

Mudanças na prática de enfermagem para melhorar a segurança do paciente

Changes in nursing practice to improve patient safety

Cambios en la práctica de enfermería para mejorar la seguridad del paciente



Andréia Guerra Siman^a
Maria José Menezes Brito^b

Como citar este artigo:

Siman AG, Brito MJM. Mudanças na prática de enfermagem para melhorar a segurança do paciente. Rev Gaúcha Enferm. 2016;37(esp):e68271. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.68271>.

doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.68271>

RESUMO

Objetivo: Identificar mudanças na prática de enfermagem com vistas à melhoria da qualidade do cuidado e da segurança do paciente.

Método: Estudo de caso realizado em uma unidade de internação com profissionais do Núcleo de Segurança do Paciente e equipe de Enfermagem, 31 participantes. Entre maio e dezembro de 2015, foram realizadas entrevistas, observação com registro em diário de campo e análise documental, tendo sido submetidas à análise de conteúdo.

Resultados: Evidenciaram-se mudanças na prática de enfermagem como a identificação de riscos assistenciais e físicos; destaque para risco de queda, lesão por pressão, com adoção de impressos próprios e uso da escala de Braden; notificação de eventos adversos; identificação do paciente; adoção de protocolos; comunicação eficaz com educação permanente e reuniões de forma multiprofissional.

Conclusões: Ocorreram mudanças na prática de enfermagem, principalmente voltadas para o gerenciamento dos riscos.

Palavras-chave: Segurança do paciente. Enfermagem. Assistência à saúde.

ABSTRACT

Objective: To identify changes in nursing practice to improve the quality of care and patient safety.

Method: A case study conducted at an inpatient unit with professionals from the patient safety centre and a nursing team, totalling 31 participants. Data were collected from May to December 2015 through interviews, observations recorded in a field journal, and documentary analysis, followed by content analysis.

Results: The changes observed in the nursing practice included the identification of care and physical risks, especially the risk of falls and pressure injury, with the use of personal forms and the Braden scale; notification of adverse events; adoption of protocols; effective communication with permanent education and multiprofessional meetings.

Conclusions: Changes were observed in the nursing practice, chiefly focused on risk management.

Keywords: Patient Safety. Nursing. Delivery of Health Care.

RESUMEN

Objetivo: Identificar los cambios en la práctica de enfermería para mejorar la calidad de la atención y la seguridad del paciente.

Método: Estudio de caso en una unidad de hospitalización con profesionales del Centro de Seguridad del Paciente y el personal de enfermería; 31 participantes. Entre mayo y diciembre de 2015 se llevaron a cabo entrevistas, observación de campo y análisis diario documento, sometido a análisis de contenido.

Resultados: Se evidenciaron cambios en la práctica de enfermería como la identificación de riesgos de asistencia y físicos; destaque para riesgos de caída lesión por presión, con la adopción de formas y uso de la escala de Braden específicos; la presentación de informes de eventos adversos; la identificación del paciente; adopción de protocolos; comunicación efectiva con educación permanente y reuniones de forma multidisciplinaria.

Conclusiones: Los cambios ocurridos en la práctica de enfermería, se centraron principalmente en la gestión de riesgos.

Palabras clave: Seguridad del paciente. Enfermería. Atención a la salud.

^a Universidade Federal de Viçosa (UFV), Departamento de Medicina e Enfermagem, Viçosa, Minas Gerais, Brasil.

^b Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Departamento de Enfermagem Aplicada, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

■ INTRODUÇÃO

A ocorrência de incidentes é considerada um sério problema relacionado à segurança do paciente e à qualidade do cuidado prestado em todo o mundo. A Organização Mundial de Saúde estima que cerca de 10% dos pacientes sofrem danos relacionados ao cuidado hospitalar em países ocidentais⁽¹⁾.

A Classificação Internacional de Segurança do Paciente (ICPS), proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS), define como segurança do paciente a redução de riscos de danos ou lesões, associada ao cuidado em saúde, dentro de uma aceitação mínima⁽²⁾; risco como a probabilidade que um incidente ocorra; o erro como a falha, a ação que ocorre fora do planejado ou aplicação incorreta do plano⁽²⁾, e ainda, os eventos adversos (EAs), como qualquer dano ou lesão causada ao paciente pela intervenção da equipe de saúde⁽²⁾.

Em 2009, seis metas internacionais de segurança foram lançadas, quais sejam: identificação correta do paciente; comunicação clara e efetiva; segurança na administração de medicamentos; maior segurança em cirurgias, diminuição dos riscos de infecção e de queda do paciente⁽³⁾. O Brasil assumiu o compromisso de desenvolver políticas públicas e práticas voltadas para a segurança do paciente, entretanto, ainda há uma elevada incidência de ocorrência de EAs nos hospitais brasileiros⁽⁴⁾. Estudo mostrou grande incidência de EAs que poderiam ser evitados. As infecções associadas aos cuidados da saúde (IACS) representaram 24,6%; complicações cirúrgicas e anestésicas, 20,0%; danos decorrentes do atraso ou falha no diagnóstico e tratamento, 18,4%; úlceras por pressão, 18,4%; danos de complicações na punção venosa, 7,7%; danos devido a quedas, 6,2%; danos em consequência do emprego de medicamentos, 4,6%. Esses eventos foram responsáveis por 373 dias adicionais de permanência no hospital⁽⁴⁾.

