

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO

Fabiele Aozane

**SEGURANÇA DO PACIENTE E A INTERFACE COM O TRABALHO
EM TURNOS DE TÉCNICOS DE ENFERMAGEM**

Santa Maria, RS
2018

Fabiele Aozane

**SEGURANÇA DO PACIENTE E A INTERFACE COM O TRABALHO EM TURNOS
DE TÉCNICOS DE ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Cuidado, educação e trabalho em enfermagem e saúde, Linha de Pesquisa: Cuidado e educação em enfermagem e saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Enfermagem**.

Orientadora: Enfa. Profa. Dra. Rosângela Marion da Silva
Coorientadora: Enfa. Profa. Dra. Carmem Lúcia Colomé Beck

Santa Maria, RS, Brasil
2018

Aozane, Fabiele

SEGURANÇA DO PACIENTE E A INTERFACE COM O TRABALHO EM
TURNOS DE TÉCNICOS DE ENFERMAGEM / Fabiele Aozane.-
2018.

88 p.; 30cm

Orientadora: Rosângela Marion da Silva

Coorientadora: Carmem Lúcia Colomé Beck

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem, RS, 2018

1. Enfermagem 2. Segurança do Paciente 3. Trabalho
emTurnos I. Marion da Silva, RosângelaII. Lúcia Colomé
Beck, Carmem III. Título.

Fabiele Aozane

**SEGURANÇA DO PACIENTE E A INTERFACE COM O TRABALHO EM TURNOS
DE TÉCNICOS DE ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Cuidado, educação e trabalho em enfermagem e saúde, Linha de Pesquisa: Cuidado e educação em enfermagem e saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Enfermagem**.

Aprovado 16 de março de 2018:

Rosângela Marion da Silva, Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientadora)

Carmem Lúcia Colomé Beck, Dra. (UFSM)
(Coorientadora)

Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz, Dra. (UNIJUÍ)

Silviamar Camponogara, Dra. (UFSM)

Graziele de Lima Dalmolin, Dra. (UFSM)

Santa Maria, RS
2018

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais Enio (in memoriam) e Glaci, com todo o meu amor e gratidão, por tudo que fizeram por mim ao longo de minha vida. Desejo poder ter sido merecedora do esforço dedicado por vocês em todos os aspectos, especialmente quanto à minha formação..

AGRADECIMENTOS

A Deus pela vida!

À minha orientadora, professora Rosângela Marion da Silva, por me guiar durante esta jornada, com sabedoria, disposição e positividade e também por ter me apoiado em vários momentos pessoais, obrigada por tudo! Tenho muito orgulho de tê-la como minha orientadora e é uma inspiração para mim!

Aos meus familiares pelo incentivo e confiança nesta etapa!

Ao meu marido Diogo, por me incentivar desde o início, por compreender minhas ausências, cansaço e ansiedades. Obrigada por estar sempre ao meu lado, me apoiando e incentivando nesta etapa! Amo-te!

À minha filha Cecília, que nasceu durante o mestrado, és um pedacinho de mim, é um incentivo diário a ser uma pessoa e profissional melhor! Amo-te!

Aos professores das disciplinas que cursei durante o mestrado, pelo aprimoramento e reflexões constantes, que com certeza me tornaram uma profissional melhor.

Aos colegas do grupo de pesquisa da Linha de Pesquisa “Saúde/Sofrimento Psíquico do Trabalhador” do Grupo de Pesquisa “Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem”, que de alguma maneira fizeram-se presentes, contribuindo para o meu crescimento pessoal e profissional por meio das vivências e trocas de experiências, em especial Alexa, Liliane e Núbia.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM pela oportunidade, crescimento pessoal e profissional durante este período.

À professora Carmem, minha coorientadora, pelas contribuições valiosas e experiências compartilhadas! Muito obrigada!

Às professoras Silviamar, Adriane e Grazielle, que aceitaram o convite para serem banca examinadora, obrigada pelas contribuições valiosas para melhorar a qualidade da dissertação.

À instituição cenário deste estudo, pela oportunidade de desenvolver esta pesquisa.

À coordenação de enfermagem do hospital em que trabalho, muito obrigada por tudo!

Aos participantes da pesquisa da unidade do hospital que participaram da coleta de dados, pela oportunidade e por fazerem possível a realização deste estudo.

Enfim, a todos que contribuíram para a concretização deste trabalho, muito obrigada!

“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

SEGURANÇA DO PACIENTE E A INTERFACE COM O TRABALHO EM TURNOS DE TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

AUTORA:FabieleAozane

ORIENTADORA:Rosângela Marion da Silva

COORIENTADORA:Carmem Lúcia Colomé Beck

Trata-se de um estudo que teve como objetivos conhecer as percepções de técnicos de enfermagem que atuam em turnos sobre a segurança do paciente, identificar ações de segurança do paciente realizadas na unidade clínica, identificar sugestões para melhorar as práticas de segurança do paciente. Caracteriza-se como uma pesquisa exploratório-descritiva com abordagem qualitativa, desenvolvida em um hospital privado na região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Participaram 14 técnicas de enfermagem atuantes em uma unidade de clínica médica do hospital, atenderam aos critérios de inclusão: possuir mínimo de seis meses de experiência na Unidade Clínica e ser técnico de enfermagem. A coleta de dados ocorreu de abril a junho de 2017, por meio de entrevistas semiestruturadas e observação sistemática não participante. Para apreciação dos dados obtidos foi empregada a Análise de Conteúdo do Tipo Temática proposta por Minayo. Foram seguidas as recomendações previstas na Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, no que se refere às normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, com aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM nº 65333317.3.0000.5346 e número do parecer Número do Parecer: 1.982.855. A análise dos depoimentos das participantes e dos registros das observações foram organizadas em três categorias temáticas: práticas sistematizadas de cuidado desenvolvidas para promover a segurança do paciente; segurança do paciente e suas interfaces nos turnos de trabalho da enfermagem; e segurança do paciente: o que fazer para melhorar? As práticas sistematizadas de cuidado para promover a segurança do paciente envolvem, além da adesão aos protocolos ministeriais implantados na instituição, uma nova percepção do trabalhador para as mudanças que estão ocorrendo em prol da segurança do paciente, como a inclusão do paciente e acompanhante no processo de cuidar. As percepções em relação à segurança do paciente e as interfaces no trabalho da enfermagem perpassam por aspectos relacionados ao conhecimento sobre a segurança do paciente, a organização pessoal, o trabalho em equipe e as rotinas inerentes ao turno de trabalho. As sugestões referem-se às capacitações nos turnos e local de trabalho, lembretes constantes, especialmente sobre a conferência dos nove certos da administração de medicamentos, à importância da presença do acompanhante e à necessidade de melhoria nos recursos físicos. Conclui-se que as participantes deste estudo conheciam as ações relacionadas à segurança do paciente segundo os protocolos institucionais implantados e buscavam desenvolver o cuidado seguro nos turnos de trabalho.

Palavras-Chave: Segurança do Paciente. Trabalho em turnos. Enfermagem.

ABSTRACT

PATIENT SAFETY AND THE INTERFACE WITH WORK IN SHIFTS OF NURSING TECHNICIANS

AUTHOR: Fabiele Aozane

ADVISOR: Rosângela Marion da Silva

COADVISOR: Carmen Lúcia Colomé Beck

The following study aimed to identify the perceptions on patient safety, safety actions carried out in the clinical unit, and gather suggestions for improving patient safety practices by nursing technicians who work in shifts. It is characterized as an exploratory and descriptive research with a qualitative approach, developed in a private hospital in the Northwestern region of the state of Rio Grande do Sul. Fourteen nursing technicians working for a medical unit of the hospital have taken part of the study, meeting the inclusion criteria as it follows: having a minimum of six months of experience in the Clinical Unit and being a nursing technician. Data collection occurred from April to June 2017, through semi-structured interviews and systematic non-participant observation. For assessment of the data obtained, it has been applied Thematic Content Analysis proposed by Minayo. The recommendations set out in Resolution # 466/2012 of the National Health Council have been followed, regarding the regulatory standards for research involving human subjects, with approval by the Ethics Committee of the UFSM No 65333317.3.0000.5346 and Opinion Number: 1982855. The analyses of the statements of participants and records of the observations were organized in three thematic categories: care of systematic practices designed to promote patient safety; patient safety and their interfaces in nursing shifts; and patient safety: what to do to improve? The systematic practices of care to promote patient safety involve, besides the respect to ministerial protocols implemented in the institution, a new perception of the worker to the changes taking place in favor of patient safety, such as the inclusion of the patient and companion in the care process. Perceptions regarding the safety of the patient and the interfaces in nursing work pervade by aspects related to knowledge of patient safety, personal organization, teamwork, and routines inherent to the work shift. The suggestions refer to training in shifts and workplace, constant reminders, especially on the checking of the “*novocertos*” for medication administration, the importance of the partner's presence, and the need for improvement in physical resources. It was concluded that the study participants were aware of the actions related to patient safety according to institutional protocols deployed and sought to develop safe care in their working shifts.

Key words: Patient safety. Work in shifts. Nursing.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Marcos histórico com fatores determinantes no trabalho em turnos	18
Quadro 2 – Conceitos apresentados na Política Nacional de Segurança do Paciente	22
Quadro 3 – Organização das categorias temáticas	35

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Regiões Noroeste, Celeiro, Médio Alto Uruguai, atendidas pelo hospital privado 27

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas e laborais relacionadas aos trabalhadores do estudo. Brasil, RS, 2017 (n=14)	33
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BE	Berçário
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEPEn	Centro de Estudos e Pesquisa em Enfermagem
CC/SRPA	Centro Cirúrgico e Sala de Recuperação Anestésica
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CDI	Centro de Diagnóstico por Imagem.
CEP/UFSM	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CO	Centro Obstétrico
CTI-A	Centro de Tratamento Intensivo Adulto
CTI-N	Centro de Tratamento Intensivo Neonatal e Pediátrico
EA	Evento Adverso
GAP	Gabinete de Projetos
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pronto Atendimento
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
REBRAENSP	Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente
SIE	Sistema de Informações para Ensino
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
HM	Higienização das Mãos

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 OBJETIVO GERAL	17
1.1.1 Objetivos Específicos	17
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	18
2.1 TRABALHO EM TURNOS E A RELAÇÃO COM A ENFERMAGEM.....	18
2.2 INICIATIVAS E PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE	22
3 MÉTODO	26
3.1 TIPO DE ESTUDO	26
3.2 LOCAL DO ESTUDO	26
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	28
3.4 COLETA DE DADOS	28
3.5 ANÁLISE DOS DADOS	30
3.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	31
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	33
4.1 PRÁTICAS SISTEMATIZADAS DE CUIDADO DESENVOLVIDAS PARA PROMOVER A SEGURANÇA DO PACIENTE	35
4.2 SEGURANÇA DO PACIENTE E SUAS INTERFACES NOS TURNOS DE TRABALHO DA ENFERMAGEM	49
4.3 SEGURANÇA DO PACIENTE: O QUE FAZER PARA MELHORAR?	62
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
REFERÊNCIAS	73
APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	83
APÊNDICE B – ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA NÃO PARTICIPANTE	84
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	85
APÊNDICE D – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE PRIVACIDADE E SEGURANÇA DOS DADOS	86
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA	87

1 INTRODUÇÃO

A segurança dos trabalhadores e do paciente encontra-se intrinsecamente relacionada à qualidade nos serviços de saúde. Ela é compreendida como uma temática transversal do processo de assistir envolvendo, sobretudo, o estabelecimento de vínculos de confiança entre trabalhadores e pacientes (BAPTISTA et al., 2016). Neste contexto, pode-se referir que o tema segurança do paciente tem sido destaque nos últimos anos, envolvendo a ocorrência de eventos adversos, comprometimento da segurança do paciente, prolongamento do tempo de internação, maiores despesas no processo de recuperação do paciente e repercussão negativa dos serviços de saúde. Com isto, salienta-se que as instituições de saúde estão mais preocupadas com a qualidade na assistência e também na elaboração de estratégias que promovam a mitigação de eventos adversos (NOVARETTI et al., 2014; REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

Corroborar-se que existe uma complexidade intrínseca das atividades desempenhadas pelos trabalhadores da saúde, as quais envolvem um conjunto de condicionantes internos (características, capacidades e limitações dos trabalhadores de saúde) e externos (envolvimento físico, turnos de trabalho, tecnológico, situações estruturais, entre outros) que podem repercutir na segurança do paciente (SOUSA-UVA; SERRANHEIRA, 2014).

No Brasil, a Segurança do Paciente faz parte da agenda política por meio de mobilizações do Ministério da Saúde (MS) junto à Organização Mundial da Saúde (OMS). Uma das estratégias estabelecidas pelo MS foi a promulgação da Portaria nº 529/2013, com a instituição do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que tem como objetivo promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2013).

Ao dirigir-se à segurança do paciente, tem-se a preocupação com o trabalhador e o ambiente em que o mesmo atua. A Lei n. 8080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, tem como um dos objetivos e atribuições a execução de ações de saúde do trabalhador que inclui, dentre outras, o controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho e avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde (BRASIL, 1990). É relevante ressaltar que, em 2012, foi instituída a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora que, no capítulo dos princípios e diretrizes, considera que para implementar tal política é necessário intervir sobre

os fatores determinantes na saúde dos trabalhadores por meio das ações individuais e coletivas de promoção, prevenção, vigilância dos ambientes, processos e atividades de trabalho (BRASIL, 2012).

Dentre os trabalhadores que atuam na área da saúde, destacam-se os trabalhadores de enfermagem, que se deparam, constantemente, com sofrimentos, medos, conflitos, tensões, ansiedade e estresse, convivência com a vida e morte, longas jornadas de trabalho, entre tantos outros fatores inerentes ao seu cotidiano. Estes fatores podem influenciar a saúde destes trabalhadores, pois as características referentes ao trabalho partem de um processo organizativo influenciado pela fragmentação, ou seja, que segue os princípios taylorizados e tem como objeto de trabalho o sujeito doente (MARTINS; ROBAZZI; BOBROFF, 2010).

