu grau de conhecimento.

Outro aspecto importante da capacitação é entendê-la como um conjunto de competências profissionais que significa englobar as noções do “saber” (conhecimentos), “saber fazer” (capacidade de transformar o conhecimento teórico em trabalho) e “saber ser” (dimensão comportamental – conjunto de habilidades, qualidades, competências) (GITAHY, 1994).

Observa-se a partir dos discursos, que há uma divisão de opiniões entre o enfermeiro a respeito do cuidado seguro favorecido pela gerência do hospital, pois apesar de usufruir de um ambiente seguro, materiais e insumos e capacitações para os funcionários, ainda foi tido com uma gerência desfavorável e não participante.

5.6 Cultura de Segurança desenvolvida pela Equipe de Enfermagem

Quanto às falas dos participantes, referente a cultura de segurança desenvolvida pela equipe de enfermagem, depreendeu-se três categorias: Cultura de Segurança (CS-11), Condições de Trabalho (CT-08) e Equipe de enfermagem (EE-17), correspondendo a 11, oito e 17 unidades de registro respectivamente (Tabela 6).

Tabela 6 Distribuição numérica e percentual das codificações e unidades de registro referente ao desenvolvimento da cultura de segurança pela equipe de enfermagem. Picos-PI, set. - nov. 2014.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	CODIFICAÇÃO	UNIDADES DE REGISTRO
Cultura de Segurança	Positiva	CSP - 06 (17%)	CS-11 (31%)
	Intermediária	CSI - 03 (8%)	
	Negativa	CSN - 02 (6%)	
Condições de Trabalho	Sobrecarga de Trabalho	CTST - 03 (8%)	CT-08 (22%)
	Falta de Material	CTFM - 01 (3%)	
	Falta de Profissionais	CTFP - 01 (3%)	
	Iniciativa Individual	CTII - 01 (3%)	
	Resistência de Enfermagem	CTRE - 02 (5%)	
Equipe de Enfermagem	Cuidados de Enfermagem	EECE - 13 (36%)	EE-17- (47%)
	Planejamento	EEP - 02 (5.5%)	
	Comunicação	EEC - 02 (5.5%)	

Segurança do paciente é um componente fundamental da qualidade de cuidados de saúde. Como as organizações de cuidado de saúde se esforçam continuamente para melhorar, há um reconhecimento crescente da importância de uma cultura de segurança do paciente. Alcançar uma cultura de segurança requer um entendimento de valores, crenças e normas sobre o que é importante em uma organização e que atitudes e comportamentos relacionados à segurança do paciente são suportados, recompensados e esperados (SORRA, 2009).

Com base nas falas dos participantes, emergiram as subcategorias: positiva (CSP), intermediária (CSI) e negativa (CSN) em que apresentam seis, três e duas unidades de registro

respectivamente, isto é, a maioria dos enfermeiros considera que a equipe de enfermagem desenvolve uma cultura de segurança. Observa-se essas opiniões nos seguintes relatos:

“Sim, promovemos a cultura de segurança ao paciente”. (Enf 02).

“Sim, usando métodos de identificação do paciente, mantendo o cuidado com pacientes com nomes iguais...” (Enf 04).

“Sim, obedecendo os itens de promoção e sistematização de uma assistência segura, cuidado seguro e limpo...” (Enf 06).

“Sim, mas ainda há muito o que ser melhorado”. (Enf 08).

“Ainda existe infelizmente pessoas que não são adeptas a novas ideias e ainda resistem em receber orientações a respeito de uma assistência de forma segura, mas no geral os profissionais, promovem sim uma cultura de segurança”. (Enf 10).

A cultura de segurança no hospital foi referida como positiva por metade dos entrevistados, sendo desenvolvida pela equipe de enfermagem e os demais profissionais da instituição. Os entrevistados relataram realizar cuidados seguros, tornando a assistência de enfermagem de qualidade e segura.

A capacidade de uma instituição em obter resultados da segurança do paciente pode ser melhorada quando se cria e se estabelece a cultura da segurança entre os seus profissionais. O maior desafio em um movimento para um sistema de saúde seguro é, muitas vezes, cultural. Uma cultura de culpa, em que os erros são vistos apenas como fracassos pessoais, deveria ser substituída por uma cultura em que os erros sejam encarados como oportunidades de melhorar o sistema (IOM, 2001).

Através da categoria CT-08, pode-se notar que os motivos que levaram a alguns sujeitos não considerarem que haja cultura de segurança na instituição hospitalar referem às subcategorias: sobrecarga de trabalho (CTST – 03), falta de material (CTFM-01), falta de profissionais (CTFP-01), iniciativa individual (CTII-01) e resistência de enfermagem (CTRE-02) sendo a primeira a mais enfatizada entre os depoimentos dos enfermeiros com o total de 08% das unidades de registro dessa categoria. Como retratam os seguintes relatos:

“Sinceramente, não! Cabe a cada enfermeiro plantonista promover a cultura de segurança por meio de aconselhamento, orientação ou supervisão da sua equipe. Porém, nem sempre é possível, pois temos plantões que são altamente agitados com pacientes graves que deveriam ser hospitalizados em UTL...” (Enf 01).

“Muitas vezes deixa a desejar, devido ao não fornecimento de condições de trabalho adequados, a sobrecarga de trabalho gerado pelo mau dimensionamento; A não existência de equipe de segurança do trabalho no hospital que possa fornecer maior segurança aos pacientes e equipe”. (Enf 03).

Condições de trabalho são definidas como o conjunto de elementos e circunstâncias de caráter material, psíquico, biológico e social que, influenciados e determinados por vários fatores de ordem econômica, técnica e organizacional, se inter-relacionam e interatuam, constituindo o meio e a forma em que se desenvolve a atividade laboral (CASTILLO, 1998). Dessa forma não é raro encontrar profissionais estressados e doentes, pois além de uma carga física, há também a carga emocional que não é totalmente descartada ao final do plantão. O enfermeiro, antes de profissional, é humano e pode sofrer cargas psicológicas que nem sempre são fáceis de lidar.

As condições de trabalho nas instituições públicas vêm se evidenciando como desfavoráveis à saúde dos profissionais de saúde. A crise no sistema de saúde brasileiro, principalmente nas organizações hospitalares públicas, não é novidade, e está associada à conjuntura econômica do país e ao descaso dos gestores públicos em relação à administração da saúde (NICOLA, 2005).

Em relação à categoria EE-17 (47%), essa se relaciona com as subcategorias que abordam a equipe de enfermagem e suas ações voltadas à cultura de segurança, representadas por cuidados de enfermagem (EECE-13), planejamento (EEP-02) e comunicação (EEC-02), em que, de acordo com os relatos, EECE-13 acumulou 36% das unidades de registro da categoria referida.

“Sim, usando métodos de identificação do paciente, mantendo o cuidado com pacientes com nomes iguais, etiquetando soros e medicações, fazendo desinfecções dos leitos, trocas de lençóis, organizando de modo que seja fácil e objetiva a organização do seu local de trabalho”. (Enf 04).