Há que se destacar que as iniciativas de segurança do paciente no Brasil são relativamente recentes, com a instituição de um Programa Nacional de Segurança do Paciente⁽⁵⁾, e ainda, a complexidade dos serviços de saúde e a incorporação de tecnologias elaboradas têm sido atribuídas a riscos adicionais na prestação do cuidado⁽⁶⁾, justificam-se estudos que analisem as mudanças nas práticas de enfermagem após as publicações de pesquisas de erro e EA na área da saúde.

Os erros representam uma triste realidade da assistência à saúde e com consequências para pacientes, profissionais e organização hospitalar. Portanto, o enfermeiro deve ter uma visão ampliada do sistema de segurança do paciente e dos processos na tentativa de garantir a segurança e a qualidade do cuidado que está sob sua responsabilidade⁽⁷⁾. Parte-se do pressuposto o enfermeiro pode desenvolver estratégias simples e efetivas para prevenir e reduzir riscos nestes serviços, por meio do seguimento de proto-

colos específicos, melhores práticas associadas às barreiras de segurança nos sistemas e à educação permanente⁽⁶⁾.

Diante do exposto, surge o seguinte questionamento: ações direcionadas para a segurança do paciente em uma unidade de internação hospitalar têm promovido mudanças na prática de enfermagem? Estudos relacionados às transformações ocorridas nas práticas de segurança do paciente envolvendo o enfermeiro, na implantação de uma cultura de segurança e melhorias da qualidade são necessários e, ao mesmo tempo, recentes. Estudos que retratam a realidade brasileira ainda são escassos, o que por sua vez podem auxiliar em estratégias e ações para alcançar as metas de segurança.

Com as considerações apresentadas, o objetivo deste estudo foi identificar mudanças na prática de enfermagem com vistas à melhoria da qualidade do cuidado e a segurança do paciente.

■ METODOLOGIA

Estudo proveniente de tese⁽⁵⁾, de abordagem qualitativa, delineado pela estratégia de pesquisa Estudo de Caso. O estudo de caso busca analisar uma unidade social, buscando entender os fenômenos sociais complexos e responder “como” e “por que” eles ocorrem⁽⁸⁾. Esse método de pesquisa foi escolhido, pois permite ao pesquisador captar características significativas presentes em contexto real.

Para a definição do cenário de estudo levou-se em consideração ser um hospital que empreende ações voltadas para a qualidade e segurança do paciente. O referido hospital iniciou sua jornada para melhorar a qualidade e a segurança com o ProHosp (Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais) em 2005, o que exigia ações de gerenciamento de riscos. Como estratégia de prevenir riscos e monitorar eventos adversos, foi instituído o setor da qualidade em 2010, e, em 2012, a instituição começou a fazer parte da Rede de Hospitais Sentinela, instituindo uma comissão de gerenciamento de riscos. Avançando na transição de cultura de segurança, em 2013 o setor da qualidade juntamente com a diretoria do hospital implantou o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP).

Trata-se de um hospital Filantrópico, vinculado com hospital de ensino, com 116 leitos e média de 5.232 pacientes-dia ao mês, sendo um serviço de referência de uma microrregião composta por nove municípios. O hospital possuía uma unidade de internação de paciente adulto, contendo seis alas de clínica médica e cirúrgica. Trata-se de um local onde se concentra uma variedade diagnóstica e disparidade de práticas. O enfermeiro era o responsável pelo gerenciamento desta unidade bem como o gerenciamento do cuidado. Suas atividades estão baseadas em protocolos, rotinas, normas, prescrição médica e de enfermagem. Vale ressaltar,

que o presente estudo foi realizado dois anos após a instituição do NSP e suas intervenções para melhoria da segurança do paciente na unidade de internação.

Os participantes da pesquisa foram os profissionais membros do NSP e a equipe de Enfermagem das alas clínica médica e cirúrgica, com critério de inclusão possuir, no mínimo, um ano de trabalho. Os critérios de exclusão foram estar de férias ou licença no período da coleta dos dados. A escolha pela unidade de internação se deu com base em resultados de uma pesquisa realizada em hospitais brasileiros que apontou a enfermaria como o local com maior frequência de eventos adversos (56,9%)⁽⁴⁾. E ainda, a escolha por profissionais do núcleo, por entender que são eles quem gerenciam e prescrevem as ações para alcançar as metas do Programa de Segurança do Paciente.

Os profissionais do NSP foram convidados a participar, no entanto, dois profissionais estavam de licença médica e um se recusou, totalizando, 12 participantes (seis enfermeiros, um técnico de enfermagem, um nutricionista, um farmacêutico, dois administradores e um economista doméstico). Os enfermeiros das alas de internação constituíram um grupo de nove profissionais, plantão noturno e diurno, sendo que dois não entraram no critério de inclusão, totalizando sete participantes. Quanto aos técnicos de enfermagem, utilizou-se o critério de saturação, o qual interrompe as entrevistas quando os dados coletados se tornam repetitivos e redundantes⁽⁶⁾. Os dados saturaram na 12ª entrevista. No total, participaram da pesquisa 31 profissionais.

A coleta de dados foi realizada no período de maio a dezembro de 2015 por meio de dados secundários com uma pesquisa documental (relatórios, protocolos, indicadores e registros da qualidade e plano de ação do NSP) e os dados primários foram coletados mediante a realização de entrevistas, com roteiro semiestruturado, após realizar teste piloto sem necessidade de alterações, e observação direta com registro em diário de campo⁽⁸⁾. O registro em um diário de campo é um instrumento de coleta de dados que pode levar à obtenção de informações que contribuem para a análise dos dados, tais como conversas, comportamentos, expressões e outras questões relevantes⁽⁹⁾.