O trabalho da equipe de enfermagem está presente 24 horas por dia nas instituições de saúde que prestam cuidados ao paciente e caracteriza-se por ser intensivo, exigindo dos trabalhadores alta produtividade em tempo limitado, o que determina, conforme Girondi e Gelbcke (2011), a necessidade de divisão do trabalho em turnos devido à assistência prestada aos pacientes. Na prática assistencial, os técnicos e auxiliares de enfermagem desenvolvem, rotineiramente, ações que envolvem, em grande parte, o esforço físico, mental e psicológico (MAGNAGO et al., 2010) que, somado ao trabalho em turnos pode repercutir na sua saúde e na segurança do paciente e do trabalhador.

As consequências do trabalho em turnos na saúde do trabalhador estão relacionadas ao turno de trabalho e ao ritmo normal do organismo, isto é, com os ritmos circadianos, os quais podem provocar perturbações fisiológicas e psicológicas (COSTA, 2009), o que pode interferir na saúde do trabalhador e nas práticas assistenciais da enfermagem, em especial, na segurança do paciente.

O interesse por investigar a segurança do paciente nos turnos de trabalho provém de experiências profissionais como enfermeira, sujeita ao trabalho em turnos (diurno: das 7 horas às 13 horas, das 13 horas às 19 horas, e noturno, das 19 horas às 7 horas). O hospital em que se realizou o estudo consiste no local de trabalho da pesquisadora, porém, a mesma não atua na unidade assistencial em que foi realizada a pesquisa, como também, não há conflito de interesses.

Atuando como enfermeira assistencial e responsável por mais de uma unidade assistencial identificava, no turno diurno, uma concentração maior de procedimentos técnicos quando comparada ao turno noturno (como realização de banhos de leito, curativos, administração de medicamentos), o que me instigou sobre a possível interferência das demandas assistenciais na segurança do paciente.

Além disso, citam-se os resultados de um estudo desenvolvido na instituição em que foi realizada essa pesquisa sobre eventos adversos identificados pelos enfermeiros atuantes em uma instituição hospitalar. Está claro que os Eventos Adversos (EA) podem ocorrer com qualquer trabalhador, mas que a falta de capacitação, a sobrecarga de trabalho, as duplas jornadas, o cansaço físico e emocional que os trabalhadores da saúde estão submetidos, podem influenciar na ocorrência desses eventos (AOZANE et al., 2016).

Somado a isso, destaco minha participação no Grupo de Estudo e Pesquisa “Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem”, linha de pesquisa Saúde/sofrimento psíquico do trabalhador do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria-RS (UFSM), em que tive a possibilidade de aprofundar questões referentes à temática de saúde do trabalhador. Pude perceber que muitas das práticas relacionadas à segurança do paciente, são dependentes de fatores que envolvem a saúde do próprio trabalhador como, por exemplo, a realização do trabalho em turnos.

Ao me direcionar à segurança do paciente, descrevo que nos últimos anos tenho me dedicado a temática da Segurança do paciente por meio de leituras, experiências profissionais, participação em eventos científicos, cursos e participação em núcleos que discutem sobre o assunto. O fato de participar das discussões sobre a segurança do paciente no Núcleo de Segurança do Paciente da instituição pesquisada e integrar o Núcleo de Segurança do Paciente do município em que resido, fomenta minhas inquietações, reflexões e o desejo de refletir acerca de estratégias para uma assistência a saúde mais segura aos envolvidos no cuidado. Ainda é importante destacar que há lacuna no que se refere a produções nacionais e internacionais sobre a segurança do paciente, sendo clara e urgente a necessidade de aprofundamento das discussões sobre o assunto (REIS; SILVA, 2016).

Para delimitar o enfoque para esta pesquisa, primeiramente foi realizado um estudo de tendências em maio de 2016, com o objetivo de identificar lacunas referentes à produção científica sobre a cultura de segurança. Foi realizada uma busca no Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e da Associação Brasileira de Enfermagem - Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem (ABEn/CEPEn), utilizando-se o termo não controlado “cultura de segurança do paciente”. Assim, foram incluídas teses e dissertações desenvolvidas por enfermeiros nos programas de pós-graduação em enfermagem ou por enfermeiros em outros programas, cuja abordagem central fosse cultura de segurança do paciente.

Definiu-se o recorte temporal 2013-2015, tendo em vista a implantação da Portaria Nº 529 estabelecida em 01 de abril de 2013, a qual instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente e foram excluídas as produções não relacionadas diretamente à temática.

A seleção dos estudos foi realizada mediante a leitura de títulos e resumos, com base nos critérios supracitados, sendo selecionadas 19 publicações para análise. Os resultados da pesquisa apontam que são necessárias mudanças culturais, principalmente na abordagem dos erros, considerando que persiste uma resposta punitiva aos trabalhadores de enfermagem. Também foi identificada a fragilidade da cultura de segurança do paciente, reforçando-se a necessidade de maior investimento da gestão para a promoção de uma cultura voltada para a segurança do paciente, requerendo mudança de atitudes, a capacitação de toda a equipe sobre o tema e o envolvimento de todos trabalhadores nos diferentes níveis hierárquicos (TOMAZONI et al., 2014; COSTA, 2014).

A análise das publicações também evidenciou que os trabalhadores da enfermagem referem que não há uma preocupação constante dos supervisores com a garantia das etapas corretas dos procedimentos, pois, em situações em que há maior pressão, é solicitado aos trabalhadores que desenvolvam suas atividades rapidamente, não sendo observados os problemas relacionados à segurança, que acontecem repetidamente (COSTA, 2014). Outro estudo aponta a falta de cooperação entre os trabalhadores das diferentes unidades de trabalho quando há uma sobrecarga de trabalho em alguma delas, que, somado ao número insuficiente de trabalhadores, desencadeado pelos atestados de afastamento por motivos de saúde de longa duração, constituem alguns dos fatores que podem interferir na segurança do paciente e na saúde do trabalhador (MISIAK, 2013).

Dessas produções científicas, foram identificados estudos com abordagem quantitativa, em sua maioria, com destaque para a avaliação da cultura de segurança e a ocorrência de eventos adversos, não sendo identificados estudos sobre a segurança do paciente nos diferentes turnos de trabalho, constituindo-se em uma lacuna do conhecimento, o que justifica a realização desta pesquisa.

Acrescenta-se que a enfermagem é considerada uma profissão de risco devido à exposição à qual o trabalhador se submete diariamente, e sua atividade pode desencadear acidentes em serviço, doenças ocupacionais, comprometendo a segurança do paciente e do trabalhador. Alguns fatores contribuem para a ocorrência dos riscos ocupacionais e refletem na segurança do paciente, como: número insuficiente de funcionários, sobrecarga de trabalho, rodízio de turnos dos plantões noturnos, desgaste mental e emocional, condições físicas impróprias, falta de capacitação profissional, dentre outros aspectos. Deste modo, são

necessários estudos científicos que contribuam para as discussões acerca da segurança do paciente (SILVA; PINTO, 2012; CRUZ, 2016). Desta forma, torna-se necessário a identificação das interfaces da segurança do paciente e os turnos de trabalho da enfermagem para que, a partir disto, sejam planejadas alternativas para contribuir com a redução de danos durante o período de hospitalização.

Logo, a partir do exposto, tem-se como objeto deste estudo a percepção de técnicos de enfermagem que atuam em turnos acerca da segurança do paciente.

A questão de pesquisa foi: Qual a percepção de técnicos de enfermagem que atuam em turnos sobre a segurança do paciente?

1.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer as percepções de técnicos de enfermagem que atuam em turnos sobre a segurança do paciente.

1.1.1 Objetivos Específicos

- Identificar ações de segurança do paciente realizadas em uma unidade clínica;
- Identificar sugestões para melhorar as práticas de segurança do paciente.

Considera-se que os objetivos estabelecidos nesta pesquisa, permitem à discussão da temática segurança do paciente na instituição de saúde e o trabalho em turnos, visando o conhecimento dos trabalhadores, reconhecimento e adesão as práticas de segurança do paciente e, a implementação de ações que contribuam para a eficácia de um cuidado mais seguro.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo serão abordados elementos teóricos que permitem a construção da problemática de investigação. Para tanto, foram elaborados os seguintes eixos: o trabalho em turnos e a relação com a enfermagem, e as iniciativas e práticas de segurança do paciente.

2.1 TRABALHO EM TURNOS E A RELAÇÃO COM A ENFERMAGEM

A organização temporal do trabalho em turnos tem causado impactos psicofisiológicos nos trabalhadores e as organizações têm enfrentado algumas dificuldades, como problemas na administração de pessoal, nas comunicações, na manutenção de elevados níveis de segurança no trabalho, somando-se às dificuldades já existentes, intrínsecas ao trabalho em turnos e noturno (FISCHER et al., 2003).

O sistema de trabalho em turnos e no período noturno é muito utilizado atualmente e o mesmo causa alterações no organismo e na vida social (MORENO et al., 2003). As mudanças históricas ocorridas no mundo do trabalho, como a organização do trabalho em turnos, têm refletido na saúde e segurança dos trabalhadores (SILVA, 2014).

Os marcos históricos do trabalho em turnos estão apresentados no Quadro 1.

Quadro 1 – Marcos histórico com fatores determinantes no trabalho em turnos

PERÍODO	FATORES DETERMINANTES		TRABALHO EM TURNOS E NOTURNO
Idade Média			
Início: 476	Migração Cidade → Campo	Predomínio do trabalho artesanal durante o dia	Redução do trabalho noturno
Final: 1453	Extração mineral	Intensificação da atividade mineira	Trabalho noturno nas minas
Revolução Industrial			
1700-1850	Mecanização Urbanização	Uso do carvão	Fábricas funcionam a noite
	Campo → cidade	Incorporação de homens, mulheres e crianças.	Jornadas prolongadas: 12-16 horas
1800-1900	Iluminação	Substituição progressiva Óleo → gás → querosene	Intensificação do trabalho noturno
1900-2004	Tecnociência Automatização Robotização	Sociedade 24 horas: Continuidade tecnológica e de informação	Trabalho em turnos se incorpora de modo definitivo na realidade

Fonte: (Araújo, 2007).

Observam-se algumas mudanças que foram marcantes na Idade Média na descrição do quadro exposto, como a diminuição do trabalho noturno por conta da migração populacional das cidades para o campo e da predominância das atividades artesanais que ocorriam, principalmente, durante o dia.

Na era industrial, uma das limitações da realização do trabalho no turno noturno era a deficiente iluminação por lâmpadas a óleo. Nos anos de 1800 surgiu a iluminação a gás e, posteriormente, a iluminação a querosene, o que contribuiu para minimizar esta limitação (SILVA, 2014).

Com a invenção da lâmpada elétrica no final do Século XIX, em 1879, por Thomas Edison, tornou-se possível estender a jornada de trabalho para o horário noturno. Desta forma, os limites entre o dia e a noite não foram mais respeitados para a vigília e descanso dos trabalhadores (FISCHER, 2004). Assim, tem-se observado, nas últimas décadas, o aumento dos serviços oferecidos no turno noturno, principalmente pela exigência da sociedade da disponibilidade de diversos serviços para suprir as necessidades ininterruptamente. Destaca-se a enfermagem, dentre esses serviços oferecidos no cenário hospitalar, a qual é organizada em turnos com o objetivo de dar continuidade à assistência aos pacientes durante as 24 horas do dia (SILVA, 2014).

O trabalho hospitalar integra os chamados serviços essenciais, que são disponibilizados à população diuturnamente. Na área hospitalar, a maioria dos profissionais exerce atividades em equipes que se revezam, caracterizando o regime de turnos ou plantões. No Brasil, os hospitais adotam tradicionalmente os turnos fixos (diurnos ou noturnos), o que, aliado a outros fatores, favorece o engajamento em mais de um vínculo de trabalho (PORTELA, 2012).

O trabalho em turnos tem como característica a continuidade das atividades de produção ou prestação de serviços “alcançada pela participação de várias turmas que se sucedem nos locais de trabalho” (FISCHER; MORENO; ROTENBERG, 2004, pg. 06). Pode ocorrer ininterruptamente ou ser interrompido por horas à noite, nos fins de semana ou em dias determinados. Desta forma, frequentemente inclui o trabalho noturno e nos fins de semana, motivo pelo qual é referido como trabalho realizado fora dos horários usuais (FISCHER, 2004).

A seguir são descritos alguns termos de trabalho em turnos:

- turno: unidade de tempo de trabalho (6, 8 ou 12 horas, em geral);
- turno diurno: o trabalhador tem jornada de trabalho que corresponde a horários de trabalho diurnos, entre as 5 e 18 horas;

- turno noturno: o trabalhador desenvolve suas atividades em período noturno fixo que, pela legislação brasileira, deve ocorrer a partir das 22 horas de um dia até, pelo menos, as 5 horas do dia seguinte;
- turno contínuo: o trabalho é realizado durante 24 horas diárias, sete dias por semana, o ano todo;
- turno fixo: o trabalhador tem horário fixo de trabalho, seja diurno ou noturno;
- turno alternante ou em rodízio: os trabalhadores são escalados para trabalhar em determinado horário por alguns dias, semanas, quinzenas ou meses e, após, passam a trabalhar em outro horário ou período (FISCHER, 2004).

No contexto do trabalho, é importante considerar a singularidade do trabalhador e a sua disposição em determinado horário do dia para realizar as atividades, seja manhã, tarde ou noite, pois pode haver o comprometimento da saúde do trabalhador e da assistência prestada (SILVA, 2014).

Estudo de revisão da literatura mostrou que o trabalho em turnos e longas horas de trabalho estavam relacionados à redução do sono, prejudicando o desempenho no trabalho e as funções cognitivas. Tais aspectos do trabalho também aumentam o risco de acidentes e de ampla gama de doenças crônicas como: a obesidade, distúrbios cardiovasculares e gastrointestinais (CARUSO, 2014). A autora também observa que a fadiga e a privação do sono relacionada ao trabalho aumentam o risco de acidentes veiculares, podendo colocar outros em risco durante o trajeto.

Outro estudo evidencia que o trabalho noturno altera a rotina de vida dos trabalhadores de enfermagem, com algum tipo de alteração quando iniciaram no trabalho noturno como, por exemplo, sono acumulado, cansaço, dispersão, esquecimento, depressão, aumento do apetite e, como consequência, o aumento de peso, acúmulo de atividades sem rotinas diárias, diminuição do tempo de lazer e insônia (CECHIN et al., 2014).