“Sim, obedecendo os itens de promoção e sistematização de uma assistência segura, cuidado seguro e limpo. Uso de EPI’s, comunicação efetiva, higienização das mãos, cuidado adequado com a administração de medicamentos, conexões de drenos e sondas, prevenção de quedas, dentre outras”. (Enf 06).

“A equipe da ala B é muito atenta ao administrar as medicações, promove a higienização das mãos para evitar infecção cruzada e orientamos os pacientes, digo, informamos ao paciente e acompanhante sobre a realização dos procedimentos realizados”. (Enf 09).

A enfermagem se destaca na atenção prestada a população por encontrar-se de modo mais contínuo e próximo do paciente. Embora o enfermeiro possa não ter influência para melhorar a equipe em todo o hospital, deve tomar o máximo de decisões relacionadas à sua equipe, monitorando cuidadosamente os indicadores de segurança a fim de influenciar na assistência e na melhora do paciente.

O trabalho da enfermagem é considerado como um processo particular do trabalho coletivo em saúde, conferindo a este um caráter subsidiário e complementar, transformando então o mesmo objeto de trabalho, que é o corpo humano individual e coletivo. Para transformação desse objeto deve-se utilizar meios e instrumentos, caracterizando como a força de trabalho e os seus instrumentos específicos de trabalho (ARGENTA; PIRES, 2000). Esses instrumentos caracterizam-se como: fundamentação teórica possibilitando a prática da profissão, as técnicas manuais utilizadas na assistência ao paciente e o local de trabalho (SILVA, 1996).

Diante do que foi citado, observa-se ao longo das falas dos entrevistados, que a equipe de enfermagem desenvolve positivamente ações relacionadas à segurança do paciente, realizando uma assistência de enfermagem de qualidade, diante dos cuidados seguros, de planejamento e uma comunicação efetiva, apesar de relatarem indícios de necessidade de melhores condições de trabalho.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo se propôs a analisar o conteúdo de discursos de enfermeiros assistenciais de uma instituição hospitalar, identificando seu conhecimento a cerca da cultura de segurança voltada ao paciente hospitalizado. Os objetivos desse trabalho foram alcançados e condizem com outros estudos relacionados ao tema. Foram identificados fatores que interferem de modo positivo e negativo na prática da segurança, tanto relacionados ao grau de conhecimento ou competências do profissional, como também à gerência do hospital.

Nos hospitais públicos, o trabalho do enfermeiro envolve o gerenciamento da assistência de enfermagem, visando a eficiência e humanização do cuidado. O enfermeiro deve planejar a assistência e coordenar a equipe de enfermagem além de prestar cuidado direto ao paciente assumindo procedimentos de maior complexidade e prescrevendo cuidados. Portanto, desenvolve de forma compartilhada atividades assistenciais e gerenciais, que constituem as duas principais dimensões do processo de trabalho, o que frequentemente implica equacionar conflitos, lidar com insatisfações e manter o poder disciplinar da equipe.

A partir dos resultados obtidos, constatou-se que quase todos os participantes (exceto um) tinham qualificação além da graduação, porém não voltadas à prática hospitalar. Outro aspecto que merece destaque se refere ao período de formação e tempo de trabalho na instituição, confirmando o despreparo profissional relatado por os entrevistados em relação aos seus colegas de trabalho. Apesar desse fato, a segurança ao paciente foi relatada como satisfatória na instituição, observando através das falas dos sujeitos, que os mesmos cumprem suas atividades mantendo um cuidado seguro.

Então, os enfermeiros participantes da pesquisa conseguem gerenciar o cuidado seguro e limpo, demonstrando conhecimento a cerca das ações que promovem segurança, o que resulta em uma assistência de enfermagem qualificada. Há de se destacar o papel que a gerência assume diante dessa questão, sendo apontada como não participante em relação à promoção de segurança do paciente, aonde, por sua vez, a mesma não promove medidas para minimizar os problemas existentes.

É de suma importância destacar a dificuldade para a coleta de dados, pois os sujeitos da pesquisa, enfermeiros assistenciais, recusaram-se à gravação da entrevista. Assim que era relatado sobre a gravação, uns justificavam a falta de tempo e correria do plantão, já outros se posicionavam totalmente contra. No entanto, para não perder os sujeitos, a coleta foi

realizada de forma escrita, aonde os profissionais expuseram suas opiniões e conhecimentos a respeito das perguntas que lhe eram dirigidas.

Por fim, ressalta-se a importância desse estudo na busca de sensibilizar os enfermeiros sobre suas competências e suas atitudes voltadas à prática de segurança ao paciente, possibilitando traçar estratégias direcionadas à equipe de enfermagem e à gerência hospitalar que potencializem a ideia de cuidado seguro.

REFERÊNCIAS

AIKEN, L.H.; SLOANE, D.M.; LAKE, E.T.; SOCHALSKI, J.; SILBER, J.H.; **Hospital Nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction.** JAMA. v.288, n.16, p.760-72, 2002.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Boletim Informativo Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

.AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Br). **Biossegurança.** Brasília: ANVISA; 2009.

ANDRADE, D.; ANGERAMI, E.L.S AND PADOVANI, C.R.; Condição microbiológica dos leitos hospitalares antes e depois de sua limpeza. *Rev. Saúde Pública.* v.34, n.2, p. 163-169, 2000.

ARGENTA, I.M.; PIRES, D.E.P.; Refletindo o processo de trabalho de enfermagem em um hospital público. **Texto Contexto Enferm.** Maio-Ago; v.9, n.2, p:288-97, 2000.

ASPDEN, P.; WOLCOTT, J.A.; BOOTMAN, J.L.; CRONENWETT, L.R.; **Preventing medication errors.** Washington, DC: Institute of Medicine; 2007.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. **Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.** Diário Oficial da União, 26 jul 2013.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466. Brasília DF, 2012. Disponível <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em 02 de jun 2014;

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Medicamentos.** Brasília: 2001.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2010.

BARBOSA, P.M.K.; PIROLO, S.M.; FERNANDES, C.; SILVA, M.H.; PINTO, R.L.; Análise da prática do enfermeiro ao realizar a sistematização da assistência de enfermagem na unidade de terapia intensiva. **Nursing.** (São Paulo); v.12; n.144; p: 251-8, 2010.

BETTINELLI, L.A.; **Cuidado Solidário.** Tese (Doutorado em Enfermagem: Filosofia, Saúde e Sociedade) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

CAMELO, S.H.H.; Competência profissional do enfermeiro para atuar em Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão integrativa. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* v.20, n.1, p. 192-200, 2012.

CAMPOS, G.W.S.; **Um método para análise e cogestão de coletivos**. São Paulo: HUCITEC; p. 236, 2000.

CASSIANI, S.H.B.; Erros de medicação: estratégias de prevenção. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília. v.53; n.3; p :424-30, 2000.

CASTILLO, J.J.; VILLENA, J.; **Ergonomía conceptos y métodos**. Madrid: Complutense; 1998.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. **O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social**. Physis. v.14; n.1; p:41-65, 2004.

CECCIM, R.B. **Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário**. v.9, n. 16, p: 161-168, 2005.