A observação se deu durante o período de agendamento e realização das entrevistas, registrando aspectos referentes ao comportamento dos sujeitos da organização, comunicação e dinâmica do trabalho nos setores visitados, assistência e admissão de pacientes pela equipe de enfermagem.

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra e tiveram duração de dez a cem minutos, e ocorreram em um local confortável e favorável para o participante expor suas ideias. Foram numeradas de acordo com a sequência em que ocorreram e codificadas com a sigla NSP (Núcleo de Segurança do Paciente); E (Enfermeiro); TE (técnico de enfermagem); possuíam perguntas que buscavam com-

prender aspectos como conhecimento sobre segurança do paciente, avaliação da segurança do paciente na instituição, práticas para alcançar a segurança, dificuldades e facilidades para alcançar as metas internacionais.

Para análise dos dados foi utilizada a Análise de Conteúdo⁽¹⁰⁾, especificamente a categoria temática, a qual consiste em um conjunto de técnicas de análise de comunicações, realizada em torno de três pólos cronológicos: a pré-análise, a exploração do material e tratamento dos resultados. Segundo procedimentos sistemáticos, foram definidas unidades de codificação ou de registro que, por sua vez, foram agrupadas em três categorias: a prática de identificar e gerenciar os riscos; a segurança do paciente e as práticas de enfermagem; dificuldades para melhorar a segurança do paciente.

Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido em cumprimento da resolução 466/12, do Ministério da Saúde, sendo a pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, CAEE nº 44109015.0.0000.5149.

■ RESULTADOS

Da análise dos dados emergiram três categorias: A prática de identificar e gerenciar os riscos; A segurança do paciente e as práticas de enfermagem; Dificuldades para melhorar a segurança do paciente, as quais evidenciam as mudanças voltadas para o gerenciamento dos riscos, as práticas para melhorar a segurança do paciente e as dificuldades encontradas.

A prática de identificar e gerenciar os riscos

Esta categoria reuniu a maioria das unidades de registro revelando que as mudanças significativas ocorridas na prática de enfermagem estão voltadas para o gerenciamento dos riscos. Dentre as ações iniciadas destacaram-se a identificação dos riscos assistenciais e do ambiente, a notificação de EA, o que anteriormente era restrito à notificação de queixas técnicas, e implantação de impressos para avaliar risco de queda e de lesão por pressão.

Em relação à identificação dos riscos relacionados ao paciente, foi observado um formulário que passou a ser preenchido pelo enfermeiro na admissão do paciente, no qual são avaliados o risco de queda e os fatores que predis põem como, o uso de medicamentos, a idade, alteração do estado mental, e outras condições e em seguida, a realização de um plano de cuidado, caso haja o risco de queda. Os depoimentos confirmam os achados:

Durante a admissão do paciente, quando a gente vai admitir o paciente, a gente tem um impresso pra gente conhecer me-

lhor o paciente e levantar tem um check list pra você identificar que risco aquele paciente apresenta. Então a gente trabalha com este instrumento. É um instrumento pra avaliar a queda, mais voltado pra queda, da idade, se faz uso de medicamento psicotrópico. Implantou há um ano mais ou menos (E14).

A gente olha a grade. Vê se ele vai cair, se tem risco de queda do leito, essas coisas assim (TE17).

Por meio da análise documental, entrevistas e observação foi possível identificar que para avaliação dos riscos também foi adotada como ferramenta a Escala de Braden, e os enfermeiros passaram a trabalhar atentando para os riscos na assistência e buscando ações cotidianas para melhorar a segurança do paciente. De acordo com os participantes:

O pessoal consegue identificar melhor o que é um risco, o que é um evento adverso, o que está relacionado (NSP2).

É ter uma rotina no seu dia a dia de trabalho em que você se preocupe em proporcionar a segurança do paciente. Estar atento a toda a situação que pode levar a algum tipo de risco, qualquer coisa que possa prejudicar ou trazer algum risco para ele (E14).

Nossa assistência, no dia a dia, agora é atentando para a troca de medicação, troca de paciente, quedas de pacientes, troca de material, paciente certo. Este tema está sendo bem discutido agora (E30).

Na prática cotidiana da equipe também foi inserida a notificação de EA, o que contribui com melhorias na assistência, na visão dos entrevistados:

Uma visão mais ampla do que é realmente a segurança do paciente e qual é o papel do enfermeiro no processo como todo. Quando o núcleo foi implantado a responsável treinou os enfermeiros principalmente, na questão das notificações, de eventos sentinelas e depois do treinamento comecei a notificar. Notificar tudo que acontecia até hoje. Eu acho que contribui bastante (E25).

Olha, é bom porque cada dia mais isso de notificar é melhorar assistência do paciente né? Então, é importante porque melhora a qualidade de assistência do paciente (E20).

O que fazemos aqui no hospital hoje, a gente trabalha muito com as notificações para ver se a gente consegue melhorar a qualidade do atendimento ao paciente. Eu observo que através das notificações tá tendo melhora entendeu? [...] temos que melhorar muito, mais já vi bastante melhora (E30).

A segurança do paciente e as práticas de enfermagem

A equipe de enfermagem passou a desenvolver o trabalho cotidiano atentando para as questões de segurança do paciente, buscando as melhores práticas. Os depoimentos apontam também inquietações dos profissionais relacionadas ao erro e suas consequências na vida do paciente:

A parte burocrática, a gente sempre fala, essa tem conserto. Vamos dar mais atenção para o paciente, testes corretos, na técnica correta, para evitar o erro, porque se errar não tem como voltar atrás. Então, eu faço educação continuada, seguindo as mudanças e metas do ministério da saúde, que está implantando. Estou sempre buscando [...] passando para a minha equipe e até para o hospital todo (E13).