O trabalho realizado no turno noturno pela equipe de enfermagem necessita de atenção por parte dos gestores no que se refere à saúde do trabalhador e à qualidade da assistência prestada aos pacientes. Isso constitui um desafio para os trabalhadores, administradores e gestores das instituições de saúde, visto que as manifestações na saúde deste trabalhador ocorrem de forma gradual, muitas vezes, de maneira imperceptível ou banalizada, mas com a tendência de se cronificar no decorrer do tempo, apresentando impactos sobre a saúde do trabalhador (SILVA, 2014).

Estudo sobre a saúde do trabalhador de enfermagem que atua em turnos evidenciou que sintomas de saúde foram relatados pelos trabalhadores de enfermagem como: alterações

gastrointestinais (distúrbio de apetite, sensação de má digestão, azia ou queimação), ganho de peso, irritabilidade, insônia, dores de cabeça, dificuldade de concentração, sensação de depressão ou infelicidade, sensação da diminuição da autoestima e labilidade de humor (MENDES; MARTINO, 2012).

Pesquisa realizada com 12 gerentes de enfermagem atuantes em hospitais nos cenários sul, sudeste, centro-oeste, norte e nordeste do Brasil permitiu conhecer a percepção destes sobre a relação entre a saúde dos trabalhadores de enfermagem e a segurança dos pacientes. Este estudo destaca que os gerentes de enfermagem referem sofrimento por perceberem que a força de trabalho está doente, entretanto, o processo de trabalho exige que a assistência ao paciente seja realizada. Também mencionam uma preocupação e referem angústia com a segurança do cuidado dispensado aos pacientes, tendo em vista a gravidade do adoecimento dos trabalhadores de enfermagem que, muitas vezes, pode ser negligenciada nos serviços de medicina do trabalho e nas instituições (BAPTISTA et al., 2016).

No que se refere ao turno de trabalho, pesquisa realizada com pacientes assistidos em uma unidade clínica de um hospital de ensino aponta que o turno diurno é mais propício para a ocorrência de incidentes, o que está associado ao modo de organização do trabalho, já que as atividades da clínica são concentradas nesse período. Este mesmo estudo refere que os incidentes identificados, em sua maioria causaram danos aos pacientes. Os fatores que contribuíram para a ocorrência foram falhas na comunicação profissional/paciente, a falta de atenção e consideração do profissional sobre o que o paciente está informando, e até a sobrecarga de trabalho dos profissionais (BEZERRA et al., 2016).

Outro estudo menciona que os trabalhadores que atuam noturnamente, após o turno de trabalho, tem o sono inadequado e reduzido, o que os deixa mais suscetíveis a doenças por dormir fora do horário habitual. Menciona também outros fatores que podem contribuir para que o trabalhador não descanse adequadamente, pelo fato de que dormir de dia é extremamente desfavorável devido aos ruídos do trânsito parcela importante de trabalhadores de enfermagem é do sexo feminino, a qual acumula funções domésticas e o cuidado com os filhos, e é destacado que a baixa remuneração salarial faz o trabalhador optar por mais de um emprego (LISBOA et al., 2010).

Outro estudo refere que algumas características observadas entre os turnos, referentes à organização do trabalho e ambiente laboral, apresentam excesso de trabalho diurno associado à necessidade do cumprimento de rotinas, maior número de trabalhadores circulantes, manipulação dos prontuários, barulho provocado, o que pode gerar cansaço e falta

de atenção dos trabalhadores (CAMERINI et al., 2014). Estas características podem interferir nas práticas de segurança do paciente.

2.2 INICIATIVAS E PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE

O movimento direcionado à segurança do paciente teve seu início na última década do século XX, após a publicação do relatório do Institute of Medicine dos Estados Unidos (EUA), que apresentou os resultados de vários estudos que revelaram a crítica situação da assistência à saúde daquele país. Dados apontaram que de 33,6 milhões de internações, 44.000 a 98.000 pacientes, aproximadamente, morreram em consequência de eventos adversos (EA) (KOHN; CORRIGNAN; DONALDSON, 2001).

O movimento em prol da segurança do paciente tem promovido discussões na área da saúde pelos gestores e prestadores de serviços de saúde, entidades de classe e órgãos governamentais, a fim de melhorar a qualidade do cuidado nos diversos níveis de atenção à saúde (TASE et al., 2013). Estima-se que mais de 50% das atuais ações propostas para a efetivação de práticas seguras passam pelo cuidar da enfermagem (VARGAS; LUZ, 2010). A partir disso, tem-se que segurança do paciente é a diminuição do risco de danos desnecessários associados à atenção à saúde, até o mínimo aceitável (BRASIL, 2013a).

Dentre os cenários do cuidado de enfermagem, o ambiente hospitalar é aquele que proporciona aos assistidos uma complexidade de procedimentos e tratamentos, o que potencializa a chance de ocorrer incidentes (REBRAENSP, 2013). A utilização de protocolos institucionais é uma das formas de preveni-los.

Estudos evidenciam que a elaboração e a aplicação de protocolos do cuidado ou assistenciais impactam sobre a segurança e a qualidade do cuidado e, entre outros aspectos, na aceleração da recuperação, na redução de uma ou mais complicações, falhas e eventos adversos, na redução do tempo de internação e do custo hospitalar, na organização da equipe de trabalho e na satisfação dos pacientes e familiares (VARGAS; LUZ, 2010).

Outros importantes conceitos são apresentados na PNSP, conforme o quadro a seguir:

Quadro 2 – Conceitos apresentados na Política Nacional de Segurança do Paciente

Dano	Comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.
Risco	Probabilidade de um incidente ocorrer.
Incidente	Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.

Circunstância Notificável	Incidente com potencial dano ou lesão.
<i>Nearmiss</i>	Incidente que não atingiu o paciente.
Incidente sem lesão	Incidente que atingiu o paciente, mas não causou dano.
Evento Adverso (EA)	Incidente que resulta em dano ao paciente.

Fonte: (WHO, 2009; ANVISA, 2013).

O EA pode ocorrer por meio de vários fatores, como consequências de um encadeamento de fatores sistêmicos, os quais incluem as estratégias de uma organização, cultura de segurança, práticas de trabalho, abordagem de gestão da qualidade, da prospecção de riscos e da capacidade de aprendizagem a partir dos erros (WHO, 2004). 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 (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

Pode-se referir que a segurança do paciente é influenciada pela cultura de segurança existente nos serviços ofertados pelas instituições de saúde. Neste sentido, torna-se fundamental o processo de melhoria da segurança do paciente, com a necessidade do fortalecimento de uma cultura de segurança a nível organizacional, nas instituições de saúde (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

A Portaria MS/GM nº 529/2013 aponta que a Cultura de Segurança do paciente deve envolver todos os trabalhadores, tanto os que atuam no cuidado, como também os gestores, pacientes e familiares, assumindo responsabilidade pela sua própria segurança. A cultura, segundo a portaria, prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais, e encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança, promovendo o aprendizado organizacional (BRASIL, 2013a).

Para tanto, é necessário estabelecer uma cultura de comunicação de erros aberta e de aprendizado com os erros (URBANETTO; GERHARDT, 2013). É necessário que se estabeleça, por meio de uma cultura não punitiva, a identificação dos fatores causais, o que possibilita investir em ações que reduzam os riscos relacionados à assistência à saúde (TOMAZONI et al., 2014).

Iniciativas para a promoção da segurança do paciente têm sido desenvolvidas, como a criação da Aliança Mundial da Saúde, que tem como objetivo reduzir os riscos e minimizar os eventos adversos relacionados à assistência à saúde (BRASIL, 2013g). Da mesma forma, políticas ministeriais têm estabelecido planos estratégicos para tornar a assistência à saúde mais segura pelas instituições de saúde.

Salienta-se que em 2005, foi criada a Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente (RIENSP), em Concepción, no Chile, com o objetivo de traçar tendências e prioridades no desenvolvimento da enfermagem na área da “Segurança do paciente”, e discutir cooperação e intercâmbio de informações entre os países e necessidades de fortalecimento do cuidado de enfermagem a partir de evidências científicas (CALDANA et al., 2015).

Neste contexto, a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP) fundada em 2008, consiste também em uma estratégia que busca promover articulação e cooperação técnica entre profissionais, instituições, gestão, pesquisa, com o objetivo de contribuir para a segurança do paciente (CALDANA et al., 2015). O trabalho da REBRAENSP está estruturado em pólos e núcleos, cujo propósito principal é disseminar a importância de mudanças culturais e da implementação da cultura de segurança nas instituições. Atualmente, é formada por mais de 600 enfermeiros, distribuída em 24 pólos/núcleos em estados e cidades (CALDANA et al., 2015).

Estratégias do Ministério da Saúde (MS) desenvolvidas por meio da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) incluem o desenvolvimento de seis protocolos operacionais relacionados à terapia medicamentosa, ao risco de quedas, à higienização das mãos, à prevenção da úlcera por pressão, à identificação do paciente e à segurança durante procedimentos cirúrgicos, vindo ao encontro da redução de riscos decorrentes da assistência à saúde (BRASIL, 2014).

Pode-se referir que o desenvolvimento dos protocolos direcionados à segurança do paciente torna as ações em saúde mais seguras, proporcionando que os trabalhadores envolvidos no cuidado ao paciente, de forma direta e indiretamente, sintam-se respaldados e o serviço em saúde seja ofertado com mais qualidade e segurança. Desse modo, a temática segurança do paciente vem sendo bastante discutida atualmente, mas ainda há a necessidade de se pesquisar as formas de atender aos anseios dos trabalhadores sobre métodos adequados de conduzir e melhorar a qualidade da assistência prestada por meio do controle e prevenção dos eventos adversos, com vistas a alcançar melhor avaliação da qualidade do cuidado (SILVA et al., 2016).

Avaliar os resultados assistenciais no contexto hospitalar, como: incidência de úlcera por pressão, incidência de erros na administração de medicamentos, EAs, integridade da pele, incidência de queda, dentre outros, permite mudanças neste cenário que torna-se cada vez mais complexo a cada dia (CALDANA et al., 2011; COSTA, 2014).

Pesquisa realizada com os trabalhadores de enfermagem de unidades clínica e cirúrgica de um hospital constatou que 87,7% dos participantes cumprem 30 ou mais horas semanais de trabalho, podendo estar atuando em diferentes turnos. Este dado pode contribuir para a identificação do risco de exaustão, como, também, desatenção dos trabalhadores, o que leva a falhas e alerta para a necessidade de uma distribuição equilibrada dos mesmos nos locais de trabalho, pois pode predispor a enfermagem a provocar algum dano ao paciente (MAGALHÃES; DALL'AGNOL; MARCK, 2013). Os autores supracitados apontam que os maiores riscos aos quais os pacientes são expostos referem-se a algumas atividades frequentemente realizadas pelas equipes de enfermagem, como o transporte de pacientes, banho no leito e administração de medicamentos.

Estudo realizado com a equipe de enfermagem sobre a segurança do paciente na administração de medicamentos, em um hospital particular de médio porte, destaca que, para aprimorar a segurança do paciente, é preciso estar em constante atualização profissional, conhecer e entender as especificidades da instituição, do serviço, analisar o cenário de trabalho e como a equipe desenvolve suas atividades e a complexidade destas ações, entre outros. Portanto, isto pode favorecer a implantação de estratégias para práticas assistenciais mais seguras e também contribui para sinalizar comportamentos a serem evitados (SIQUEIRA et al., 2016).

Outro estudo menciona como importantes condutas que podem ser efetivas na prevenção de EA, a supervisão das condições de saúde dos profissionais, a melhoria da comunicação e trabalho em equipe, a implantação de protocolos direcionados à segurança do paciente e a redução da sobrecarga de trabalho (SOUSA et al., 2013).

Ao remeter-se à segurança do paciente e saúde do trabalhador, tem-se a necessidade de refletir acerca dos componentes que acarretam práticas inseguras e propor estratégias condizentes, fundamentadas em processos eficazes, no intuito de minimizar, ao máximo, prejuízos aos pacientes e aos trabalhadores dos serviços de saúde (BAPTISTA et al., 2016).

Dessa forma, torna-se pertinente a realização deste estudo, que buscou contribuir para a construção do conhecimento relacionado à segurança do paciente na área da saúde, em especial na enfermagem, com vistas a proporcionar práticas mais seguras.

3 MÉTODO

Neste capítulo será apresentado o caminho metodológico utilizado para o desenvolvimento da presente pesquisa, sendo descritos o tipo de estudo, cenário do estudo, participantes, coleta de dados, análise de dados e considerações éticas.

3.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo de abordagem qualitativa, do tipo exploratório-descritivo. A abordagem qualitativa é utilizada quando se aborda o estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, as quais resultam da interpretação humana acerca de suas vivências e sentimentos. O método qualitativo é utilizado ao se investigar o dinamismo da vida individual e coletiva, com toda a riqueza de significados, e caracteriza-se “pela empiria e pela sistematização progressiva do conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo ou processo em estudo” (MINAYO, 2014, p. 57).

Turato (2003) refere que, no contexto da metodologia qualitativa aplicada à saúde, não se busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas. Entende-se que “o significado tem função estruturante: em torno do que as coisas significam, as pessoas organizam, de certo modo, suas vidas, incluindo seus próprios cuidados com a saúde” (TURATO, 2003, p.510).

O estudo do tipo exploratório compreende a etapa de construção do projeto até os procedimentos e testes para a entrada em campo, sendo constituído pelo tema a ser investigado, a delimitação do problema, definição do objeto e dos objetivos, hipóteses do estudo, marco teórico, instrumento de coleta de dados e da exploração do campo (MINAYO, 2014). Para Gil (2010) a fase exploratória proporciona maior familiaridade com o objeto do estudo.

A pesquisa descritiva tem por finalidade a descrição das características principais de uma determinada população, comunidade ou de um fenômeno. Destacam-se as características de buscar opiniões, atitudes e crenças de uma população (GIL, 2010).