CHISTOVAM, B.P. Gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares: construção de um conceito. Rio de Janeiro. Tese[Doutorado em enfermagem] - **Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro**; 2009.

CLARO, C.M.; KROCOCKZ, D.V.C.; TOFFOLLETO, M.C.; PADILHA, K.G. Eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva: percepção dos enfermeiros sobre a cultura não punitiva. **Rev. Esc. Enferm. USP**; v.45, n.1, p.167-72, 2011.

COLLEGE OF NURSES OF ONTARIO (CA). **Practice standard: medication**. Toronto, 2008.

COSTA, L.A.; VALLI, C.; PIMENTEL, A.A. Erros de dispensação de medicamentos em um hospital público pediátrico. **Rev. Latino-am Enfermagem**. v.16, n.5, p:812-17, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM . **Código de ética dos profissionais de enfermagem**. Rio de Janeiro (RJ); 1993.

CONTRACT, N.O. 290-96-0004. AHRQ Publication No. 04-0041. Rockville, M.D. September 2004.

CONSTATINOU, E.; ROMANIUK, D. Client Safety. In: Potter P, Perry A, Ross-Kerr, Wood M. **Canadian Fundamentals of Nursing**. Toronto: Elsevier; 2004.

COX, S.J.; COX, T. **The structure of employee attitude to safety: a European example**. **Work & Stress**. n.5, p: 93-106, 1991.

DONABEDIAN, A. **The definition of quality and approaches to its assessment**. **Explorations in Quality Assessment and Monitoring**. Chicago: Health Administration Press; v.1, 1980.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad Saúde Pública**, v.24, n.1, p.17-27. 2008.

FUNG, V.; SCHMITTIDIEL, J.A.; FIREMAN, B.; MEER, A.; THOMAS, S.; SMIDER, N.; et al. **Meaningful variation in performance: a systematic review**. *Med Care*; v.48, p.140-8, 2010.

GABRIEL, C.S.; et al. Qualidade na assistência de enfermagem hospitalar: visão de alunos de graduação. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre. v.31, n.3, p.529-35, 2010.

GÁLVEZ, S.C.; CAMACHO, C.G.; BLANCO, A.S. **Seguridad clínica en hospitalización de cirugía cardíaca**. *Enferm*. v.10, n.2, p.1-21, 2011.

GAUDERER, E.C.; **Os direitos do paciente: cidadania na saúde**. 7ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Record; 1998.

GILL, T.M.; FEISNTEIN, A.R. **A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements**. *JAMA*. v.272, n.8, p.619-26, 1994.

GONDIM, R. Qualificação de gestores do SUS. Organizado por Roberta Gondim, Victor Grabois, e Walter Mendes – 2.ed. **Rev. ampl.** – Rio de Janeiro, RJ: EAD/Ensp. p.480, 2011.

GROENE, O.; SKAU, J.K.H.; FRØLICH, A. **An international review of projects on hospital performance assessment**. *Int J Qual Health Care*. v.20, p.162-71, 2008.

HALLIGAN, M; ZECEVIC, A. **Safety Culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress**. *BMJ Qual Saf*. v.20, p.338-343, 2011.

HEALTH AND SAFETY COMISSION. **Third Report: Organizing for Safety**. ACSNI Study Group on Human Factors. London: HMSO, 1993:23.

HONÓRIO, M.T.; ALBUQUERQUE, G.L.; **A gestão de materiais em enfermagem**. *Ciênc Cuid Saúde*; v.4, n.3, p.259-68, 2005.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century**. Washington, D.C: National Academy Press; 2001.

KLETEMBERG, D.F.; SIQUEIRA, M.T.; MANTOVANI, M.F.; PADILHA, M.I.; AMANTE, L.N.; ANDERS, J.C. [The nursing process and the law of professional ex]. **Rev Bras Enferm**. v.63, n.1, p.26-32, 2010.

LEAPE, L.L. **Error in medicine**. *JAMA*. v.272, n.23, p.1851-7, 1994.

LEBRÃO, M.L.; LAURENTI, R. Condições de saúde. In: Lebrão ML, Duarte YAO. SABE: saúde, bem-estar e envelhecimento: o Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. **Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde**. p. 73-91, 2003.

LEFEVRE, R.A. **Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2002.

MARTINS, J.T.; ROBAZZI, M.L.C.; MARZIALE, M.H.P.; GARANHANI, M.L.; HADDAD, M.C.L. Significados do gerenciamento de unidade de terapia intensiva para o enfermeiro. **Rev Gaúcha Enferm.** v.30, n.1, p.113-9, 2009.

MATTOSINHO, M.M.; COELHO, M.S.; MEIRELLES, B.H.; SOUZA, S.S.; ARGENTA, C.E. The world of work: some aspects experienced by professional nurses recently graduated. **Acta Paul Enferm.** v.23, n.4, p.466-71, 2010.

MESQUITA, S.R.A.M.; ANSEMI, M.L.; SANTOS, C.B.; HAYASHIDA, M. Programa interdisciplinar de interação domiciliar de Marília-SP: custos de recursos materiais consumidos. **Rev Latinoam Enferm.** v.13,n.4, p.555-61, 2005.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** 29ª ed. Petrópolis: VOZES; p. 70, 2010.

MONTEZELLI, J.H.; PERES, A.M.; BERNARDINO, E. Demandas institucionais e demandas do cuidado no gerenciamento de enfermeiros em um pronto socorro. **Rev. bras. enferm.** v.64, n.2, p.348-354, 2011.

MORIN, E. **A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento.** Tradução de E. Jacobina. 3ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Bertrand Brasil; 2001.

MOURA, G.M.S.S.; et al. Expectativas da equipe de enfermagem em relação à liderança. **Acta paul. enferm.** v.26, n.2, p. 198-204, 2013.

MULLEY, A.G. **Inconvenient truths about supplier induced demand and unwarranted variation in medical practice.** BMJ, 2009.

NEUFELD, K. The safety imperative. *Canadian Nurse.* v.105, n.8, p.2, 2009.

NICOLA, A.L.; ANSEMI, M.L. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em um hospital universitário. **Rev Bras Enferm.** v.58; n.2; p. 186-90, 2005.

NICHOLS, P.; COPELAND, T.S.; CRAIB, I.A.; HOPKINS, P.; BRUCE, D.G. **Learning from error: identifying contributory causes of medication errors in Australian hospital.** *Med J Aust.* v.188, n.5; p.276-279, 2008.

NIEVA, V.F.; SORRA, J. **Safety Culture Assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations.** *Qual Saf Healthcare;* v.12, p.17-1123, 2003.

OLIVEIRA, R.M.; et al. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Esc. Anna Nery.** v.18, n.1, p. 122-129, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. 26a **Conferência Sanitária Pan-americana 54a Sessão do Comitê Regional - Qualidade da Assistência: Segurança do Paciente.** Organização Pan-Americana da Saúde. 2002.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **Manual Brasileiro de Acreditação: Serviços para a Saúde - Selo de Qualificação ONA - Versão 2011.** São Paulo: ONA; 2011.