Houve uma melhora bastante significativa, na verdade assim as meninas estão enfatizando mesmo o que é necessário, tá tendo um resultado bem positivo com isso. Na verdade antes os outros funcionários não tinham nem noção do que seria essa Segurança do Paciente. Na verdade todo mundo sabe que o paciente tem que estar bem cuidado, bem olhado e tudo, mas não com tanta ênfase nisso. Não trabalhava voltado pra isso. O que fazia era automático, não posso deixar o paciente cair, não posso dar medicação errada, agora é mais sistematizado. Isso que eu observei (NSP11).

Para melhorar a segurança do paciente na unidade de internação, foi adotada a prática de identificação do paciente com proposta de implantar a pulseira com código de barras:

A identificação do paciente, por exemplo, [...] A identificação é uma coisa que deve ser feita na hora que o paciente chega. Não vai tomar 10 segundos avaliar o risco pra queda e pra lesão, e é o enfermeiro que faz. Então, já faz a admissão e só tem que transcrever pra folha de identificação. São coisas que não atrasa o serviço, faz parte do seu serviço (E25).

A gente tem feito coisas boas, como a identificação do paciente, que a gente já faz. A gente conseguiu implantar o protocolo de avaliação da ulcera por pressão, a gente consegue fazer a escala de Braden, Então, a gente conseguiu fazer essa identificação do paciente, que ajuda muita a gente ter essa identificação no leito (NSP6).

Foi observada a utilização de impresso de identificação do paciente onde o enfermeiro sinaliza a existência do risco de queda e do risco para lesão por pressão, o que fica sob a cabeceira do leito do paciente. A equipe também destacou a prática de educação permanente e atitudes

que incluem a comunicação eficaz, reuniões formais e grupos de estudos, inserindo temas voltados para a segurança do paciente, conforme os depoimentos:

A notificação é de grande importância porque ela é a nossa base para trabalhar educação permanente, trabalhar as formas de como melhorar a assistência prestada (NSP24).

A gente está montando estratégias para tentar mudar esse cenário (trabalho individualizado) e fazer reuniões multidisciplinares, saber mais um do trabalho do outro, comunicar mais. Ter uma comunicação mais efetiva sobre o paciente e trabalhar mais em conjunto sobre isso. Inicialmente, já foi feita uma reunião por motivo de uma feira de saúde que ocorreu. Foi feita entre assistente social, psicólogo, enfermeiro, nutrição e médicos. Agora, pretendemos convocar todos os profissionais envolvidos na assistência e colocar em foco a segurança do paciente. Reuniões mensais e prioridades nas possíveis ações. Essa equipe já tem noção de segurança do paciente, mas são ações individuais. Eles dão importância para os riscos que o paciente está correndo ali dentro, o risco de queda, o risco nutricional. Eu comunico muito com a equipe (E1).

Com os treinamentos, os projetos de extensão que a universidade tem com a gente nesta área, a simulação realística que aconteceu, juntando os setores a gente consegue ver que melhorou. Agente fez um levantamento das notificações de 2012 pra cá e começamos a separar por setor pra fazer educação permanente. Com esse levantamento de 2012 pra cá teve ano com 6 notificações no ano e agora até maio já tinha quase 40 notificações e aí obriga também o NSP a ir atrás pra resolver (NSP 2).

Por meio dos depoimentos, análise documental e observação foi possível identificar que os enfermeiros iniciaram estratégias para que a segurança do paciente possa ser vista como responsabilidade de todos e não só do enfermeiro, com iniciativas de reunião multidisciplinares, treinamentos pautados em dados como a notificação, desenvolvimento de simulação realística da ocorrência do erro e do EA, e grupos de estudos. Observou, também, a parceria com a universidade local, com projetos de extensão na área de segurança e qualidade, auxiliando na prática de educação permanente.

Outra mudança destacada pelos entrevistados foi a descrição de protocolos. A análise documental e a observação permitiram identificar alguns como o de queda; lesão por pressão; cirurgia segura; identificação do paciente; higienização das mãos; terapia enteral e parenteral; e admi-

nistração de hemocomponentes. Não havia protocolo de administração de medicação com a justificativa de não haver um farmacêutico clínico. Os depoimentos corroboram:

Começamos a instituir protocolos, indicadores, educação permanente, treinamento na beira do leito, notificação de eventos adversos, estratégia multimodal na higienização das mãos e identificação do paciente no leito (NSP 9).

A gente conseguiu implantar o protocolo de avaliação da ulcera por pressão (NSP6).

A gente implantou protocolos de queda e de lesão. O protocolo de cirurgia segura a gente tem ele no papel [...] precisa de mais profissionais pra poder implantar (NSP2).

Foram criados os protocolos de segurança. Então eles foram criados porque não estavam formalizados neste formato, da nossa parte foi o de dietas, controle da dieta oferecida, questão de etiquetar as bandejas (NSP4).

Constatou-se que uma das práticas que mais preocupa os participantes da pesquisa, foi o processo de trabalho relacionado à administração de medicamentos. Ao citá-lo referiram algo como algo que precisa ser melhorado. Há uma preocupação não só com a administração de forma segura, como também de dispensação de medicamentos. Os depoimentos expressam ainda, que as melhorias estão em fase de planejamento:

A primeira coisa é atenção ao medicamento que vai fazer. Medicação, atenção na administração, se tem alergias, alergia a dipirona, essas coisas (TE23).