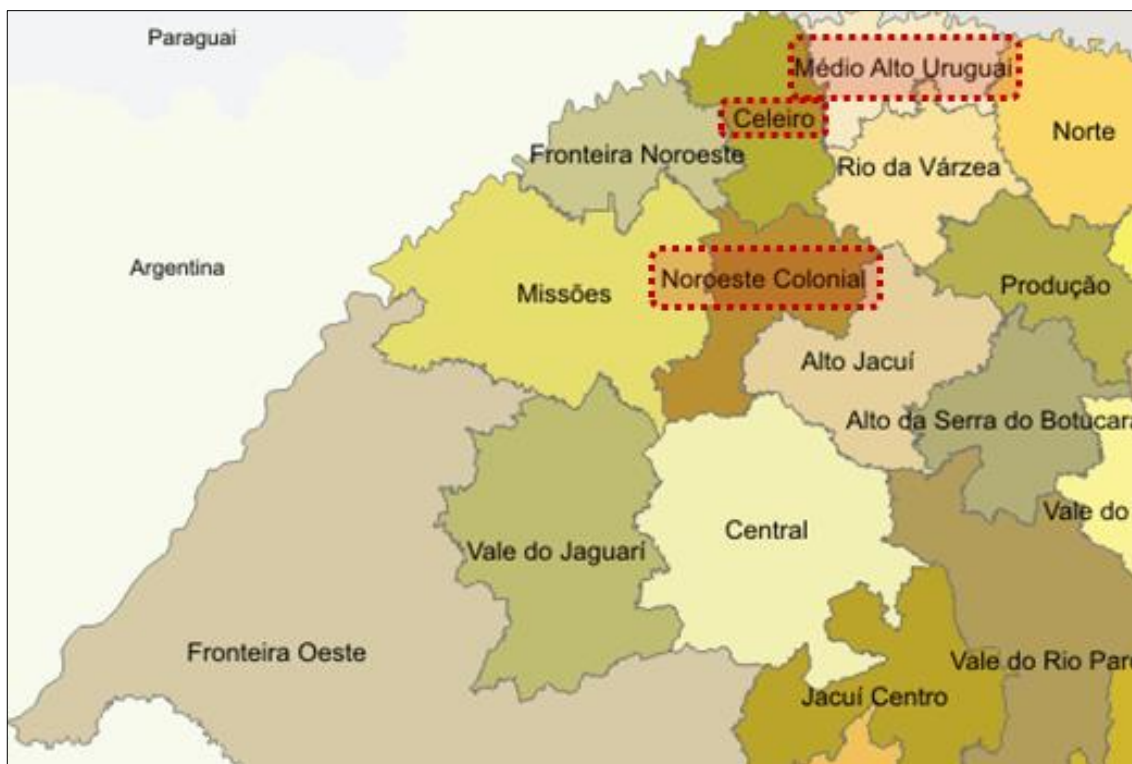
3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido em um hospital localizado na região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Trata-se de um hospital geral com 112 leitos, considerado referência para

a região noroeste em média e alta densidade tecnológica, o qual atende 52 municípios das regiões Noroeste, Celeiro e Médio Alto Uruguaí do Estado do Rio Grande do Sul.

A localização das regiões está representada na Figura 1.

Figura 1 – Regiões Noroeste, Celeiro, Médio Alto Uruguaí, atendidas pelo hospital



Fonte: Conselhos Regionais de desenvolvimento, 2014.

A instituição possui os seguintes setores em que há atuação da enfermagem: Unidades de Internação Clínica, Cirúrgica e Pediátrica; Pronto Atendimento (PA); Centro de Tratamento Intensivo adulto (CTI-A), neonatal e pediátrico (CTI-N); Centro Obstétrico (CO); Berçário (BE); Centro Cirúrgico e Sala de Recuperação Anestésica (CC/SRA); Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH); Serviço de Quimioterapia; e Centro de Diagnóstico por Imagem (CDI).

O desenvolvimento da pesquisa se deu em uma unidade de internação clínica deste hospital, com capacidade de 35 leitos. A mesma foi escolhida por ser o local onde o Núcleo de Segurança do Paciente do hospital iniciou a implantação de alguns protocolos de segurança do paciente em 2016, como, por exemplo, de identificação do paciente, de segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos e da prevenção de quedas. Além disso, essa unidade possui o maior número de pacientes internados e índices de prolongado tempo de internação, e pacientes crônicos, com doenças neurológicas e respiratórias.

No que se refere à organização do trabalho nos turnos, eles assim se distribuem: manhã (07:00-13:00); tarde (13:00-19:00) e noite (19:00-07:00).

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Na unidade de clínica médica atuavam 41 trabalhadores, sendo 37 técnicos de enfermagem, divididos em 12 trabalhadores no turno da manhã, 10 no turno da tarde e 15 no turno noturno e quatro enfermeiros. O critério de inclusão: possuir mínimo de seis meses de experiência na Unidade Clínica e ser técnico de enfermagem; e de exclusão: estar ausente do trabalho por licença de qualquer natureza. Foi realizado sorteio dos participantes por turnos de trabalho. Inicialmente foi sorteado um participante do turno da manhã, um da tarde e dois do turno noturno, tendo em vista o dia de descanso, sendo os demais participantes incluídos seguindo a mesma lógica.

Optou-se por não incluir os enfermeiros no estudo pelo fato que poderiam identificá-los, tendo em vista a atuação de quatro enfermeiros, alocados cada um no turno da manhã, tarde e noite.

Destaca-se que foram excluídos do estudo sete trabalhadores (duas em perícia médica, uma licença maternidade, quatro com tempo inferior de atuação na unidade ao critério de inclusão).

3.4 COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados foi empregada a técnica da entrevista, optando-se pela semiestruturada, a qual é composta de perguntas abertas e fechadas em que o entrevistado discorre sobre o tema em questão, sem se limitar ao questionamento enunciado pelo pesquisador (MINAYO, 2014).

Para tanto, foi elaborado um roteiro de entrevista (APÊNDICE A), o qual foi dividido em duas partes: a primeira contendo dados sociodemográficos (sexo, faixa etária, estado civil, filhos) e laborais (outro emprego, tempo de trabalho na categoria, turno de trabalho, escolha do turno, uso de medicação), e a segunda parte composta por perguntas subjetivas, abertas, que tratavam sobre as percepções acerca do trabalho da enfermagem e a segurança do paciente, fatores interferentes na assistência segura de enfermagem, conhecimento das ações desenvolvidas para a segurança do paciente na instituição e sugestões para melhoria da segurança do paciente. As entrevistas foram registradas em um gravador digital após o

consentimento do participante.

Depois da aprovação do projeto na instituição e no Comitê de Ética em Pesquisa, a pesquisadora entrou em contato com a coordenadora de enfermagem da referida unidade com o intuito de buscar informações sobre os profissionais que poderiam participar do estudo segundo os critérios estabelecidos.

O contato com os trabalhadores ocorreu no seu turno de trabalho com o intuito de apresentar a proposta. Mediante o aceite em participar do estudo, que ocorreu por meio da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), procedeu-se ao agendamento da entrevista conforme a disponibilidade de cada participante.

As entrevistas tiveram caráter individual e foram realizadas no período de abril a junho de 2017, em uma sala reservada, localizada nas dependências da instituição, espaço que garantiu a privacidade do participante. Após a aquiescência dos trabalhadores em participar da pesquisa, apresentou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo solicitada sua leitura e posterior assinatura em caso de concordância com os termos expostos.

A média de duração das entrevistas foi de 25 minutos, totalizando cerca de 360 minutos. Os participantes foram identificados pela letra P (participante), seguida de um número ordinal correspondente à ordem da realização da entrevista e a inicial do turno de trabalho (manhã – M; tarde – T; noite – N), exemplo: P1, M.

Também foi utilizada a observação sistemática não participante. Nessa perspectiva, a observação consiste em uma técnica de coleta de dados, utiliza os sentidos na obtenção de determinados aspectos da realidade, e não se limita a ver e ouvir, mas também examina fatos ou fenômenos que se deseja estudar (MARCONI; LAKATOS, 2010). O método adotado foi a observação sistemática, na qual o observador procurou perceber e caracterizar determinadas situações pertinentes ao objetivo de pesquisa, e responder a propósitos preestabelecidos. Sendo assim, a observação sistemática deve ser planejada com cuidado e sistematizada, ser objetiva, reconhecer possíveis erros e eliminar sua influência sobre o que vê ou recolhe (MARCONI; LAKATOS, 2010). Para desenvolver o proposto, foi elaborado um plano de observação. Gil (2010) refere que o plano de observação delimita o fenômeno a ser estudado, e engloba o que se deve observar, como registrar, o período e a duração do processo.

Dessa forma, utilizou-se um roteiro de observação (APÊNDICE B) que englobou a dinâmica de trabalho em equipe, organização/divisão do trabalho, comportamento da equipe diante de um problema ou atividade não prevista, esclarecimento de dúvidas para pacientes e familiares, procedimentos de segurança para o paciente e trabalhador e ocorrência de evento adverso e acidente de trabalho durante o período de observação.

A observação ocorreu em todos os turnos de trabalho, totalizando 36 horas. No início de cada turno de trabalho, após a passagem de plantão entre os técnicos de enfermagem, a pesquisadora esclareceu o objetivo de estar presente no local e que iria observar o trabalho da equipe de enfermagem. A etapa de observação ocorreu do início ao final do turno de trabalho, nos dias em que não era realizado à etapa da entrevista individual.

As observações foram registradas em um diário de campo, as quais integraram o corpus da análise. Os dados auxiliaram na compreensão das questões relacionadas à segurança do paciente nos diferentes turnos de trabalho da enfermagem, propiciando reflexões sobre o objeto da investigação. Para isso, foi utilizado o diário de campo, que compreende um recurso fundamental para a pesquisa, possibilitando o registro de observações, sentimentos e vivências, os quais subsidiaram a análise dos dados coletados (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000). Os fragmentos registrados foram lidos exaustivamente na busca da convergência com os demais dados do estudo e foram identificados por meio da sigla NO (notas de observação), seguida da data correspondente e pela inicial do turno, por exemplo: NO, 12/06/17, M.

O término da coleta de dados ocorreu na medida em que as informações tornaram-se reincidentes, não resultando em novos achados. Para Minayo (2014), o critério norteador para a amostra em pesquisas qualitativas não é o numérico, pois uma amostra, em estudo qualitativo, baliza-se numa proposta em que os colaboradores componham um conjunto diversificado, detenham os atributos que se pretende investigar e sejam em número suficiente que permita a reincidência das informações, critério conhecido como saturação de dados.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para análise dos dados foi utilizada a Análise de Conteúdo do Tipo Temática proposta por Minayo, que consiste em um conjunto de técnicas de pesquisa e procedimentos especializados e científicos que permitem inferir dados de um determinado contexto, mediante a organização, leitura e discussão dos dados coletados. Essa análise é composta de três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação (MINAYO, 2014), as quais serão detalhadas a seguir.

Após a realização das entrevistas, os dados audiogravados foram digitados em um editor de textos, constituindo o corpus da pesquisa. Os extratos das falas foram organizados em um quadro sistemático, que permitiu a melhor visualização e organização do material para a leitura da pesquisadora.

A etapa da pré-análise correspondeu à organização do material para posterior análise, com base na questão orientadora e objetivos do estudo. Esta etapa foi realizada mediante a escuta das gravações e a leitura flutuante, que consistiu no primeiro contato da pesquisadora com o material oriundo das entrevistas semi-estruturadas, a partir do qual emergiram as impressões iniciais da pesquisadora. Após, por meio de repetidas leituras, os extratos das falas foram sinalizados por cores diferentes no editor de textos, identificando, desta forma, as ideias semelhantes. Isto contribuiu para a interação da pesquisadora com as falas.

A segunda etapa compreendeu a fase de exploração do material. Nela foi identificado e realizado o recorte de informações comuns encontradas no conteúdo das falas transcritas, o qual possibilitou a constituição de categorias. Neste sentido, foram enumeradas as unidades de registro, que se referem a palavras, frases e expressões que dão sentido ao conteúdo das falas e sustentam a definição das categorias.

Após encontrar as unidades, tornou-se possível definir as categorias temáticas, por meio da busca dos temas que compuseram as unidades de registro. A categorização é um processo de redução do texto às palavras e expressões mais significativas, dentro do corpus de análise (MINAYO, 2014).

A última fase constitui-se no tratamento dos resultados obtidos e na interpretação. Nesta, buscou-se propor inferências e interpretações acerca dos resultados, sempre retornando aos objetivos do estudo. Desta forma, recortes realizados anteriormente foram analisados de acordo com a fundamentação teórica.

Os dados sociodemográficos e laborais dos participantes da pesquisa foram agrupados e descritos, utilizando-se as técnicas de estatística descritiva simples, a partir da apresentação dos mesmos com frequência e percentual.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O projeto foi inicialmente encaminhado para o setor de Educação Continuada da instituição para registro, avaliação e autorização da realização do estudo. Posterior à aprovação, foi registrado no Gabinete de Projetos (GAP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) e no Sistema de Informação Educacional (SIE) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), e, após, seguindo os preceitos éticos, o projeto foi registrado na Plataforma Brasil, obtendo parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa sob Certificado de Apresentação para Apreciação Ética, CAAE nº 65333317.3.0000.5346 em 25/03/2017 e nº Parecer: 1.982.855 (ANEXO A).

Os trabalhadores que aceitaram participar da pesquisa foram informados sobre o anonimato, da voluntariedade da participação e que poderiam desistir do processo de investigação a qualquer momento, sem qualquer represália, se assim o desejassem. Também foram informados sobre os benefícios indiretos que a pesquisa poderia proporcionar, como o planejamento de intervenções para a segurança do paciente. Posterior aos esclarecimentos, foi entregue uma via do TCLE (APÊNDICE C), solicitada a leitura e assinatura em caso de concordância com os termos expostos, uma via ficando com o participante e a outra, com o pesquisador.

Além do TCLE, tem-se o Termo de Confidencialidade (APÊNDICE D), por meio do qual a pesquisadora se compromete a preservar a privacidade dos trabalhadores e resguardar que estas informações sejam utilizadas para a execução do presente estudo e composição de um banco de dados.

Em observância à legislação, foram respeitados os preceitos éticos para a realização de pesquisa com seres humanos, conforme as diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Resolução CNS 466/2012).

Destaca-se que, após a análise dos dados com posterior defesa pública da dissertação, a pesquisadora agendará um momento para a devolução dos dados para os trabalhadores do estudo e para a instituição.

Os dados produzidos neste estudo serão armazenados pela coordenadora da pesquisa, Enfa. Profa. Dra. Rosângela Marion da Silva, na sala 1305 A, localizada no Centro de Ciências da Saúde, prédio 26 da Universidade Federal de Santa Maria, por um período de cinco anos, sendo após este período destruídos.