- PEDROLO, E.; DANSKI, M.T.R.; MIGORANCE, P.; LAZZARI, L.S.M. A prática baseada em evidências como para prática profissional do enfermeiro. **Revista Cogitare**. v.14, n.4, p.760-63, 2009.
- PITTET, D.; DONALDSON, L. **Clean care is safer care: a worldwide priority**. v.366, n.9493, p.1246-7, 2005.
- PORTARIA Nº 529, de 1º de abril de 2013. **Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)**. Diário Oficial da União, 2013.
- POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 669.
- PUPULIM, J.S.L.; SAWADA, N.O. O cuidado de enfermagem e a invasão da privacidade do doente: um questão ético-moral. **Rev Latino-am Enfermagem**. v.10, n.3, p.433-8, 2002.
- RADUENZ, A.C.; HOFFMANN, P.; RADUNZ, V.; DAL SASSO, G.T.M.; MALISKA, I.C.A.; MARCK, P.B. Cuidados de enfermagem e segurança do paciente: visualizando a organização, acondicionamento e distribuição de medicamentos com método de pesquisa fotográfica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 2010.
- REASON, J. **Human error: models and management**. *BMJ*. n.320, p.768-770, 2000.
- REIS, A.M.; MARQUES, T.C.; OPITZ, S.P.; SILVA, A.E.; GIMENES, F.R.; TEIXEIRA, T.C.; et al. Errors in medicine administration – profile of medicines: knowing and preventing. **Acta Paul Enferm**, 2010.
- REIS, C.T. **A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro**. Rio de Janeiro, 2013.
- REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE
ESTRATÉGIAS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE : **manual para profissionais da saúde / Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente**. – Porto Alegre : EDIPUCRS. P.132, 2013.
- ROGENSKI, K.E.; FUGULIN, F.M.T. Índice de segurança técnica da equipe de enfermagem da pediatria de um hospital de ensino. **Rev. Esc Enferm USP**. 2007; v.41, n.4, p.683-9.
- ROGENSKI, K.E. Tempo de assistência de enfermagem: identificação e análise em instituição hospitalar de ensino [dissertação]. São Paulo: **Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo**; 2006.
- ROQUE, K.E.; MELO, E.C.P. Adaptação dos critérios de avaliação de eventos adversos a medicamentos para uso em um hospital público no Estado do Rio de Janeiro. **Rev. bras. epidemiol.** dez; v.13, n.4, p.607-19, 2010.
- SANTOS, I.B.C.; FERNANDES, M.G.M.; HENRIQUES, M.E.R.M. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. **Rev Latino-Am Enfermagem**. 2002; v.10, n.6, p.757-64.

SAWADA, N.O. O sentimento do paciente hospitalizado frente à invasão de seu espaço territorial e pessoal. [tese]. Ribeirão Preto (SP): **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP**; 1995.

SAWADA, N.O.; GALVÃO, C.M.; MENDES, I.A.C.; DELA, C.J. Invasão do território e espaço pessoal do paciente hospitalizado: adaptação de instrumento de medida para a cultura brasileira. **Rev Latino-am Enfermagem**. v.6, n.1; p.5-10, 1998.

SHEWARD, L.; HUNT, J.; HAGEN, S.; MACLEOD, M.; BALL, J. **The relationship between UK hospital nurse staffing and emotional exhaustion and job dissatisfaction**. *J Nurs Manag*. 2005;v.13, n.1, p.51-60.

SHERWOOD, G.; DRENKARD, K. **Quality and safety curricula in nursing education: matching practice realities**. *Nurs Outlook*. v.55, p.151-155, 2007.

SILVA, V.E.F. O desgaste do trabalhador de enfermagem: relação trabalho de enfermagem e saúde do trabalhador [tese]. São Paulo (SP): **USP/Escola de Enfermagem**; 1996.

SORRA, J.S.; NIEVA, V.F. **Hospital Survey on Patient Safety Culture** (Prepared by Westat, under.

SORRA, J.; FAMOLARO, T.; DYER, N.; NELSON, D.; KHANNA, K. Hospital survey on patient safety culture. Rockville (US): Agency for Healthcare Research and Quality; 2009.

STUMM, E.M.F.; LEITE, M.T.; MASCHIO, G. **Vivências de uma equipe de enfermagem no cuidado a pacientes com câncer**. *Cogitare Enfermagem*, Paraná, v.13, n.1, p.75-82, 2008.

VECINA-NETO, G.; MALIK, A.M. **Tendências na assistência hospitalar**. *Ciênc Saúde Coletiva* 2007; v.12, p.825-39.

VENDRÚSCULO, D.M.S. **A criança inserida no currículo de graduação: o ensino da assistência de enfermagem** [tese]. Ribeirão Preto (SP): USP/EERP; 1990.

VITA ET SANITAS, T.G, n.06, jan-dez./2012.

WALDOW, V.R. **Cuidado humano: o resgate necessário**. 4ª ed. Porto Alegre (RS): Sagra Luzatto; 2004.

WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION. **PATIENT SAFETY - Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety**. Version 1.1. Technical Report. January 2009.

_____. **Patient safety – a global priority**. *Bull World Health Organ*. Genebra 2004;vol.82.

_____. **The rational use of drugs: report of the conference of experts**. Geneva: WHO, 1987.

_____. **WHO Guidelines on hand hygiene in health care**. 2009. Genebra (SW): WHO; 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados

QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO	
Estado Civil:	Idade:
Setor Hospitalar:	Titulação Máxima:
Ano de Término de Formação:	
Especialização em:	
Período que trabalha no Hospital:	
ROTEIRO DE ENTREVISTA	
1ª) Qual o seu entendimento por Segurança do paciente?	
2ª) Que atitudes você assume para promover a segurança do paciente?	
3ª) Seus colegas de trabalho, promovem a segurança do paciente? Detalhe.	
4ª) Como a gerência hospitalar favorece ao cuidado seguro?	
5ª) A equipe de enfermagem, neste hospital, promove a Cultura de segurança?	

Observações: _____

Data: ____/____/____

APÊNDICE B – Inventário

Questão 1 – Qual o seu entendimento por segurança do paciente?