Aqui todo mundo preocupa muito com os pacientes, tem muito carinho, tem muita atenção com o paciente. É lógico, que como em todo setor alguma coisa sempre tem que melhorar né, por exemplo, a questão da medicação, prescrição que atrasa (TE21).

O problema é a medicação, já vi erro de via de administração, de administração. Teve um dia que a técnica de enfermagem deixou de dar o medicamento por conta dela. Ela achava que o paciente não precisava daquele medicamento agora. Porque ele estava com sintoma tal. Só que ao invés de comunicar a médica ela tirou por conta própria. Não era uma coisa atribuída a ela. Nebulização, já cansei de ver quatro gotas, mas aí ele diminui por conta própria "paciente vai ter uma taquicardia". Eu falo que tem que colocar o que está na prescrição. Eles tomam as decisões sem a presença do enfermeiro (E3).

No carrinho de emergência, na próxima conferência vamos identificar o kcl por exemplo. Colocar papel contráctil vermelho com etiqueta alta vigilância. O certo seria a dispensação na própria farmácia ser separada, ser diferenciada, mas, até por falta de verba a gente não consegue começar por agora. A nossa realidade não permite. Não criei protocolo ainda. Seria interessante (NSP11).

Os depoimentos e a observação apontam para a falta de segurança em relação à administração de medicação. De forma recorrente emerge a ausência de protocolo para administração de medicamentos. Contudo, foi identificado um planeamento para destacar as medicações de alto risco antes de ser dispensado pela farmácia e melhorar a segurança do paciente. Os dados reforçam que o processo de administração de medicação depende não somente da enfermagem, mas também da interação de outros profissionais como o médico que prescreve, o farmacêutico e os auxiliares de farmácia que separam e dispensam a medicação. Todos os elementos e etapas mencionadas devem favorecer a segurança do paciente.

Dificuldades para melhorar a segurança do paciente

Essa categoria mostra que apesar dos esforços da equipe de enfermagem em melhorar a segurança do paciente, com mudanças no processo de trabalho, alguns profissionais destacaram dificuldades institucionais como a falta de estrutura adequada; dificuldades de recursos financeiros, materiais e humanos:

Às vezes falta de equipamento. Falta assim, material para você trabalhar (TE 22).

[...] Investigar a queda porque pode ter vários fatores [...] não tem a campanha, e ele tem que chamar no grito, ou o familiar. É uma coisa que a gente briga, deveria ter campanha e não tem. Não tem aquela sinalização de luz na porta do leito e fica mais difícil (NSP2).

Temos aqui hoje, em relação à assistência, um número reduzido de pessoal e pode gerar uma queda do leito, porque às vezes temos três técnicos para atender uma unidade com 30 leitos, 30 leitos ocupados (NSP6).

O que esbarra às vezes, é um hospital pequeno, com pouco recurso, a gente consegue ainda fazer com pouca coisa que a gente tem. A gente tem que ficar ali se virando com o que a gente tem (NSP 13).

Hoje para gente melhorar e alcançar as metas faltam é recurso. Recurso porque tudo que você vai melhorar e implantar,

por exemplo, é uma agulha que quer mudar para ter segurança do técnico e do paciente, você vai pagar mais caro e com isso você tem que ter recurso e aí envolve é tudo. As cadeiras nossas estão muito ruins, cadeira de banho, o que é? É falta de recurso para repor. A gente faz a manutenção, mas não é suficiente porque usa muito. É em tudo é o recurso (NSP 7).

Que ajuda a manter a segurança poderia ser cadeira de rodas, facilita, cama com rodinha. Tem muita coisa que ajuda e não acontece. A gente está agarrada com a situação financeira (TE29).

Durante a observação também foi possível constatar a falta de uma estrutura adequada como ausência de materiais, equipamentos velhos e instalações antigas. Os depoimentos também expressam a preocupação dos participantes em desenvolver melhores práticas, mas alguns fatores afetam diretamente o trabalho desenvolvido. Os profissionais destacam a sobrecarga de trabalho, devido o número reduzido do pessoal de enfermagem e alta rotatividade:

Eu acho que é sobrecarga de trabalho deles. Muita sobrecarga para o enfermeiro. Tudo na ala é o enfermeiro (NSP2).

A dificuldade que eu acho é o excesso de paciente que a gente assume neste setor (TE27).

Precisa ser melhorado [...] temos o problema de pouca quantidade de pessoal, e muito para ser feito e poucos para fazer, e muita correria (NSP 5).

Tá sempre trocado de funcionários. Então, tem vários dificultadores, mas o interessante que troca os funcionários técnicos, os que tem outros cargos não. Eu não sei se é remuneração. A remuneração na área da saúde é o problema maior. Não temos (enfermeiros) o (salário) que deveria ter, mas é melhor um pouquinho (NSP13).

Hoje começa um enfermeiro aqui e amanhã ou ele não está mais aqui ou passa ele para outra ala. E eu tinha essa rotina e você tinha que passar chega uma hora que a rotina já se perdeu toda. . Eu fico brigando porque quando a gente consegue arrumar uma enfermeira que está na clínica cirúrgica e acha que está tudo direitinho, vem e tira, atrapalha tudo. Começa do zero (NSP12).

■ DISCUSSÃO

Dentre as práticas desenvolvidas na unidade de internação, com a análise dos dados, destaca-se à identificação dos riscos, a notificação de EA, o que anteriormente era restrito

a notificação de queixas técnica, e a implantação de impressos para avaliar risco de queda e de lesão por pressão.