O estudo não acarretou riscos potenciais ou reais à saúde dos trabalhadores. No entanto, estava previsto no projeto que as questões suscitadas durante a entrevista semiestruturada mobilizariam trabalhadores a refletirem sobre o trabalho da enfermagem em turnos e a segurança do paciente, o que poderia causar algum grau de desconforto. Caso isso ocorresse, havia a possibilidade da interrupção, podendo o trabalhador optar por continuá-la em outro momento ou não, conforme o seu desejo. No que tange aos benefícios, o estudo permitiu a oportunidade aos trabalhadores de refletirem sobre estas questões no momento da entrevista, de tal modo a contribuir para uma prática mais segura e com redução dos danos ao paciente durante o período de hospitalização.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir serão apresentados os dados relativos às características sociodemográficas dos participantes do estudo e às categorias temáticas resultantes do processo de análise das entrevistas, ilustradas com fragmentos das entrevistas.

Participaram da pesquisa 14 técnicas em enfermagem da unidade clínica, sendo quatro do turno da manhã, quatro do turno da tarde e seis do turno da noite. A Tabela 1 apresenta a distribuição das características sociodemográficas.

Tabela 1 – Características sociodemográficas e laborais relacionadas aos trabalhadores do estudo. Brasil, RS, 2017 (n=14)

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	14	100
Faixa etária		
20 a 29	07	50
30 a 39	06	42,85
40 a 49	01	7,15
Estado civil		
Com companheiro	07	50
Sem companheiro	07	50
Filhos		
Com filhos	10	71,42
Sem filhos	04	28,58
Tempo de trabalho na categoria		
≤ 5 anos	08	57,15
6 a 10 anos	05	35,71
11 a 15 anos	01	7,14
Turno de trabalho		
Manhã	04	28,57
Tarde	04	28,57
Noite	06	42,85
Escolha do turno de trabalho		
Sim	08	57,15
Não	06	42,85
Outro emprego		
Sim	0	-
Não	14	100
Uso de medicação		
Sim*	03	21,42
Não	11	78,58

Fonte: Dados da pesquisa.

Legenda: *Tipos de medicações utilizadas (Puran, Escitalopram).

Todos os participantes da pesquisa foram do sexo feminino. Estudo realizado com a equipe de enfermagem também identificou a representatividade feminina, situação relacionada ao fato de haver mais mulheres atuantes na profissão (BARBOSA et al., 2015).

Em pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) sobre o perfil dos trabalhadores de enfermagem, foi identificado que a equipe de enfermagem é predominantemente feminina, sendo composta por 84,6% de mulheres (COFEN, 2015).

Escolheram o turno de trabalho 57,15% e 100% não possuíam outro vínculo empregatício. O fato de não possuir outro vínculo empregatício sugere favorecimento da saúde do trabalhador e da segurança do paciente. Corroborando, a variável relacionada a outro vínculo empregatício mostra-se positiva, pois nenhum dos trabalhadores tinha dupla jornada de trabalho. Pode-se referir que isto favorece a segurança do paciente e do trabalhador. Estudo aponta que o profissional que tem dupla jornada de trabalho fica exposto a altos níveis de estresse, maiores probabilidades de erros, sintomas físicos e biológicos, bem como a risco de acidentes de trabalho (LIMA, 2014).

Autores destacam que na elaboração de escalas de trabalho devem-se considerar as tendências individuais dos trabalhadores referentes à escolha do turno de trabalho e que isto favorece a segurança no trabalho, no controle de riscos e na redução dos agravos à saúde do trabalhador. Ainda nessa mesma perspectiva, a escolha do turno de trabalho contribuirá para o bem-estar do trabalhador e outros benefícios, oportunizando qualidade de vida e segurança para aqueles por ele assistidos (SILVA et al., 2015).

Neste estudo, ainda predominaram profissionais de enfermagem com idade entre 20 a 39 anos. Destaca-se que esta faixa etária é considerada mais produtiva e a satisfação do trabalho está diretamente ligada com o gostar do que se faz, reconhecimento pelo trabalho realizado, qualidade dos serviços prestados e relacionamento no trabalho (SANTANA et al., 2015).

Referente ao estado civil das participantes, 50% tinham companheiro, possuíam filhos 71,42% e 78,58% não faziam uso de medicações. Hilleshein et al. (2011) refere que o apoio familiar é importante para a preservação dos aspectos psicológicos do sujeito, mas também menciona que o fato de viver com companheiro e, até mesmo, ter filhos influencia negativamente na capacidade para o trabalho, devido aos afazeres domésticos e aos cuidados que as relações sociais demandam, acrescentando às exigências do trabalho e outras exigências físicas e mentais no lar.

Pesquisa realizada com trabalhadores noturnos, bem como aqueles sem uma rotina fixa de trabalho e de vida, indica que estão mais predispostos a distúrbios psíquicos e, se estes sintomas persistirem por tempo prolongado, podem resultar no desgaste físico e psíquico do trabalhador, culminando no adoecimento laboral (VIEIRA et al., 2013).

A análise dos dados provenientes das entrevistas possibilitou a construção de três

categorias temáticas, conforme apresenta o Quadro 3.

Quadro 3 – Categorias temáticas

CATEGORIAS TEMÁTICAS
1. Práticas sistematizadas de cuidado desenvolvidas para promover a segurança do paciente
2. Segurança do paciente e suas interfaces nos turnos de trabalho da enfermagem
3. Segurança do paciente: o que fazer para melhorar?

A seguir serão apresentadas e discutidas as categorias.

4.1 PRÁTICAS SISTEMATIZADAS DE CUIDADO DESENVOLVIDAS PARA PROMOVER A SEGURANÇA DO PACIENTE

Nesta categoria evidenciou-se a exigência de algumas ações relacionadas à segurança do paciente, como a identificação do paciente e os cuidados com a administração de medicamentos. Com isto, o cuidado ao paciente tornou-se diferenciado ao ser comparado há outros momentos em que não existiam estratégias em prol da segurança do paciente. A importância da corresponsabilização do paciente e acompanhante junto ao trabalhador na segurança do paciente foi destacada pelas participantes, bem como a necessidade da consciência individual do trabalhador para que ocorra mudança de cultura.

As participantes relataram que houve mudanças de condutas com relação às questões que envolvem a segurança do paciente nos dias atuais, quando comparadas há alguns anos. Percebe-se, por meio dos depoimentos, que outros olhares para a segurança do paciente se fazem presente, expressos pela manifestação de preocupação por parte dos trabalhadores com o cuidado seguro.

Antes parece que era mais solto, mais liberal, agora não! Agora, desde o início que o paciente chega na unidade, já começando com a identificação na cabeceira, uso da pulseira, isso foi uma modificação que eu vi nos anos que eu trabalho aqui. (P11, N)

Só porque o paciente caminhava, não levantava as grades, mas o paciente pode dormir, pode ter uma queda, está bem mais tranquilo, questão de ir no banheiro eles não arriscam ir sozinhos, eles chamam, isto deixa a gente bem mais tranquilo, tu sabe que não vai acontecer nada. (P1, M)

Era uma coisa atrás que a gente não tinha essa visão, a gente pensava: se o paciente está bem, lúcido, não imaginava que ele vai cair, mas aconteceu casos de pacientes que podem cair da cama. (P13, N)

Quando tu entrava no quarto, o paciente estava deitado no sofá e o familiar deitado na cama. Antigamente poderia isso, tu dar um comprimido, às vezes um paciente idoso não escuta direito, concorda com a gente, com os nomes que a gente fala, agora nós temos uma segurança. (P14, N)

Eu trabalho há dois anos aqui no hospital, e há dois anos não era tão cobrado assim, tipo não tinha plaquinha de identificação, às vezes o paciente não tinha pulseira ou ficava sem pulseira até a alta. (P5, M)

De uns tempos para cá, como as camas do hospital têm as grades, a gente procura erguer as grades dos leitos, mesmo para os pacientes conscientes, a gente explica que há sempre risco de quedas. (P13, N)

Importantes iniciativas têm sido desenvolvidas pelo Ministério da Saúde direcionadas para ações de promoção da segurança do paciente e melhoria da qualidade dos serviços de saúde, estabelecidas em 2013, por meio de portarias. A aprovação dos Protocolos Básicos de Segurança do Paciente, como identificação do paciente, prevenção de úlcera por pressão¹, segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, cirurgia segura, prática de higiene das mãos e prevenção de quedas, têm auxiliado as instituições na busca pela qualidade do cuidado (BRASIL, 2013b). Salienta-se que, no documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente, tem-se como estímulo a uma prática assistencial segura o uso dos protocolos, os planos de segurança do paciente dos estabelecimentos de saúde, a criação dos Núcleos de Segurança do Paciente, o sistema de notificação de incidentes, o Sistema de Notificação de Eventos Adversos no Brasil (BRASIL, 2014).

Neste estudo, identificou-se que os trabalhadores atuavam na segurança do paciente por meio de algumas ações que estão previstas nos protocolos, como a conferência da pulseira e placa de identificação, prevenção de quedas por meio da elevação das grades do leito, cuidados no preparo e administração de medicamentos, cuidados na prevenção de lesão por pressão, direcionando-se, desta forma, aos protocolos anteriormente descritos.

Os trabalhadores percebiam que os cuidados com a segurança do paciente favorecem a autoconfiança e a consciência individual sobre a segurança do paciente. Sinalizaram a necessidade de seguir as estratégias implantadas na unidade para não ocasionar erros. O termo “protocolo” não apareceu nos depoimentos, mas fica implícito nas falas, refletindo o que desenvolviam diariamente na sua atividade laboral. Sobre isso, autores referem que o desenvolvimento de estratégias simples e efetivas, como o seguimento de protocolos

¹A nomenclatura “Úlcera por pressão” foi modificada no dia 13 de abril de 2016 pelo *National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)*, organização norte-americana, sem fins lucrativos, dedicada à prevenção e ao tratamento de lesões por pressão. Esta entidade anunciou a mudança na terminologia para Lesão por Pressão e o novo termo deve ser utilizado por todos os profissionais de saúde, pois descreve com mais precisão as lesões em peles intactas e ulceradas (IBSP, 2016; SOBEST, 2016).

específicos, associadas às barreiras de segurança nos sistemas e à educação permanente, pode prevenir e reduzir riscos e danos nos serviços de saúde (OLIVEIRA et al., 2014).

A identificação do paciente como auxílio para uma assistência mais segura foi destacada pelas técnicas de enfermagem como sendo uma das barreiras. A utilização da pulseira ou placa identificação tem auxiliado no desenvolvimento do trabalho com segurança. É interessante observar o quanto essa medida tem repercutido na convicção dos técnicos de enfermagem na prestação do cuidado seguro.

As pulseiras que foram implantadas têm ajudado bastante, sabe, todo paciente que está com a pulseira rasurada a gente pede para trocar, a plaquinha de identificação também foi importante. (P5, M)

Tem a conferência e isso passa uma segurança a mais pra gente, tem a pulseirinha, agora tem a plaquinha de identificação também, então isso passa bastante segurança, sabe, tu chegar no quarto e olhar a pulseira. (P6, M)

Tu chega no leito, tu pode ler a pulseirinha, pode olhar a prescrição, pode olhar o leito lá na plaquinha, chamar o paciente pelo nome. Eu acho que dá uma segurança maior para o paciente e para gente também. (P10, N)

Eu achei ótimo as pulseirinhas, a etiqueta em todo material do paciente, a identificação na cabeceira, eu achei tudo muito bom, tu não tem como abordar um paciente achando que é o José e é o João, tu consegue trabalhar bem certinho com isso. Minha assistência fica mais prática e mais segura, ótimo de trabalhar. Quando não existia isso a atenção era dobrada, estar sempre ligada, pois tu não chegava no quarto e não tinha na cabeceira do leito a identificação, tu primeiro tinha que se apresentar e perguntar se é o seu João, é o seu José, porque tu tinha que ter certeza assim. (P12, N)

Notou-se que os trabalhadores, no início do plantão, no momento da divisão do quadro de pacientes, não assumiam pacientes com nomes iguais, como também se observou o cuidado do enfermeiro, ao liberar o leito para o setor da internação, de não deixar no mesmo quarto pacientes com nomes iguais ou semelhantes. (NO, 12/06/17, T)

Durante a divisão do número de pacientes para cada trabalhador, nota-se a preocupação da equipe de enfermagem em não assumir pacientes com nomes iguais ou semelhantes. Verificado fato em que a técnica de enfermagem percebeu que estava com os pacientes designados pelos nomes de “João Paulo” e a outro paciente “João Pedro”. A técnica de enfermagem passou a situação ao enfermeiro da unidade, no qual, foi realizada a troca de pacientes com outro colega. (NO, 22/05/17, N)

Observou-se a admissão de um paciente encaminhado pelo setor de internação do hospital ao posto de enfermagem da unidade clínica no momento em que foi recebido pelo técnico de

enfermagem. O paciente veio com a prescrição médica, o técnico de enfermagem conferiu o nome na prescrição médica e o boletim de internação e olhou o pulso do paciente que continha a pulseira de identificação. Notou-se que as informações na pulseira de identificação são impressas e colocadas no momento em que ocorre a admissão hospitalar pelo setor específico. (NO, 27/05/17, M)

Por meio da análise dos depoimentos e do registro das observações, percebe-se que a identificação do paciente promovida pelo uso da pulseira ou placa de identificação tem fortalecido a convicção do cuidado mais seguro. Ao encontro disso, autores citam que a estratégia de implantar pulseiras de identificação consiste em uma das ferramentas para promover o cuidado pela segurança dos pacientes, e se configura em uma prática de baixo custo para as instituições e de fácil inserção na rotina dos cuidados dos profissionais de saúde, devendo acontecer como um processo sistematizado, sendo um dos demais cuidados prestados aos pacientes (HOFFMEISTER; MOURA, 2015). Ressalta-se que, para assegurar a qualidade e segurança do cuidado no serviço de saúde, a prática da identificação correta do paciente é uma estratégia indispensável (REBRAENSP, 2013).