PARTICIPANTE	DISCURSO	SUBCATEGORIAS
ENF01	São os cuidados que devemos ter em relação à <u>proteção contra os agravos à saúde do usuário durante a nossa assistência de enfermagem</u> . Em resumo, são os <u>cuidados em relação ao preparo e administração correta dos medicamentos</u> . A <u>utilização de técnicas assépticas e seguras no suprimento das necessidades individuais e/ou coletivas dos usuários</u> .	Proteção aos agravos (1) Preparo medicamentoso (1) Administração medicamentosa (1) Cuidado seguro (2)
ENF 02	Segurança do paciente é tudo que envolve o <u>bem estar físico e psicológico</u>	Bem-estar físico (1) Bem-estar Psicológico (1)
ENF 03	Promover <u>cuidados de enfermagem de forma segura, assegurar a preservação da vida e do bem estar do paciente, assistência livre de danos à sua saúde física e psicológica</u>	Cuidado seguro (2) Proteção aos agravos (1) Bem-estar físico (1) Bem-estar Psicológico (1)
ENF 04	É o primeiro domínio da <u>qualidade na assistência à saúde</u> , sendo ela <u>livre de riscos orgânicos e fisiológicos</u> , exemplo: <u>prevenção de quedas e infecções por materiais contaminados</u> e etc..	Cuidado seguro (1) Proteção aos agravos (4)
ENF 05	É garantir ao paciente <u>atendimento sigiloso, integral e livre de danos físicos e/ou morais</u> .	Cuidado Seguro (2) Proteção aos agravos (2)
ENF 06	<u>Acolher, prestando uma assistência sistematizada e focada no bem estar do paciente, levando em consideração necessidades e fragilidades do usuário</u> .	Cuidado seguro (3)
ENF 07	É tudo que envolve a <u>proteção do paciente, desde a admissão no pronto-atendimento, transporte e admissão no setor destino, cuidado pessoal e psicológico</u> .	Proteção aos agravos (4) Cuidado seguro (2)
ENF 08	Trata-se de <u>meios e métodos de como tratar e lidar com a saúde e qualidade da assistência ao cliente</u> .	Cuidado seguro (2)
ENF 09	Assegurar o paciente um <u>atendimento livre de imperícia, negligência e imprudência</u> .	Cuidado Seguro (3)

ENF 10	Assegurar ao paciente uma <u>assistência livre de danos</u> de qualquer natureza, garantir um <u>atendimento de forma integral</u> , desde a <u>admissão até a alta hospitalar</u> .	Proteção contra agravos (1) Cuidado Seguro (2)
ENF 11	Segurança do paciente é ter o <u>cuidado com o paciente desde o leito certo, medicação certa, administração correta, via correta até todo o cuidado que o paciente necessita. Esclarecendo dúvidas, dando apoio e fazendo ao que cabe a você como enfermeiro</u> , pois na minha opinião, segurança do paciente vai além da parte técnica, a <u>humanização</u> ainda sim é prioridade. Sendo que a parte técnica melhorou bastante: <u>profissionais capacitados, limpeza diária</u> das enfermarias, <u>uso de EPIS's, materiais de trabalho disponíveis</u> .	Cuidado Seguro (6) Medicamento correto (1) Administração medicamentosa (1) Administração medicamentosa (1)

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	CODIFICAÇÃO	UNIDADES DE REGISTRO
Assistência de Enfermagem	Proteção aos agravos	AEPA – 16 (49%)	AE – 40 (82%)
	Cuidado Seguro	AECQ – 24 (33%)	
Cuidados com medicação	Preparo medicamentoso	CMPM – 01 (2%)	CM – 05 (10%)
	Administração medicamentosa	CMAM – 03 (6%)	
	Medicamento Correta	CMMC – 01 (2%)	
Promover bem estar	Físico	BEF- 02 (4%)	BE- 04 (8%)
	Psicológico	BEP- 02 (4%)	

Questão 2 – Que atitudes você assume para promover a segurança do paciente?

PARTICIP ANTE	DISCURSO	SUBCATEGORIAS
ENF01	Como enfermeiro responsável pelo setor; preocupo-me em <u>supervisionar</u> as atividades dos técnicos em enfermagem, <u>orientando-os</u> para realizar suas atividades de forma correta e segura. Além disto, <u>visito cada paciente para observar e levantar problemas de enfermagem para dimensionar os cuidados de enfermagem</u> .	Supervisão da equipe (1) Orientação da equipe (1) Cuidado Seguro (1) Planejamento (1)
ENF 02	No setor do Acolhimento promovemos a <u>resolução de problemas em relação à distribuição das fichas, temos a capacidade de tomada de decisões, boa comunicação com a equipe, controle de dor, ver a satisfação do paciente, a correta identificação do paciente, um cuidado limpo e seguro. Evitar a ocorrência de eventos adversos/incidentes</u> .	Tomada de decisões (2) Comunicação (2) Identificação do Paciente (1) Cuidado seguro (3) Prevenção de agravos

		(1)
ENF 03	<u>Identificar o paciente</u> não pelo leito, mas por o nome completo: <u>Conferir sempre medicação, dose, via de administração, e paciente</u> antes de administrar qualquer medicação; <u>Utilizar sempre EPI's</u> durante a prestação de cuidados de enfermagem; <u>Assegurar privacidade; Assegurar ambiente livre de riscos à saúde, etc</u>	Identificação do paciente (2) Certos da Medicação (4) Cuidado Seguro (1) Privacidade (1) Prevenção de Agravos(1)
ENF 04	<u>Orientar a equipe de enfermagem</u> a usarem o <u>plano de cuidados (EPI's)</u> para evitarem <u>infecções cruzadas</u> , assim também como <u>orientar os pacientes e acompanhantes</u> a não manusearem os soros, cateteres de sondas e outras coisas mais, que eles sempre <u>solicitem a presença de um profissional</u> , entre outros cuidados.	Orientação da Equipe (1) Orientação dos Pacientes (1) Cuidado Seguro (1) Prevenção de Agravos (1) Orientação dos acompanhantes (2)
ENF 05	No setor do Acolhimento e Classificação de risco, setor em que atuo, a segurança ao paciente pode ser praticada com a <u>escuta ativa de suas queixas, atendimento ético e sigiloso e fornecimento de informações adequadas sobre fluxos de atendimentos.</u>	Comunicação (3)
ENF 06	<u>Chamar o usuário pelo nome, higienização das mãos, prevenção de quedas, comunicação efetiva (empatia), administração segura de medicamentos, sangue, prevenção de úlceras por pressão em acamados, entre outros.</u>	Identificação do paciente (1) Cuidado Seguro (1) Prevenção de agravos (2) Comunicação (1) Certos da Medicação (1)
ENF 07	Procuo fazer uma <u>triagem</u> quando o recebo no setor, afim de <u>detectar precocemente</u> uma maior vulnerabilidade e assim <u>poder distribuir</u> segundo patologia, porque um <u>paciente imuno deprimido não deve ficar junto com pacientes sintomáticos respiratórios</u> , tipo tuberculose ou pneumonia. Promover a segurança, envolve também <u>cuidados com a higiene, higienização dos leitos e do ambiente de internação.</u>	Planejamento (3) Prevenção de Agravos (1) Higienização (3)
ENF 08	<u>Utilização de EPI's, verificação de medicação certa na prescrição do paciente, sempre identificar e questionar quanto a presença de alergia medicamentosa, verificar prazo de validade, manter a limpeza do local, se o paciente estiver agitado, sempre usar contensão que não seja agressiva na pele, lavagem das mãos, entre outros.</u>	Cuidado Seguro (3) Certos da Medicação (2) Prevenção de Agravos (2)
ENF 09	<u>Atentar aos cuidados</u> com o paciente a partir da visita ao mesmo, <u>realizar a evolução de enfermagem, verificar quais suas necessidades</u>	Cuidado Seguro (2) Comunicação (1) Registro (1)