Muitos esforços têm sido despendidos para assegurar uma assistência de qualidade e de segurança, no entanto, no período de internação, no quarto ou na enfermaria, o paciente pode sofrer mais de um tipo de EA evitável, ou seja, danos que podem ser evitados com ações voltadas para a prevenção de infecção, de complicações cirúrgicas e de condições sensíveis ao adequado cuidado de enfermagem⁽⁴⁾. Por isso, é tão importante o desenvolvimento de atividades de melhoria de qualidade nos hospitais. Os achados do presente estudo mostram algumas ações nessa direção e que foram desenvolvidas pela enfermagem, mesmo diante de dificuldades de infraestrutura.

O gerenciamento dos riscos, com a prática de identificação dos mesmos e notificação de EA, também foram destaques em outra pesquisa ao analisar estratégias para promover a segurança do paciente no âmbito hospitalar⁽⁶⁾. A atitude de identificação compartilhada dos riscos pode ser considerada a primeira estratégia para o estabelecimento da cultura de segurança na instituição⁽⁶⁾.

Na unidade de internação foram adotadas práticas para prevenção e mitigação do risco de queda e lesão por pressão. Com a análise documental, observação e depoimentos dos participantes foi possível identificar que o enfermeiro adotou como ferramenta a Escala de Braden, buscando melhorar sua prática de avaliar os riscos. Neste sentido, a prática de prevenir quedas envolve identificar a sinergia entre os múltiplos fatores que contribuem para esse incidente, fatores intrínsecos (fatores individuais como idade, patologias, uso de fármacos) e extrínsecos (perigo ambientais como pouca iluminação, camas e cadeiras inadequadas)⁽¹¹⁾ sendo utilizados diversos instrumentos para essa avaliação, como a escala de Braden, utilizada na instituição em estudo, e outras, como a Stratify⁽⁴⁾ e a Escala de Morse⁽¹¹⁾.

Trata-se de cuidados importantes para o paciente, pois, são EAs que podem prolongar os dias de internação, deixar sequelas ou até mesmo levar a morte^(4,11). Estudo brasileiro demonstrou que a queda do paciente dentro do hospital, seja do leito, no banheiro ou em qualquer outra dependência hospitalar, e a lesão por pressão, representaram cerca de 25% dos EAs evitáveis⁽⁴⁾.

A adoção de um plano de cuidado de enfermagem após a avaliação dos riscos e seus fatores predisponentes no cenário em estudo foi fundamental. A prevenção de quedas, por exemplo, não se restringe a avaliar o risco, mas envolve intervenção nos fatores de risco, treinamento dos profissionais, e aprendizado com a ocorrência de quedas, possível por meio da análise das notificações ou indicadores⁽¹¹⁾, ações adotadas pela equipe da instituição em estudo.

Os resultados apontam para uma equipe com maior preocupação em adotar melhores práticas, atualizações e

aprimoramentos do conhecimento para acompanhar as propostas da OMS. Como abordado anteriormente, a OMS propôs metas internacionais de segurança que correspondem à identificação correta do paciente, à comunicação clara e efetiva, aos cuidados relativos aos medicamentos considerados de alto risco, aos aspectos que conferem maior segurança em cirurgias, diminuição dos riscos de infecção e riscos de queda do paciente^(3,12).

Em se tratando de uma unidade de internação, não se aplica somente a lista de verificação de cirurgia segura, entretanto, não houve destaque para práticas desenvolvidas para alcançar as metas relacionadas à administração de medicamento de forma segura, e em relação ao controle de infecção, apenas uma participante citou a adoção de estratégia multimodal de higienização das mãos. Tais achados denotam aspectos que podem ser melhorados para a segurança do paciente.

Destaca-se que os resultados apontam falhas em relação à administração de medicação. Os profissionais expressaram suas inquietações e o planejamento de melhorar o processo de trabalho, com destaque nas medicações de alto risco antes de serem dispensadas pela farmácia. No entanto, o processo de administração de medicação depende da interação de profissionais como o médico que prescreve, o farmacêutico e os auxiliares de farmácia que separam e dispensam a medicação, e a equipe de enfermagem que administra, e tudo deve favorecer a segurança do paciente.

Sabe-se que no âmbito da assistência de enfermagem os erros mais frequentes estão relacionados à administração de medicamento. Práticas de melhorias nesta área estão voltadas em reforçar as etapas básicas de administração de medicamentos com a equipe, sendo a abordagem mais universal para reduzir o erro. A análise de três casos de erros de medicação envolvendo o enfermeiro⁽¹³⁾ reforçou a ideia de que esse erro pode ser identificado como uma falha no processo, podendo aumentar a morbidade e mortalidade do paciente.

A equipe de enfermagem é o grupo de profissionais de saúde mais envolvido no processo de administração de medicamentos, e a forma mais segura, é a eliminação de todos os riscos. Para tanto, o profissional precisa entender os riscos e o dano potencial, compreender melhor o serviço e todos os processos que envolvem a administração de medicação, e permanecer vigilantes durante os períodos de administração de medicamentos⁽¹³⁾.

Ações de segurança na redução do erro também envolvem: a identificação de medicações de alto risco, ou de alerta, conhecidos pela propensão de causar danos se mal utilizados; utilização de soluções tecnológicas, como bombas inteligentes ou outros dispositivos de assistência como examinar o armazenamento e a proximidade dos dois produtos e acesso de produtos potencialmente perigosos,

como os que têm nomes semelhantes. Além disso, antes de administrar o medicamento pode utilizar o método de checar os itens corretos por dois enfermeiros, a dupla checagem⁽¹³⁾. Vale destacar que são medidas que não necessitam de grandes investimentos e são efetivas.