Menciona-se no estudo que os trabalhadores sentem-se mais seguros na administração de medicamentos e que a possibilidade de trocar nomes de pacientes no momento da administração de medicamentos é prevenida, pois existem etapas antecedentes que evitam a ocorrência de um evento adverso, como a identificação do paciente, placa de identificação à beira do leito, a prescrição médica junto ao paciente. Ao encontro disso, estudo enfatiza a importância de os profissionais de saúde verificarem a identificação dos pacientes antes da realização de qualquer procedimento, como também a utilização de placas de identificação dos pacientes que sejam de fácil visualização e o uso de pulseiras de identificação, notáveis medidas na prevenção de erros na administração de medicamentos (HOFFMEISTER; MOURA, 2015).

Destaca-se que o estabelecimento do protocolo de identificação do paciente ocorreu em 2013 pelo Ministério da Saúde, ANVISA e FIOCRUZ. Este protocolo tem a finalidade de garantir a correta identificação do paciente, a fim de reduzir a ocorrência de incidentes, também de assegurar que o cuidado seja prestado à pessoa para a qual se destina (BRASIL, 2013c). Este protocolo propõe, como intervenções, a educação do paciente, acompanhante/familiar e como estratégias de monitoramento: a notificação dos casos de identificação errada de pacientes e indicadores (BRASIL, 2013c).

Na instituição onde foi realizado estudo, este protocolo foi instituído em 2016, sendo uma das estratégias de sensibilização e adesão da equipe de enfermagem e demais profissionais da instituição, para a promoção da segurança do paciente e do trabalhador. Este protocolo foi implantado pelos integrantes do Núcleo de Segurança do Paciente do hospital. A sensibilização dos trabalhadores da enfermagem e demais profissionais sobre a identificação do paciente é fortalecida pelas auditorias do núcleo de segurança do hospital que ocorrem semestralmente, por meio de orientações e acompanhamento das coordenações dos setores que atuam direta ou indiretamente no cuidado ao paciente, pelas capacitações, que acontecem na admissão de trabalhadores designados aos diferentes setores, e das equipes de enfermagem, nutrição, farmácia, fisioterapia, higienização e lavanderia, manutenção, recepção e setor de internação e outros. Esta iniciativa consiste em um primeiro contato de muitos profissionais sobre a estratégia de identificação do paciente e também demonstra que existe investimento de lideranças do hospital para que a cultura de segurança seja construída pela mudança de atitudes de todos os trabalhadores.

Os trabalhadores mencionaram que os pacientes ficam desconfiados quando são realizados alguns cuidados. Sinalizaram a importância da conscientização individual sobre isso e a explicação dessa atitude para o paciente, no sentido de minimizar quaisquer dúvidas e proporcionar-lhe a segurança durante o período de hospitalização. Nota-se que, mesmo com as orientações para prevenir a ocorrência de um evento adverso, alguns pacientes são resistentes e não aderem às orientações.

Os pacientes ficam até meio assim: “Como vocês não sabem que sou eu, se o meu nome está ali, vocês não têm escrito lá no prontuário de vocês?” Aí eu respondo que agora é a identificação do senhor, para ter certeza que é o senhor mesmo, que pode ocorrer de ter uma outra pessoa internada com o mesmo nome do senhor, então isso é só para a gente assegurar que é você mesmo, eles ficam até espantados. Assim a gente tem que explicar que é para identificar o paciente. (P4, T)

Às vezes os pacientes ficam meio desconfiados: “Por que você está me perguntando tanta coisa?”. E a gente diz que é pela sua segurança, a gente tem que ter certeza que está dando medicação certa, qual seu médico, ah, sim, tal, a gente tem que ter certeza. (P5, M)

Os pacientes gostam quando tu chega no quarto e tu olha o nome do paciente, e olha a pulseira, identifica, quando tu vai administrar uma medicação e diz: Ó fulano – para a gente não citar nome – estou colocando tal medicação. Eles: “É, e para que é?”. Eles gostam, a gente dá uma abertura, eles, eles te fazem mil perguntas, mais isso é bom. [...]Então assim, tu passando segurança para o paciente, ele tem confiança no teu trabalho. Isso é o princípio de tudo, a confiança. (P3, T)

Paciente também se sente seguro que a gente também está conferindo, eles cobram também às vezes se a gente não olha, mostram, dão um jeito de mostrar a pulseirinha para a gente olhar, a gente vê que eles se sentem mais seguros também.

A minha parte eu fiz, tipo, pelo menos, orientei o paciente a erguer a grade, às vezes não tem como a gente obrigar eles, ou tu ergue, acaba erguendo a grade, e quando tu volta lá eles abaixaram a grade, não querem que tu erga. [...] A gente orienta para erguer a grade de proteção, já aconteceu de paciente cair, às vezes eles não querem, mas a gente orienta do risco de estar dormindo e acabar caindo. (P14, N)

Além disso, as mudanças no processo de administração de medicamentos é aspecto percebido como positivo pelas técnicas de enfermagem. Mencionaram que a utilização da prescrição médica junto ao leito possibilita maior segurança para o paciente e para o trabalhador, pois há necessidade de certificar-se do procedimento antes de realizá-lo.

A gente tinha os cartõezinhos na época, os cartõezinhos que eram feitos quando vinha o paciente lá da recepção, tinha os cartõezinhos, a gente separava as medicações nos cartõezinhos e levava os cartõezinhos na bandeja para o quarto. E se o paciente perguntasse o que era, a gente sabia só daquele horário ali. Não sabia explicar para o paciente o que ele tinha tomado durante a tarde, o que ele tinha tomado de medicação durante a manhã, e o que teria para ele fazer de medicação durante a noite. Eu acho que a prescrição indo para o quarto agora dá uma segurança maior para o paciente e para a gente também. (P10, N)

O paciente tem uma segurança, a gente checa no quarto a medicação na prescrição médica, pra ele ver que foi dado realmente aquela medicação. (P14, N)

Observou-se que os trabalhadores mantêm a organização individual no preparo dos medicamentos. Cada paciente tem uma bandeja com o número do leito que fica no posto de enfermagem, assim as medicações são separadas e organizadas para cada paciente e os trabalhadores dirigem-se ao leito com as medicações separadas nas bandejas correspondentes a cada paciente. Algumas das medicações de alta vigilância, como: morfina, heparina, cloreto de potássio, vinham identificadas com tarja vermelha pela farmácia. Constatou-se que no momento do preparo da medicação conferia-se a prescrição médica, item por item. (NO, 27/05/17, M) (NO, 22 e 29/05/17, N) (NO, 12/06/17, T)

Na observação do turno da manhã observou-se que o técnico de enfermagem ao retornar do leito do paciente para o posto de enfermagem não administrou medicação analgésica, informando ao enfermeiro da unidade assistencial que a paciente do leito X era alérgica à medicação prescrita. O técnico de enfermagem relatou ao enfermeiro que o uso da pulseira laranja no paciente evitou a ocorrência de um evento adverso, pois a mesma alertava para algum tipo de alergia, a qual foi verificada antes de realizar o possível procedimento. Essa situação foi comunicada ao médico assistente, substituindo por outra medicação analgésica, como também suspensa a medicação da prescrição médica. O enfermeiro comunicou à farmácia para não dispensar mais a medicação, como também realizou a notificação do

quase evento adverso em uma caixa de notificação alocada no posto de enfermagem. (NO, 27/05/17, M)

Nos depoimentos e nas observações percebeu-se que as técnicas de enfermagem estavam aderindo ao protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos que foi instituído em 2014 na instituição hospitalar. As técnicas de enfermagem procuravam sanar dúvidas relacionadas aos medicamentos antes de se dirigirem ao leito. Os pacientes são informados sobre as medicações a serem administradas, ocorre a conferência da identificação sinalizada pelo nome do paciente com a prescrição médica e se há registro de alergias.

Uma das iniciativas na instituição refere-se à identificação das medicações de alta vigilância por meio de um adesivo de coloração vermelho, como também sistema de informática possibilita inserir no prontuário do paciente a presença de alergia medicamentosa, ficando registrada permanentemente no sistema. Em hospitais que utilizam prontuários e prescrições eletrônicas, as alergias do paciente devem ser registradas no sistema eletrônico e constar em todas as prescrições emitidas para o paciente (BRASIL, 2013d).

O protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de medicamentos foi outra importante ação coordenada pelo Ministério da Saúde. Propõem a aplicabilidade em todos os estabelecimentos que prestam cuidados à saúde, em todos os níveis de complexidade em que medicamentos sejam utilizados para profilaxia, exames diagnósticos, tratamento e medidas paliativas. Sugere informações que devem constar na prescrição médica, como intervenções e observações: identificação do paciente e do prescritor, da instituição, data, legibilidade, medicamentos sem o uso de abreviaturas, denominação dos medicamentos, diferencial na prescrição de medicamentos com nomes semelhantes, expressão de doses, prescrições verbais devem ser restritas às situações de urgência/emergência, na admissão do paciente em unidades de saúde deverão ser relacionados quais medicamentos o paciente estava usando antes da internação, prescrição segura de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância e suporte eletrônico para prescrição (BRASIL, 2013d).

No trabalho da enfermagem é necessário desenvolver o trabalho com segurança. No depoimento a seguir percebe-se que a técnica de enfermagem cultivava o pensamento de que não podiam errar. As trabalhadoras desenvolviam suas atribuições técnicas que contribuíssem para a segurança do paciente, caso contrário, a imprudência poderia contribuir para a ocorrência de incidente.

Eles acham que a gente é perfeito e que a gente não pode errar! Então os pacientes estão seguros nas nossas mãos e, se a gente não passar isso pra eles, podem ficar inseguros e prejudicar o tratamento. (P5, M)

Todos os turnos, quando você trabalha com pessoas, tem que ter atenção, você está lidando com vidas, você não pode falhar. (P12, N)

Nós estamos cientes: se eu não cumprir com meu dever e com as minhas tarefas, ou com meu olhar tipo “isso não vai dar certo”, eu creio que isso aí é imprudência, e um profissional imprudente nenhuma instituição quer, por exemplo, o óbito do paciente, fazer uma medicação que o paciente é alérgico e não é dele, ele pode ir a óbito. (P8, M)

A assistência à saúde constitui-se em um sistema complexo que envolve serviços diferenciados, processos assistenciais, trabalhadores, pacientes e familiares e, diante disto, podem-se encontrar sistemas que possuem falhas e seres humanos passíveis de erros. O erro humano é um dos fatores que se destaca e a falta de compreensão sobre o erro pode acarretar para o profissional envolvidos sentimentos de vergonha, culpa e medo, dada a forte cultura punitiva ainda existente em algumas instituições (DUARTE et al., 2015).

Estudo refere que a ocorrência de erros deve ser interpretada como falhas ou não conformidades decorrentes de colapsos dos complexos sistemas técnicos e organizacionais relacionados à atenção em saúde e não como resultados isolados de ações profissionais (NOVARETTI et al., 2014). Nesse contexto, a enfermagem tem implementado subsídios e estratégias, como a utilização de protocolos e *checklists*, para realizar intervenções que possibilitem a assistência livre de danos aos pacientes, mais segura e com qualidade (LUZIA; ALMEIDA; LUCENA, 2014).

As trabalhadoras não mencionaram a higienização das mãos (HM) nas entrevistas, porém, nas observações esta prática acontece e considera-se indispensável para a prevenção de danos ao paciente. Em todos os quartos da unidade clínica existem dispensers de álcool gel e também no ambiente externo ao leito do paciente e posto de enfermagem, nas quais, as trabalhadoras ao entrarem nos quartos higienizam as mãos e ao saírem realizam o mesmo procedimento. Recomenda-se que sejam seguidos os cinco momentos de higienização das mãos que são: antes e após do contato com o paciente; antes da realização de procedimento asséptico; após a exposição a fluidos corporais; e/ou após contato com as áreas próximas ao paciente (BRASIL, 2013h). Observaram-se situações em que higienizar as mãos após contato com as áreas próximas ao paciente em área de circulação externa ao quarto do paciente, não foram realizadas, cita-se situações como: encaminhar pacientes para exame em outros setores e no retorno não se promoveu a HM, verificação do peso corporal do paciente, auxílio ao paciente no corredor da unidade.

O Ministério da Saúde em conjunto com a Anvisa e Fiocruz estabeleceram em 2013 o Protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde, importante iniciativa para prevenir e controlar as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), visando à segurança do paciente, dos profissionais de saúde e de todos aqueles envolvidos nos cuidados aos pacientes. Esta iniciativa torna-se fundamental para as instituições que prestam serviços de saúde, tornando-se aliada no desenvolvimento de estratégias para a segurança do paciente (BRASIL, 2013h). Este protocolo menciona a necessidade de que três elementos estejam presentes, considera-se Ponto de Assistência, como o paciente, o profissional de saúde e a assistência ou tratamento envolvendo o contato com o paciente ou suas imediações (ambiente do paciente) (BRASIL, 2013g).

Recomenda-se que o protocolo deva ser aplicado em todos os Pontos de Assistência, tendo em vista a necessidade de realização da higiene das mãos exatamente onde o atendimento ocorre. Neste sentido, é necessário o fácil acesso a um produto de higienização das mãos, como por exemplo, a preparação alcoólica. O Produto de higienização das mãos deverá estar tão próximo quanto possível do profissional, ou seja, ao alcance das mãos no ponto de atenção ou local de tratamento, sem a necessidade do profissional se deslocar do ambiente no qual se encontra o paciente. (BRASIL, 2013g). Na instituição em estudo a disponibilidade da solução alcoólica concentra-se em todos os quartos e áreas de circulação, como também no posto de enfermagem.

Estudo realizado com técnicos de enfermagem de um hospital universitário menciona que alguns aspectos podem dificultar a adesão a HM, como a sobrecarga de trabalho, rotina de assistir vários pacientes e a pressão para atender as demandas de pacientes e familiares (OLIVEIRA et al., 2016). Este mesmo estudo supracitado, ainda refere que a conscientização da transmissão cruzada, disponibilidade de material de boa qualidade, a realização de pesquisas e campanhas sobre higienização das mãos, além de treinamentos e educação continuada com todos e com as diferentes categorias de trabalhadores são fatores facilitadores da adesão a prática de HM.

Pesquisa desenvolvida com trabalhadores da enfermagem atuantes em unidades de internação clínica, médica e cirúrgica em um hospital privado sobre a HM reforça o incentivo à HM e a necessidade de promover a educação, para suprir as principais lacunas no conhecimento e ampliar a discussão sobre este aspecto, como também a monitorização a adesão dos trabalhadores a capacitação oferecida (JEZEWSKI et al., 2017).