	<u>básicas</u> , prestar cuidados de enfermagem ao paciente, <u>sempre atento aos procedimentos</u> .	
ENF 10	Procuo sempre saber o <u>motivo ao qual levou o paciente a procurar o atendimento hospitalar</u> , <u>seu diagnóstico</u> , <u>seus anseios, dúvidas</u> . <u>Realizar uma assistência de qualidade</u> de acordo com a <u>necessidade individual</u> de cada paciente.	Comunicação (4) Cuidado Seguro (1)
ENF 11	<u>Conferência dos pacientes no leito</u> ; <u>coloco enfermarias e os leitos nas prescrições</u> ; <u>oriento os técnicos</u> à identificarem os soros com os nomes dos pacientes; <u>Oriento</u> a colocarem os nomes identificando as medicações já preparadas; <u>supervisiono a equipe</u> ; <u>uso EPI's</u> .	Identificação do paciente (1) Registro (1) Orientação da equipe (2) Supervisão da equipe (1) Cuidado Seguro (1)

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	CODIFICAÇÃO	UNIDADES DE REGISTRO
Assistência de Enfermagem	Identificação do Paciente	AEIP – 05 (8%)	AE-39 (60%)
	Cuidado Seguro	AECS – 14 (21%)	
	Registro	AER – 02 (3%)	
	Privacidade	AEP – 01 (2%)	
	Prevenção de Agravos	AEPA – 08 (12%)	
	Higienização	AEH – 03 (5%)	
	Certos da Medicação	AECM – 06 (9%)	
Chefe de Equipe	Planejamento	CEP – 04 (6%)	CE-26 (40%)
	Supervisão da equipe	CESE – 02 (3%)	
	Orientação da equipe	CEOE – 04 (6%)	
	Tomada de Decisões	CETD – 02 (3%)	
	Comunicação	CEBC – 11 (17%)	
	Orientação dos Pacientes	CEOP – 01 (2%)	
	Orientação dos Acompanhantes	CEOA – 02 (3%)	

Questão 3 - Seus colegas de trabalho, promovem a segurança do paciente? Detalhe.

PARTICIPANTE	DISCURSO	SUBCATEGORIAS
ENF01	De certa forma sim; <u>porem, depende da equipe que esteja de plantão</u> . <u>Nem todos os funcionários, não sei se é pelo fato da falta de conhecimento ou zelo</u> , não seguem as normas estabelecidas para técnica segura. Não só realizam suas atividades colocando em risco a segurança do paciente, como a sua própria vida	Promoção Intermediária (1) Despreparo profissional (1) Interesse insatisfatório (1)

ENF 02	<u>Sim</u> promove, evitando a ocorrência de eventos adversos/incidentes, promovendo um cuidado limpo, controle da dor, a identificação correta do paciente, a medicação correta do paciente, a passagem de sondas e drenos correto, evitar quedas, boa comunicação da equipe.	Promoção Favorável (1)
ENF 03	<u>Em grande parte sim</u> . No entanto, em serviços de emergência, os riscos aumentam devido maior fluxo de pessoas e a necessidade de maior agilidade na proteção de assistência.	Promoção Intermediária (1)
Enf 04	<u>Acredito que sim</u> , pois no ambiente hospitalar o plantão é continuidade, e nossa maior preocupação é exatamente com a saúde e a segurança do paciente.	Promoção favorável (1)
ENF 05	<u>Não</u> . É notável a dificuldade de se praticar a segurança do paciente devido a vários motivos, tanto inerentes a <u>problemas estruturais</u> como de recursos humanos. A estrutura física em que funciona este setor não possibilita que a equipe garanta confidencialidade das informações colhidas para a classificação de risco. Já em relação aos recursos humanos <u>percebemos que a maioria dos profissionais não são qualificados para a prestação de atendimento seguro, ético e humanizado</u> , estando voltados a procedimentos técnicos e fluxos de atendimento.	Promoção Desfavorável (1) Estrutura Insatisfatória (1) Despreparo Profissional (3)
ENF 06	<u>Acredito que sim</u> , pois o objetivo da equipe de enfermagem é reestabelecer o usuário e devolvê-lo à sociedade e família com a saúde recuperada ao máximo e com segurança.	Promoção Favorável (1)
ENF 07	<u>Nem sempre</u> , mas os técnicos costumam higienizar os leitos, mobilizar os pacientes, promover higiene adequada e curativos com a devida assepsia, entregar máscaras para pacientes sintomáticos respiratórios ou em ambientes com estes pacientes.	Promoção Intermediária (1)
ENF 08	<u>Geralmente sim</u> . Mas ainda há aqueles que <u>não se atentam a segurança do paciente e sua própria segurança</u> . Preferem não fazer uso de EPI's e não têm cuidado de fazer o que já citei na questão acima.	Promoção Intermediária (1)
ENF 10	<u>Sim</u> , a maioria dos colegas estão cientes da importância e realizam uma assistência de qualidade.	Promoção Favorável (1)
ENF 11	<u>Sim</u> , todos supervisionam a equipe, estão atentos às medicações dos pacientes. Orientam quanto à identificação das medicações.	Promoção Favorável (1)

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	CODIFICAÇÃO	UNIDADES DE REGISTRO
Segurança do Paciente	Promoção Favorável	SPPF – 05 (35%)	SP – 10 (63%)
	Promoção Intermediária	SPPI – 04 (25%)	
	Promoção Desfavorável	SPPD – 01 (6%)	
Condições de Trabalho	Interesse Insatisfatório	CTII – 01 (6%)	CT – 06 (37%)
	Despreparo Profissional	CTDP – 04 (25%)	
	Estrutura Insatisfatória	CTEI – 01 (6%)	

Questão 4 - Como a gerência hospitalar favorece ao cuidado seguro?

PARTICIPANTE	DISCURSO	SUBCATEGORIAS
ENF01	<u>Não há uma preocupação por parte da gerência hospitalar em favorecer o cuidado seguro. Do tempo que assumi o cargo de enfermeiro ate hoje não vi nenhum treinamento, palestra ou mesmo algum tipo de educação permanente. Cabe a cada enfermeiro plantonista supervisionar e favorecer a segurança do paciente. Muitas vezes, nem temos materiais apropriadas para realizar os cuidados.</u>	Gerência Desfavorável (1) Falta de Capacitação (1) Materiais e insumos (1)
ENF 02	<u>Promove capacitação, um ambiente seguro, protocolos para normatizar a prática de enfermagem.</u>	Capacitação Favorável (1) Ambiente Seguro (1) Protocolos (1)
ENF 03	<u>Fazendo dimensionamento de enfermagem adequado às demandas do serviço, de forma a não sobrecarregar a equipe, promover ambiente adequado para a realização dos procedimentos e prestação de cuidados; Fornecer e orientar o uso de EPI's; Orientar cuidados de forma segura.</u>	Dimensionamento de Enfermagem (2) Ambiente Seguro (1) Materiais e insumos (1) Capacitação Favorável (1)
ENF 04	<u>Fornecendo materias específicos e profissionais treinados para utilizarem técnicas adequadas para a segurança do paciente como: segregação dos lixos hospitalares e a limpeza do ambiente.</u>	Materiais e insumos (1) Capacitação Favorável (1) Ambiente Seguro (2)
ENF 05	<u>Não considero que a gerência hospitalar favoreça o cuidado seguro, pois não se observa políticas/ações voltadas para a conscientização dos profissionais quanto a importância do cuidado seguro.</u>	Gerência Desfavorável (1) Falta de Capacitação (1)