O cumprimento de todas as metas representa um significativo aumento na segurança ao paciente e possibilita às instituições a melhoria de seus processos, permitindo, segurança também ao trabalhador, que por sua vez se sente mais seguro e tranquilo para realizar seu trabalho⁽¹²⁾.

Em relação às ações para melhorar a comunicação e educação permanente, salienta-se que a comunicação eficaz é determinante para a segurança do paciente, sendo fundamentais o trabalho e a diversidade interdisciplinar, certificando que houve treinamento e educação adequada para desempenho das funções, compartilhando saberes⁽¹⁴⁾.

Portanto, a adoção de estratégias de educação permanente de forma multiprofissional e pautada em dados das notificações no cenário em estudo é condizente com pesquisa divulgada em 2012, a qual mostrou que as principais estratégias para reduzir EAs evitáveis em pacientes pediátricos incluíam a formação de pessoal com base em segurança do paciente, treinamento a partir da análise de causa raiz, classificação de eventos adversos e comportamento de segurança, a adoção de indicadores e liderança em enfermagem⁽¹⁵⁾. Além disso, intervenções educativas contínuas, concentradas nos protocolos, com práticas baseadas em evidências, ajudam a mudar padrões⁽⁶⁾.

A respeito de protocolos, os achados são consistentes com estudo realizado com 14 gerentes de risco, o qual apontou que as iniciativas menos utilizadas para a segurança do paciente são as relacionadas ao controle e prevenção de eventos adversos com medicamentos. O farmacêutico clínico ainda não é uma realidade nos hospitais brasileiros⁽¹⁶⁾. No entanto, neste estudo, os protocolos foram ações identificadas mais no âmbito prescritivo.

Para orientar a prática profissional em segurança do paciente, o *National Quality Forum* (NQF) publicou um conjunto de práticas de segurança baseada em evidências suficientes para diminuir eventos adversos e danos ao paciente com alta confiabilidade podendo ser aplicada universalmente em qualquer realidade nos serviços de saúde⁽¹⁴⁾.

O NQF sinaliza a melhoria da cultura de segurança como uma das primeiras recomendações para fomentar a segurança nos hospitais, a qual é um indicador estrutural básico que favorece a implantação de boas práticas clínicas e, inclui a utilização efetiva de outras estratégias, como a notificação de incidentes e aprendizado com os erros. As práticas são organizadas em sete categorias funcionais para melhorar a segurança do paciente, a saber: criar uma cultura de segurança; consentimento informado, tratamento de suporte de vida, divulgação

e cuidar de quem cuida; combinar necessidade de saúde com prestação de serviço capacitado; facilitar a transferência de informação e comunicação clara; gerenciar o processo de administração de medicamentos; prevenção de infecções; práticas para locais e condições específicas⁽¹⁴⁾.

Em relação aos resultados apresentados na última categoria, os achados como a falta de estrutura adequada, dificuldades de recursos financeiros, materiais e humanos corroboram com estudos recentes que apontaram a falta de estrutura em algumas instituições hospitalares públicas e filantrópicas, prejudicando o pleno desenvolvimento de protocolos devido à falta de profissionais, de equipamentos e materiais^(6,17).

A sobrecarga de trabalho e o número reduzido do pessoal de enfermagem também foram encontrados em outros estudos como contribuintes para o erro e quebra da segurança do paciente^(6,18). Esses achados inferem que a segurança do paciente envolve recursos humanos e tomada de decisão em todos os níveis da organização, pois, uma organização de alta confiabilidade possui uma consciência coletiva com relação à segurança do paciente, e o compromisso se dá em todos os níveis da organização, incluindo a alta administração. Portanto, o compromisso da administração é componente fundamental para contribuir com mudança de comportamento e de cultura⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

Neste sentido, o compromisso de melhoria deve ser contínuo e proveniente de todas as direções, promovendo estrutura física, humana e organizacional que garanta a promoção da cultura de segurança no hospital⁽⁶⁾. O fato de ser um hospital de ensino que assume um papel social, econômico, político e científico, reforça esse compromisso.

Portanto, para adoção de práticas seguras para uma melhor assistência à saúde, é imprescindível a ação do enfermeiro. Mesmo face às dificuldades, o enfermeiro, em destaque, conseguiu articular ações de gerência do cuidado e da unidade para melhorar a segurança do paciente e conseqüentemente, melhorias na qualidade do cuidado. Estes achados corroboram com a reflexão do NQF, na qual os líderes devem estar envolvidos no processo de criar e transformar a cultura de segurança do paciente, com a intenção de sensibilizar, responsabilizar, habilitar e agir em favor da segurança dos pacientes⁽¹⁴⁾.

Deve-se promover trabalho em equipe, estabelecer um enfoque proativo, sistemático e organizacional de formação em trabalho em equipe, com construção de habilidades e melhoria dos desempenhos das equipes para diminuir os danos preveníveis⁽¹⁴⁾.

■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os programas de segurança do paciente e a divulgação de resultados de pesquisas na área têm incentivado princi-

palmente o enfermeiro a desenvolver práticas mais seguras. No entanto, desafios ainda existem, mas precisam ser relatados e superados. A enfermagem tem desenvolvido seu trabalho atentado para os riscos existentes na unidade de internação e buscado melhores práticas assistenciais e gerenciais, numa perspectiva de alcançar as metas de segurança do paciente proposto pela OMS.