Além da adesão aos protocolos, é importante que o trabalhador, paciente e acompanhante estejam envolvidos na segurança do paciente. A ausência do familiar pode ser um dos fatores que predispõem à ocorrência de eventos adversos, como a queda do paciente.

Eu deveria mudar de posicionamento de duas em duas horas o paciente, às vezes não tem como, tu não consegue mudar de duas em duas, tipo, acaba ultrapassando um pouco o tempo. Aí tu conversa com os familiares, ou às vezes pede para eles chamarem, que tu está na correria e pelo menos eles chamam alguém, que, se tu não pode ir, alguém vai nessa parte. A gente tem que saber que um paciente que não tem condições de sair do leito, às vezes tem pacientes que ficam sozinhos aqui sem acompanhante, os familiares vão na lancheria ou vão em algum outro lugar e eles ficam sozinhos e, às vezes, tentam levantar da cama. Acho que já aconteceu de caírem e se machucarem, porque estão sozinhos. Só que, por mais que os familiares saiam e avisem: “Olha, deixei as grades elevadas do leito.”, daí a gente está na correria e o familiar não voltou ainda, às vezes pode acontecer do paciente cair. Isso é falta de segurança, tem paciente que não pode ficar sozinho. (P14, N).

Há na equipe de enfermagem conscientização da importância de manter as grades do leito erguidas, consistindo em um dos cuidados essenciais para evitar a ocorrência deste evento adverso. Sobre isso, os trabalhadores mencionaram que eram prestadas orientações de manter as grades do leito erguidas, como, também, ocorriam situações em que os pacientes não aderiam às orientações sobre os riscos de quedas.

O paciente e seu acompanhante/familiar necessitam assumir um papel proativo na segurança do paciente, precisam estar inseridos nas estratégias de prevenção de quedas, sendo esclarecidos sobre os fatores de risco e orientados acerca de sua participação neste processo (REBRAENSP, 2013; OMS, 2015). Salienta-se que entre os fatores de risco que podem influenciar a ocorrência de quedas de pacientes encontram-se aqueles relacionados ao próprio paciente e ao seu tratamento (MOURA; MAGALHÃES, 2013).

Nesse sentido, outra estratégia estabelecida pelo Ministério da Saúde, juntamente com a ANVISA e a Fiocruz, em 2013, foi o protocolo de Prevenção de Quedas, e que na instituição do estudo foi implantado em 2015, com a finalidade de reduzir a ocorrência de queda e dano dela decorrente, por meio de ações que contemplem a avaliação de risco do paciente, educação do paciente, familiares e profissionais para garantir o cuidado multiprofissional em um ambiente seguro. O protocolo estabelece intervenções importantes na admissão do paciente na instituição hospitalar, como a avaliação quanto ao risco de queda, por meio de uma escala adequada ao perfil do paciente e da determinação dos fatores predisponentes específicos relacionados ao risco da ocorrência de quedas (BRASIL, 2013e). Neste sentido, a utilização de ferramentas específicas na identificação de indivíduos com

maior suscetibilidade de cair consiste em uma estratégia para evitar a ocorrência deste evento adverso (PASA et al., 2017).

Sobre isso, estudo aponta que algumas estratégias, como a identificação dos pacientes de alto risco e avaliação completa do paciente em risco, contribuem para a redução de quedas, comprovado pela taxa média de quedas que diminuiu de 3,7 para 2,8 por 1000 pacientes ao dia num estudo (CHRISTOPHER et al., 2014). A ocorrência de quedas consiste em um evento adverso e as instituições de saúde têm desenvolvido ações que visam à prevenção deste dano ao paciente, pois, além dos prejuízos para o paciente, ocasiona custos que poderiam ser evitáveis, aumento do tempo de internação, realização de intervenções, tratamentos e exames em função do dano ocasionado ao paciente durante o período de hospitalização (MOURA; MAGALHÃES, 2013). Neste sentido, protocolos de prevenção de quedas consistem ferramentas importantes no processo de melhoria da assistência em saúde, contribuindo para a segurança do paciente (CORREA et al., 2012).

Os participantes da pesquisa mencionaram alguns cuidados na prevenção de lesões por pressão fundamentais para evitar a ocorrência de um evento adverso, como mudança de decúbito, utilização de óleos e avaliação por parte dos enfermeiros. A enfermagem tem um papel de destaque na prevenção de lesões por pressão, pois consiste em uma profissão que é responsável pela assistência direta e contínua aos pacientes (VASCONCELOS; CALIRI, 2017). Algumas recomendações são estabelecidas por meio do protocolo “Prevenção de úlcera por pressão”, como a avaliação de lesão por pressão na admissão de todos os pacientes, reavaliação diária de risco de desenvolvimento da lesão em todos os pacientes internados, inspeção diária da pele, manutenção do paciente seco e com a pele hidratada, otimização da nutrição e da hidratação, utilização de medidas preventivas para lesão por pressão conforme classificação de risco (BRASIL, 2013f).

Eu acho que os cuidados de enfermagem agora está sendo mais com as escaras, com as mudanças de decúbito que, geralmente os pacientes que estão aqui internados ficam um tempo com nós e, os pacientes não têm escaras por causa do que se oferece de cuidados, como as mudanças de decúbito, os óleos, as massagens, a avaliação dos enfermeiros[...].(P10, N)

Observou-se que em todos os turnos de trabalho, no momento em que o paciente é admitido na unidade, o enfermeiro responsável no turno avalia o risco de desenvolver lesão por pressão, utilizando a Escala de Braden. (NO, 27/05/17, M) (NO, 12/06/17, T) (22 e 29/05/17, N)

Estudo aponta que são necessárias a implementação de medidas preventivas para o desenvolvimento de lesão por pressão, como a mudança de decúbito periódica, utilização de colchões apropriados, e equipe multidisciplinar envolvida para prestar cuidados diferenciados aos pacientes com maior risco (MATOZINHOS et al., 2017). A literatura destaca que para operacionalizar estes cuidados preventivos tornam-se necessárias a existência de uma cultura organizacional que valorize a prevenção, estratégias para promover o trabalho em equipe e a comunicação e indivíduos com expertise sobre a temática (VASCONCELOS; CALIRI, 2017).

Os cuidados com a integridade da pele e tecidos são elementos da prática do enfermeiro, o que inclui a prevenção das lesões por pressão (PEREIRA et al., 2014). Bavaresco e Lucena (2012) referem que a identificação dos pacientes em risco para essas lesões é essencial para a implantação de ações preventivas, desde o momento da internação até a sua alta, sendo um dos instrumentos amplamente utilizados por enfermeiros para avaliação de risco a Escala de Braden, conforme mencionam Menegon et al. (2012).

Nota-se o entendimento dos participantes da pesquisa ao referirem que a segurança do paciente é de responsabilidade de todos e não somente atribuição da enfermagem. O processo de implantação das estratégias de segurança do paciente deve envolver todos os profissionais, direta ou indiretamente na assistência à saúde (REIS et al., 2017). Esta percepção é necessária para repensar a cultura de segurança do paciente existente neste hospital e como a presença disto influencia o comportamento e atitude de todos os profissionais.

Eu acho que o cuidado envolve todos os profissionais, não somente da enfermagem de erguer as guardas da cama, que é pra sempre estarem erguidas, e que também é para os familiares chamarem a gente [...]. (P9, T)

Nesse contexto, estudo refere que o acompanhante insere-se na dinâmica da unidade não somente pela necessidade de acompanhamento, mas também pela solicitação da equipe de enfermagem (PASSOS et al., 2016). O envolvimento do familiar/acompanhante contribui para a segurança do paciente e além deste, conforme referenciam Silva et al. (2016).

Os autores sinalizam a necessidade de envolver o paciente para o cuidado seguro, por meio da comunicação aberta/efetiva entre pacientes, acompanhantes e profissionais de saúde; do desenvolvimento da autonomia do paciente para o autocuidado; do envolvimento do paciente no cuidado; da disponibilidade de manuais e/ou cartilhas explicativas sobre o processo patológico do paciente; e da capacitação dos pacientes para a percepção dos riscos. Mencionam que o paciente é o eixo central do cuidado e consiste na última barreira para

evitar a ocorrência de um incidente, sendo esta, no entanto, uma prática incipiente na rotina dos serviços de saúde (SILVA et al., 2016).

Dessa forma, envolver o paciente e acompanhante no cuidado contribui para a cultura de segurança na instituição de serviços de saúde. Mas será que a consciência individual possibilita uma mudança de cultura sobre a segurança do paciente? A cultura de segurança é um dos requisitos essenciais para evitar a ocorrência de incidentes, por meio do gerenciamento de risco, em que os profissionais comunicam os erros e agem de forma pró-ativa, prevenindo, desta forma, a ocorrência de novos incidentes (CAMARGO et al., 2014). A cultura de segurança pode, então, ser definida como um comportamento individual e organizacional, que busca continuamente estabelecer o compromisso com a contínua minimização dos riscos relacionados à assistência e, conseqüentemente, auxiliar no alcance da qualidade dos serviços prestados (BRASIL, 2013g).

Às vezes enquanto está corrido na unidade, a gente tem que ir pelo certo, respirar fundo e dar o melhor de si. Eu me sinto bem segura, pois desde que eu trabalho aqui não aconteceu, que eu saiba, algum erro grave de medicação, de medicar paciente errado, de levar paciente errado. [...] Tu não tem como ficar insegura – será que eu fiz a medicação certa no paciente certo? Em outros hospitais eu me sentia mais insegura. [...] Quando eu comecei a trabalhar aqui, eu me senti bastante segura. [...] Eu me senti muito segura aqui dentro, pela questão que já vem kit pronto e daí é só tu administrar, tem a conferência e isso passa uma segurança a mais pra gente, tem a pulseirinha, plaquinha de identificação também, então isso passa bastante segurança. (P6, M)

Eu tenho é que usar a rotina, nunca perder a rotina, nunca sair da rotina, tu tem que ter um esquema, um método que o setor implantou para ti trabalhar, se o método que o setor implantou para ti trabalhar tem que partir daquilo ali, pra ti não burlar nada, para não acontecer nenhum erro dentro da segurança do paciente. (P8, M)

Todo mundo se adaptou aos cuidados com a segurança do paciente, até pela própria segurança da gente em medicar o paciente certo. [...] O paciente se sente mais confiante, mais seguro, mais protegido, sente que está melhorando, que está evoluindo. (P2, T)

A equipe está mais atenta, mais atenta em tudo, começando por ter uma grade elevada, uma via de medicação, eu saber que uma via de medicação não é via de administração daquela NPT, digamos, a NPT tem uma via exclusiva. Os colegas estão atentos a isso, estão vendo que as vias estão identificadas, as sondas estão identificadas, cada vez mais. [...] A gente vê tanta coisa errada na TV, então as pessoas estão bem atentas, elas pegam, elas leem, elas olham. Tem as pulseiras, se o paciente é alérgico, se o paciente não é alérgico, o nome do paciente, a gente tem a segunda via e a bandejinha branca, a gente leva junto do quarto, a gente medica, a gente confere se é o paciente, tem agora na cabeceira também o nome do paciente, tem a pulseira, então tem identificação para não ter o perigo de fazer medicação errada, para ver se é o paciente mesmo. A gente tem a prescrição médica junto, tem a pulseira e tem na cabeceira. (P3, T)

Eu acho que os cuidados de enfermagem, agora, estão sendo mais com as escaras, com as mudanças de decúbito, que geralmente os pacientes que estão aqui

internados, que ficam um tempo conosco, não têm essas escaras por causa do que é oferecido, que são as mudanças de decúbito, os óleos, as massagens, a avaliação da pele pelas enfermeiras, as dietas também, que agora são as dietas contínuas. Eu acho que mudou tudo pro melhor, eu acho. (P10, N)

Em um estudo desenvolvido com profissionais da enfermagem de um hospital privado acerca da cultura de segurança do paciente, refere-se que a incorporação de uma cultura de segurança nas organizações constitui uma estratégia fundamental quando se busca pela excelência no cuidado e a complexidade inerente ao processo de cuidar implica em diversos fatores, os quais podem resultar em danos ao paciente e devem ser identificados na perspectiva de qualificar a assistência (GOLLE et al., 2018). Weaver et al. (2013) referem que a cultura de segurança do paciente pode ser influenciada positivamente pelas mudanças na cultura organizacional e na cultura individual do profissional de saúde. A capacidade de aceitar a materialização de um evento adverso é uma das primeiras atitudes a serem tomadas pelos profissionais da saúde que pretendem evoluir para uma cultura de segurança do paciente (WEGNER et al., 2016).

Para o profissional da equipe de enfermagem, a ocorrência dos eventos adversos pode acarretar diversos problemas, como o estresse emocional diante do descumprimento dos preceitos éticos e as punições legais a que está exposto. Assim, é importante o investimento em uma cultura de segurança, por meio da disseminação do conceito de segurança do paciente e de uma discussão não punitiva sobre os eventos adversos (DUARTE et al., 2015).

No estudo observou-se que a notificação de eventos adversos era comunicada pelo técnico de enfermagem ao enfermeiro e este realizava a notificação.

No posto de enfermagem o técnico de enfermagem relatou ao enfermeiro da unidade a ocorrência de uma queda de um paciente. O técnico relatou que deixou as grades do leito erguidas, porém o paciente saiu do leito sem auxílio da enfermagem, sofrendo uma queda. No relato a técnica de enfermagem menciona que o familiar auxiliou até o deslocamento ao banheiro, porém o paciente apresentou tontura, sofrendo queda no local ao sentar-se no vaso sanitário. O enfermeiro foi até o quarto avaliar o paciente e comunicou ao médico assistente. Este fato foi notificado pelo enfermeiro na caixa de notificações existente na unidade, por meio de um formulário de descrição da notificação. (NO, 12/06/17, T)

Sobre essa nota de observação, destaca-se que as notificações recebidas pelo Núcleo de Segurança do Paciente são discutidas nas reuniões mensais, sendo notificadas de acordo

com as normativas ministeriais no Notivisa – Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária.