ENF 06	<u>Promovendo cursos de aperfeiçoamento aos profissionais, educação continuada e fornecendo EPI's.</u>	Capacitação Favorável (2) Materiais e insumos (1)
ENF 07	São poucos os incentivos, mas já foi promovido <u>capacitação em humanização e cuidados com os pacientes há mais ou menos dois anos.</u>	Capacitação Favorável (2)
ENF 08	<u>Sempre fornecendo EPI's, o suficiente para haver troca de luvas a cada procedimento, material estéril para os procedimentos estéreis, manter sempre em estoque essas matérias. Fornecer macas e leitos adequados.</u>	Materiais e insumos (1) Ambiente seguro (2)
ENF 09	Com relação à gerência não tenho segurança para descrever, visto que <u>penso ser necessário uma reforma no hospital para melhor atender os pacientes.</u> O prédio é antigo e <u>não oferece conforto necessário para acolher os pacientes e seus acompanhantes. As camas são antigas, não tem grades de proteção, os banheiros são precários em termos de estrutura, o risco de infecção é alto.</u> Com relação a limpeza, <u>o serviço gerais se esforça diante dos seus recurso para manter os setores limpos.</u>	Gerência Desfavorável (3) Risco de Infecção (1) Ambiente seguro (1)
ENF 10	Com o <u>aumento dos funcionários,</u> disponibilizando <u>materiais necessários</u> a assistência.	Capacitação Favorável (1) Materiais e insumos (1)
ENF 11	<u>Oferece sim, desde a implantação de um sistema informatizado</u> que tem controle de paciente por leito; <u>oferece EPI's; oferece materiais impressos para identificação de soros; limpeza de enfermarias.</u>	Gerência Favorável (1)

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	CODIFICAÇÃO	UNIDADES DE REGISTRO
Cuidado com Qualidade	Ambiente seguro	CQAM-07 (21%)	CQ-17(52%)
	Materiais e insumos	CQMI-06 (18%)	
	Dimensionamento de Enfermagem	CQDE-02 (6%)	
	Protocolos	CQP-01 (3%)	
	Risco de Infecção	CQRI-01 (3%)	
Gerência Hospitalar	Gerência Favorável	GHGF – 01 (3%)	GH-06(18%)
	Gerência Desfavorável	GHGD- 05 (15%)	
Capacitação	Falta de Capacitação	CFC-02 (6%)	C-10 (30%)
	Capacitação Favorável	CV-08 (24%)	

Questão 5 - A equipe de enfermagem, neste hospital, promove a cultura de segurança?

PARTICIPANTE	DISCURSO	SUBCATEGORIAS
ENF01	Sinceramente, <u>não!</u> <u>Cabe a cada enfermeiro plantonista promover a cultura de segurança</u> por meio de aconselhamento, orientação ou supervisão da sua equipe. Porém, nem sempre é possível, pois temos <u>plantões que são altamente agitados</u> com pacientes graves que deveriam ser hospitalizados em UTI. Soma-se a este favor, a <u>falta de matérias e insumos adequados</u> , pra não dizer que alguns são <u>inexistentes no hospital</u> .	Negativa (1) Iniciativa individual (1) Sobrecarga de trabalho (1) Falta de materiais (1)
ENF 02	<u>Sim</u> , promovemos a cultura de segurança ao paciente.	Positiva (1)
ENF 03	Muitas vezes <u>deixa a desejar</u> , devido ao <u>não fornecimento de condições de trabalho adequados</u> , a <u>sobrecarga de trabalho</u> gerado pelo mau dimensionamento; <u>A não existência de equipe de segurança do trabalho no hospital que possa fornecer maior segurança aos pacientes e equipe</u> .	Intermediária (1) Sobrecarga de trabalho (2) Falta de Profissionais (1)
ENF 04	<u>Sim</u> , usando métodos de <u>identificação do paciente</u> , mantendo o cuidado com pacientes com nomes iguais, <u>etiquetando soros e medicações</u> , fazendo <u>desinfecções dos leitos, trocas de lençóis</u> , organizando de modo que seja fácil e objetiva a <u>organização do seu local de trabalho</u> .	Positiva (1) Cuidados de Enfermagem (4) Planejamento (1)
ENF 05	<u>Não</u> . Como já citado anteriormente há uma preocupação demasiada com a prática de procedimentos técnicos adequados, esquecendo-se do paciente como um ser holístico e que precisa, acima de tudo, de um atendimento seguro.	Negativa (1)
ENF 06	Sim, obedecendo os itens de promoção e <u>sistematização de uma assistência segura, cuidado seguro e limpo. Uso de EPI's, comunicação efetiva, higienização das mãos, cuidado adequado com a administração de medicamentos, conexões de drenos e sondas, prevenção de quedas</u> , dentre outras.	Positiva (1) Planejamento (1) Cuidados de Enfermagem (7) Comunicação (1)
ENF 07	<u>Nem todas as equipes</u> , alguns não se importam com esse fato	Intermediária (1)
ENF 08	<u>Sim</u> , mas ainda há muito o que ser melhorado.	Positiva (1)

ENF 09	A equipe da ala B é muito <u>atenta ao administrar as medicações, promove a higienização das mãos</u> para evitar infecção cruzada e <u>orientamos os pacientes</u> , digo, informamos ao paciente e acompanhante sobre a realização dos procedimentos realizados.	Positiva (1) Cuidados de enfermagem (2) Comunicação (1)
ENF 10	Ainda existe infelizmente pessoas que <u>não são adeptas a novas ideias</u> e ainda <u>resistem em receber orientações a respeito de uma assistência de forma segura</u> , mas no geral os profissionais, <u>promovem sim uma cultura de segurança</u> .	Positiva (1) Resistência da equipe (2)
ENF 11	Assim como em qualquer instituição, alguns profissionais não assumem a sua responsabilidade, deixando à desejar em algumas coisas, mas acredito que melhorou bastante, mas <u>hoje podemos dizer que temos segurança do paciente, mas pode-se melhorar</u> .	Intermediária (1)

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	CODIFICAÇÃO	UNIDADES DE REGISTRO
Cultura de Segurança	Positiva	CSP - 06 (17%)	CS-11 (31%)
	Intermediária	CSI - 03 (8%)	
	Negativa	CSN - 02 (6%)	
Condições de Trabalho	Sobrecarga de Trabalho	CTST - 03 (8%)	CT-08 (22%)
	Falta de Material	CTFM - 01 (3%)	
	Falta de Profissionais	CTFP - 01 (3%)	
	Iniciativa Individual	CTII - 01 (3%)	
	Resistência de Enfermagem	CTRE - 02 (5%)	
Equipe de Enfermagem	Cuidados de Enfermagem	ECE - 13 (36%)	EE-17- (47%)
	Planejamento	EP - 02 (5.5%)	
	Comunicação	EC - 02 (5.5%)	

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ – UFPI CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS – CSHNB

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: Cuidado de Enfermagem e Cultura de segurança no âmbito hospitalar

Pesquisador (a) responsável: Ms Francisca Tereza de Galiza, docente do curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí – UFPI

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Piauí – UFPI, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros – CSHNB, Departamento de Enfermagem

Telefone para contato (inclusive a cobrar): 08596865357

Prezado Senhor:

Você está sendo convidado(a) a responder às perguntas deste questionário de forma totalmente voluntária. Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder este questionário, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes que você se decidir a participar. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito

♦**Objetivo do estudo:** Analisar o conhecimento de enfermeiros da instituição a cerca da Cultura de Segurança.