Este estudo identificou as transformações na prática de enfermagem para melhorar a segurança do paciente, como identificar, gerenciar e propor plano de cuidado de acordo com os riscos assistenciais e físicos, identificados na unidade de internação. Foi adotada a escala de Braden para atenção especial aos riscos de queda e surgimento de lesão por pressão. Foi implantado a identificação do paciente; melhorias na comunicação com educação permanente e reuniões de forma multiprofissional, com grupo de estudos e simulação realística. Foram descritos protocolos de higienização das mãos, queda, lesão por pressão, identificação do paciente, terapia enteral e parenteral; e administração de hemocomponentes. Não havia protocolo de administração segura de medicação, o que implica em risco para a segurança do paciente. As transformações ocorridas também corroboram com a qualidade do cuidado.

O estudo ainda permitiu identificar deficiências como a falta de estrutura adequada, falta recursos financeiro, e deficiência nos recursos humanos gerando sobrecarga de trabalho e alta rotatividade. As sugestões para superá-las é o enfoque no gerenciamento de enfermagem com desenvolvimento de estratégias de um trabalho colaborativo com o envolvimento da alta administração, reconhecendo-as e trabalhando em conjunto para suplantá-las.

O presente estudo tem como limitações que se devem ao próprio delineamento, referente à escolha do método de pesquisa. Refere-se ao fato de que o estudo de caso possibilita pouca probabilidade de generalização dos resultados. São, no entanto, estudos generalizáveis às proposições teóricas e não às populações ou aos universos, além da possibilidade de vieses do próprio investigador se não for corretamente conduzido. E ainda, a limitação refere-se ao pesquisador, pois não houve formação de vínculo para que os participantes expusessem melhor suas ideias.

■ REFERÊNCIAS

1. Donaldson L. World alliance for patient safety. Geneva: WHO; 2005.
2. Runciman W, Hibbert P, Thomson R, Van Der Schaaf T, Sherman H, Lewalle P. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. *Int J Qual Health Care.* 2009;21(1):18-26.
3. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR), Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde, Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília: Anvisa; 2013 [citado 2015 mai 16]. Disponível em: http://www20.anvisa.gov.br/segurancado-paciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf.
4. Mendes W, Pavão ALB, Martins M, Moura MLO, Travassos C. The feature of preventable adverse events in hospitals in the State of Rio de Janeiro. *Rev Assoc Med Bras.* 2013;59(5):421-8.
5. Siman AG. Práticas de profissionais de saúde na implantação do programa de segurança do paciente: entre o prescrito e o real [tese]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2016.
6. Oliveira RM, Leitão IMTA, Silva LMS, Figueiredo SV, Sampaio RL, Gondim MM. Estratégias para promover segurança do paciente. *Esc Anna Nery.* 2014;18(1):122-9.
7. Barbosa TP, Oliveira GAA, Lopes MNA, Poletti NAA, Beccaria LM. Care practices for patient safety in an intensive care unit. *Acta Paul Enferm.* 2014 [cited 2016 Sep 19];27(3):243-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000300243&lng=en.
8. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. Daniel Grassi, tradutor. 5. ed. Porto Alegre: Bookman; 2015.
9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec; 2013.
10. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
11. Sousa P, Oliveira S, Alves A, Teles A. Gestão do risco de quedas, úlcera por pressão e de incidentes relacionados com transfusão de sangue e hemoderivados. In: Sousa P, Mendes W, organizadores. Segurança do paciente: conhecendo os riscos na organização de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2014. v. 1, p. 251-80.
12. Velho JM, Treviso P. Implantação de programa de qualidade e acreditação: contribuições para a segurança do paciente e do trabalhador. *Rev Adm Saúde.* 2013;15(60):90-4.
13. Hillin E, Hicks, RW. Medication errors from an emergency room setting: safety solutions for nurses. *Crit Care Nurs Clin North Am.* 2010;22(2):191-6.
14. National Quality Forum (US). Safe practices for better healthcare - 2010 update: a consensus report. Washington, DC: NQF; 2010.
15. Peterson TH, Teman SF, Connors RH. A safety culture transformation: its effects at a children's hospital. *J Patient Saf.* 2012;8(3):125-30. doi: 10.1097/PTS.0b013e31824bd744.
16. Souza RFF, Silva LD. Estudo exploratório das iniciativas acerca da segurança do paciente em hospitais do Rio de Janeiro. *Rev Enferm UERJ.* 2014;22(1):22-8.
17. Serra JN, Barbieri AR, Cheade MFM. Situação dos hospitais de referência para implantação/funcionamento do núcleo de segurança do paciente. *Cogitare Enferm.* 2016;21(esp):1-9.
18. Cavalcante AKCB, Rocha RC, Nogueira TL, Avelino FVSD, Rocha SS. Cuidado seguro ao paciente: contribuições da enfermagem. *Rev Cubana Enfermer.* 2015;31(4):1-13.
19. Fragata J, Sousa P, Santos RS. Organizações de saúde seguras e confiáveis. In: Sousa P, Mendes W, organizadores. Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. v. 2, p. 17-36.
20. Reis CT. Cultura em segurança do paciente. In: Sousa P, Mendes W, organizadores. Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. v. 2, cap. 4.

■ Autor correspondente:

Andréia Guerra Siman
E-mail: ago@hotmail.com

Recebido: 27.09.2016

Aprovado: 10.03.2017