♦**Procedimentos:** Sua participação nesta pesquisa consistirá no fornecimento de dados para preenchimento de formulário respondendo às perguntas formuladas que abordam a caracterização do gerenciamento do cuidado de enfermagem na atenção básica na perspectiva do enfermeiro.

♦**Benefícios:** Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado.

♦**Riscos:** O preenchimento deste formulário poderá ocasionar risco de constrangimento pela exposição de discursos e pensamentos para você.

♦Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas.

♦ **Sigilo:** Se você concordar em participar do estudo, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo. A menos que requerido por lei ou por sua solicitação, somente o pesquisador, a equipe do estudo, o Comitê de Ética independente e inspetores de agências regulamentadoras do governo (quando necessário) terão acesso a suas informações para verificar as informações do estudo.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG/CPF _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo _____, como sujeito. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo. Eu discuti com o(a) pesquisador(a) responsável sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu acompanhamento/ assistência/tratamento neste Serviço.

Local e data _____
 Nome e Assinatura do sujeito ou responsável: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____

RG: _____ Assinatura: _____

Nome: _____

RG: _____ Assinatura: _____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Picos, _____ de _____ de 2014.

 Assinatura do pesquisador responsável

Observações complementares

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga Centro de Convivência L09 e 10 - CEP: 64.049-550 - Teresina - PI tel.: (86) 3215-5734 - email: cep.ufpi@ufpi.br web: www.ufpi.br

ANEXOS

ANEXO A – Autorização Institucional

Autorização Institucional

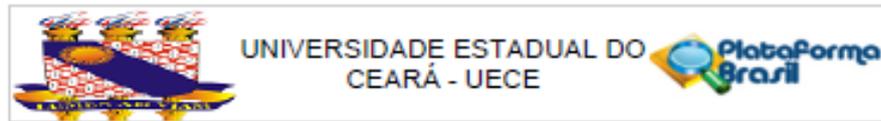
Venho por meio deste, apresentar concordância para a realização da pesquisa intitulada “Qualidade do cuidado clínico de enfermagem a partir da cultura de segurança ao paciente hospitalizado”, que tem como objetivo analisar a qualidade do cuidado clínico de enfermagem prestado ao paciente adulto e idoso hospitalizado está sendo eficaz e problematizar a cultura de segurança no âmbito hospitalar. A pesquisadora responsável, Prof. Francisca Tereza de Galiza, solicitará para participar da pesquisa pacientes hospitalizados. A pesquisa será realizada no ano de 2014, com possibilidade de prorrogação por mais um ano. Vale destacar que a qualquer momento posso revogar esta autorização, sem a necessidade de prestar qualquer informação adicional. Declaro, também, que não recebi ou receberei qualquer tipo de pagamento por esta autorização bem como os participantes também não receberão qualquer tipo de pagamento.

Picos – PI, 12 de setembro de 2014.



Dra. Marinalva Nair Silva Ramos
*Coordenador(a) da Equipe de Enfermagem do
Hospital Regional Justino Luz*

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SEGURANÇA NO PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS A PESSOA IDOSA PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM: fundamentos para o cuidado clínico

Pesquisador: Maria Célia de Freitas

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 27561314.7.0000.5534

Instituição Proponente: Curso de Nutrição

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 679.888

Data da Relatoria: 26/05/2014

Apresentação do Projeto:

Pesquisa do tipo interventiva, tendo como eixo teórico a Teoria das Representações Sociais. Adotar-se-á, ainda, no momento da atividade interventiva e o método da pesquisa convergente assistencial(PCA). Será realizada com 139 profissionais da equipe de enfermagem de duas instituições, uma instituição de longa permanência para idosos e uma UTI, ambas de Fortaleza.

Objetivo da Pesquisa:

Realizar intervenções educativas com a equipe de enfermagem sobre segurança e preparo de medicamento para os idosos a partir das representações sociais.

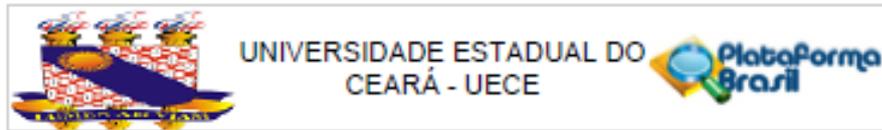
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos serão mínimos e os envolvidos na investigação terão condições de minimizar ou sanar os possíveis riscos. Em caso de constrangimento, no momento da entrevista e atividade em grupo, os investigadores encerrarão as atividades e, somente, retornará quando acordado com o(s) participante(s).

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa atende aos preceitos éticos de pesquisa com seres humanos

Endereço: Av. Siles Munguba, 1700
 Bairro: Iperó CEP: 80.714-903
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3101-9890 Fax: (85)3101-9905 E-mail: anaveleska@usp.br



Continuação do Parecer: 079.000

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido corrigido, porém pesquisadora não se identificou.

Recomendações:

Apresentar nome, telefone e endereço da pesquisadora no TCLE para que os participantes da pesquisa saibam a quem procurar caso tenham alguma dúvida sobre a pesquisa

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado, porém pesquisadora deve identificar-se no TCLE.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FORTALEZA, 09 de Junho de 2014

Assinado por:
Ana Carina Stelko-Perreira
(Coordenador)

Endereço: Av. Siles Murgubis, 1700
Bairro: Irapê CEP: 60.714-905
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3101-9890 Fax: (85)3101-9906 E-mail: anevalska@usp.br

ANEXO C - Termo de Autorização



TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO DIGITAL NA BIBLIOTECA “JOSÉ ALBANO DE MACEDO”

Identificação do Tipo de Documento

- () Tese
 () Dissertação
 (X) Monografia
 () Artigo

Eu, Melissa Flávia de Sá Leuz,
 autorizo com base na Lei Federal nº 9.610 de 19 de Fevereiro de 1998 e na Lei nº 10.973 de
 02 de dezembro de 2004, a biblioteca da Universidade Federal do Piauí a divulgar,
 gratuitamente, sem ressarcimento de direitos autorais, o texto integral da publicação
Cuidado de Enfermagem e a Cultura de Segurança
no âmbito hospitalar
 de minha autoria, em formato PDF, para fins de leitura e/ou impressão, pela internet a título
 de divulgação da produção científica gerada pela Universidade.

Picos-PI 26 de janeiro de 2015.

Melissa Flávia de Sá Leuz
Assinatura

Melissa Flávia de Sá Leuz
Assinatura