A comunicação da ocorrência de eventos adversos ao enfermeiro foi identificada em outro estudo, que menciona a importância de estimular a criação de um ambiente institucional que elimine a cultura punitiva (CORBELLINI et al., 2011). A cultura de notificação pode ser considerada uma importante estratégia, no sentido de promover a segurança do paciente, pois irá permitir compreender o entendimento das falhas ocorridas e contribuir para implementação de estratégias preventivas (DUARTE et al., 2015).

Importante destacar que a maturidade dos profissionais e o acultramento da política de segurança, contribuem para que as notificações sejam realizadas com mais frequência (FIGUEIREDO et al., 2018). Desta forma, Minuzzi et al. (2016) referem que a formação de uma cultura de segurança do paciente envolve o engajamento de toda a instituição, partindo dos problemas, na busca pelas respectivas soluções, propiciando um ambiente no qual os profissionais sintam-se estimulados a participar, colaborando com suas sugestões e identificando, assim, a necessidade de rever o processo, em prol de uma assistência segura..

As práticas sistematizadas de cuidado para promover a segurança do paciente envolvem, além da adesão aos protocolos ministeriais implantados na instituição, uma nova percepção do trabalhador para as mudanças que estão ocorrendo em prol da segurança do paciente, como a inclusão do usuário e acompanhante no processo de cuidar. Cabe salientar a necessidade de identificar ações de segurança do paciente e as interfaces nos turnos de trabalho da enfermagem, categoria apresentada a seguir.

4.2 SEGURANÇA DO PACIENTE E SUAS INTERFACES NOS TURNOS DE TRABALHO DA ENFERMAGEM

Nesta categoria são apresentadas, inicialmente, as percepções das técnicas de enfermagem sobre a segurança do paciente. A seguir, as situações relatadas por elas que influenciam na segurança, como o quantitativo reduzido de trabalhadores, a organização pessoal e o trabalho em equipe e as rotinas inerentes ao turno de trabalho.

Nas últimas décadas, nota-se uma preocupação em torno da segurança do paciente e isto tem gerado estratégias para a melhoria da qualidade assistencial (SILVA et al., 2016). Para Almeida et al. (2014), o cuidado à saúde prima pelo comprometimento da instituição quanto aos serviços prestados e com a segurança do paciente, desenvolvendo ações estratégicas para uma assistência de qualidade livre de riscos ou falhas. Assim, os

movimentos pela segurança do paciente precisam ser caminho prioritário a ser percorrido para a prestação de uma assistência adequada, livre de danos (SOUSA et al., 2016).

Segurança do paciente: O que eu sei? A análise dos depoimentos das participantes da pesquisa quanto ao conhecimento sobre a segurança do paciente demonstrou que para as técnicas de enfermagem a segurança do paciente está relacionada às práticas diárias de cuidado, que iniciam quando o paciente entra no hospital e que seguem no decorrer da sua permanência na instituição. A preocupação com a identificação do paciente, administração correta das medicações, risco de quedas e do desenvolvimento de lesões de pele foram relatadas como situações cotidianas.

A segurança do paciente é tudo que envolve o paciente, tudo, desde o momento que ele entra no hospital, desde o momento que colocam a pulseira de identificação, que checam os dados, desde o momento que tem equipamento no quarto que tem que estar em bom estado, desde a alimentação que terceiros trazem para ele, às vezes ele nem pode engolir e o familiar traz comida, desde as quedas, tudo que envolve o paciente tu tem que estar seguro em qualquer procedimento. (P8, M)

Eu acredito que a partir do momento que o paciente entra para o atendimento, não só na unidade de internação, mas desde o momento da internação, o paciente já está na nossa responsabilidade, então tem que prestar muita atenção em alguns cuidados, sobre a segurança dele no caso. (P7, N)

Segurança do paciente é tudo o que a gente faz, é em prol da segurança dele, como vai transportar, como vai cuidar ou como vai ir medicar, o que mais? Porque tudo o que agente faz é para a segurança dele, porque, por exemplo, se eu chegar no quarto e identificar a pulseirinha, identificar se é a medicação certa, agora a gente tem as plaquinhas nas cabeceiras, perguntar a data de nascimento, perguntar o nome bem certo, identificar o paciente, identificar a medicação para não estar fazendo nada errado. (P4, T)

A segurança do paciente envolve a questão de nome de paciente em cabeceira, que ajuda muito, identificação com a pulseira, agora com as medicações de ir com a bandejinha certa, identificado o número do leito do paciente, identificações nas medicações, que antes não era identificado, não era colocado os rótulos, as etiquetas com o nome das medicações. Eu acho que isso ajudou muito e isso dá mais segurança, até mesmo para os pacientes também. (P11, N)

É os cuidados do paciente mesmo, as condutas que a gente tem ao realizar higiene, as mudanças de decúbito, esses cuidados de enfermagem antes e agora. Sempre ter uma visão de que chegou aquela hora, às vezes nem deu duas horas, tu vai realizar mudança de decúbito, porque existe uma preocupação de não abrir nenhuma ferida, de não ficar com a pele marcada, de não ter realizado mudança. Ou tipo se o paciente deambula com auxílio. Eu sou uma que me preocupo e digo ao paciente para chamar quando for levantar do leito e informo as medicações que está recebendo, que podem causar tonturas e quedas, daí a gente se preocupa muito com os pacientes que podem cair aqui dentro e a gente sempre está atento. (P12, N)

As definições apresentadas pelas participantes da pesquisa sobre segurança do paciente remetem aos cuidados que são estabelecidos e executados na unidade. Na percepção delas, a segurança do paciente é entendida por ações que são desenvolvidas na unidade, no

intuito de não provocar danos ao paciente, e que ocorrem desde o momento da internação na instituição até os cuidados realizados na unidade hospitalar. Para Rigobello et al. (2012) segurança do paciente é o ato de evitar, prevenir ou melhorar os resultados adversos ou lesões originadas no processo de atendimento médico-hospitalar e domiciliar.

Na percepção das participantes algumas situações podem comprometer a segurança do paciente, como o quantitativo reduzido de trabalhadores. As ausências de colegas no turno de trabalho, que, associadas às condições clínicas dos pacientes, sugerem sobrecarga de trabalho e podem repercutir na segurança do paciente. Ressaltam a necessidade de profissionais nas instituições de saúde, em especial, na área da enfermagem, recursos humanos adequados e instrumentalizados para atender às demandas no contexto hospitalar.

O que eu acho que às vezes tem pouco funcionário para muito paciente, acho que isso pode interferir na segurança do paciente, porque daí acaba às vezes pesando muito ao funcionário que está aqui [...] Como às vezes são três acamados, a gente tem três acamados. Digamos que um desses acamados está com diarreia, ele passa quase a tarde toda no quarto desse um acamado e tu tem mais quatro pacientes para ver. (P3, T)

Se tu tens menos paciente, até a atenção que é dada para o paciente é diferente, o trabalho é diferente. Quando se fica com dois pacientes, três pacientes, no caso dois acamados e um não, naqueles dois acamados existe uma atenção diferente, tu conversa, tu explica com mais calma o que está fazendo, o que vai fazer e como vai fazer. Agora, se você está com mais paciente, não que se deixe de explicar, de dizer o que tu vai fazer, como tu vai fazer, mas já é mais ligeiro, assim, vamos dizer, não que tu vai fazer as coisas pela metade e mal feito, mas tem que ter mais agilidade. Se tu for com mais calma, tu acaba não dando conta do serviço. (P4, T)

Tem dias que a gente consegue dar um pouco mais de atenção ao paciente e tem outros dias que mal a gente consegue trocar palavras, e cada dia é um dia[...]. (P2, T)

O paciente quer totalmente atenção e eu vejo que às vezes a gente não consegue dar a atenção que eles merecem, por estar corrido, intercorrências, banhos, mas eu tento que passar a maior segurança que eu posso. (P6, M)

Quando tem colegas, claro, a gente entende, que colocam atestado, que não podem vir ou falta, sobrecarrega mais a gente, daí isso que pode interferir na segurança do paciente, que daí a gente não consegue fazer com calma o atendimento, mas daí mais rápido, sem muita demora nos quartos. (P9, T)

Às vezes a gente percebe que eles [pacientes] reclamam um pouco, quando está muito corrido o turno, muito agitado, tu entra e medica, dá boa noite, é mais objetivo, não fica conversando tanto. Enquanto eu tô ali fazendo as coisas, eu tento prestar a atenção e fazer o máximo correto possível, não deixar, não ficar pensando, quando eu tô naquele paciente, eu tô pensando naquele paciente, tentando fazer as coisas nele ali primeiro. Às vezes tu deixa de dar mais atenção para alguns, tipo, tu vai atender mais os pacientes que são acamados, daí tu dá mais atenção do que os outros que não são. Tu entra só na hora da medicação, não dá aquela atenção, e às vezes tu deixa passar alguma coisa. (P14, N)

Notou-se que, no quadro onde constam o nome dos pacientes, que é uma unidade em sua maioria de acamados e que requerem tempo maior de cuidado, o paciente que é acamado é identificado com um sinal no quadro organizado pela equipe de enfermagem. Em todos os turnos existe uma escala de divisão dos trabalhadores para assumir os pacientes. A escala diária de trabalho é organizada segundo a condição clínica do paciente, especialmente quanto ao número de pacientes acamados, uso de traqueostomia, curativos, dependência parcial ou total do paciente. (NO, 29/05/17, N)

Observou-se no posto de enfermagem no período noturno, menos trabalhadores em comparação aos outros turnos de trabalho. Na divisão do quadro de pacientes, os trabalhadores ficam com maior quantitativo de pacientes, quando comparado aos turnos da manhã e tarde. (NO – 29/05/2017, N)

Os dados dos depoimentos são reforçados pelas notas de observação. Os participantes do estudo mencionaram algumas situações em que ocorre a sobrecarga de trabalho, como o número reduzido de trabalhadores, a exigência de cuidados assistenciais e as intercorrências no turno de trabalho, o que pode comprometer a atenção dispensada. Isso está consoante com estudo que descreve que a sobrecarga de trabalho está relacionada à desproporção entre o número de profissionais de enfermagem e de pacientes e constitui fator de risco, inclusive, para o aumento da incidência de infecções hospitalares em pacientes críticos (NOVARETTI et al., 2014).

A sobrecarga profissional é identificada como um facilitador da incidência de EAs (MOURA et al., 2016). Estudo constata que o aumento do número de pacientes por profissional de enfermagem está associado ao acréscimo de indicadores assistenciais de segurança do paciente, como queda dos pacientes e infecção relacionada a cateter vascular central e o aumento desses indicadores significa piores resultados para a segurança dos pacientes e dos profissionais (MAGALHÃES, 2012). No entanto, para Ortega; D’Innocenzo (2012) os seres humanos podem errar, portanto, erros podem ser encontrados na assistência à saúde e é por meio de estratégias que podem ser minimizados ou prevenidos.

Sobre a preocupação relacionada à condição clínica dos pacientes, estudo refere que, dependendo do quadro clínico do paciente, haverá maior desgaste físico e mental e isto poderá impactar na segurança do paciente (MÖLLER; MAGALHÃES, 2015). O trabalho de enfermagem consiste no tempo despendido pela equipe de enfermagem para realizar suas atribuições e isto pode ser influenciado pelo grau de dependência do paciente, a complexidade

da doença, as características da instituição, os processos de trabalho, a planta física e o perfil dos profissionais da equipe (PANUNTO; GUIRARDELLO, 2012).

O grau de dependência dos pacientes está relacionado à mudança no perfil das doenças da população brasileira, o que tem exigido conhecimento acerca dos cuidados prestados e que precisam de esforço físico para realizar o cuidado. Nos depoimentos percebe-se que, em função disso, há o comprometimento da saúde do trabalhador.

É uma unidade que é bem pesada, então tem bastante pacientes idosos aqui, são pacientes debilitados também, tem doenças terminais, doenças crônicas, e a gente tem que estar preparado quando vem pra cá [...]. (P8, M)

Porque aqui é unidade com bastante acamados, daí tem colegas que acabam se machucando as costas, as costas é uma coisa que todo mundo vive se queixando, que está com dor, isso, aquilo, é bem pesado mesmo [...]. (P9, T)

Observou-se que existe o envolvimento de outros profissionais, como a fisioterapia para auxílio na retirada do paciente do leito, com posterior retorno. Percebeu-se que a fisioterapia realiza avaliação para o risco de quedas e comunica à equipe de enfermagem se o risco for identificado. Existe uma boa comunicação e ajuda entre a enfermagem e a fisioterapia. (NO, 27/05/17, M)

Notou-se que os trabalhadores procuram esclarecer informações solicitadas pelos pacientes e familiares, sendo prestativos. Percebeu-se que os trabalhadores desenvolvem uma atenção diferenciada aos pacientes, por meio de conversas, apoio, estabelecimento de vínculos com pacientes e familiares. (NO, 12/06/17, T) (NO, 22/05/17, N) (NO, 27/05/17, M) (NO, 29/05/17, N)

Para Magalhães (2012), a saúde do trabalhador é comprometida no momento em que o desgaste físico e o cansaço decorrente de cuidados, como o banho de leito e o transporte de pacientes, têm resultado no adoecimento e afastamento do trabalho dos trabalhadores, o que implica em recursos humanos inadequados para a manutenção da continuidade dos cuidados aos pacientes. O autor destaca que o perfil de complexidade do paciente não está somente direcionado aos procedimentos de administração de medicações, banho e transporte, mas que também existe a interferência de outros fatores relacionados aos pacientes e sua família, como as necessidades educativas e suporte emocional, que demandam investimento de tempo e atenção da equipe de enfermagem para supri-las durante a internação.

As características dos pacientes podem interferir na duração do banho no leito, pois, no momento em que o paciente é considerado pesado e existe uma demanda de esforço físico da equipe, quando há presença de problemas neurológicos que dificultam a movimentação e a compreensão de orientações, presença de dispositivos, restrições ortopédicas ou tração esquelética que demandam maiores cuidados na movimentação no leito durante o banho, há maior exigência dos trabalhadores (MÖLLER; MAGALHÃES, 2015), o que pode repercutir na sua saúde.

Resultados de um estudo sugerem que o aumento do número de pacientes atribuído à equipe de enfermagem por dia implica no aumento das taxas de quedas do leito, infecções relacionadas ao cateter vascular central, rotatividade de profissionais e absenteísmo. Cita que os indicadores de qualidade assistencial e gerencial de segurança do paciente também apresentam melhores resultados quando há menor proporção de pacientes por profissional de enfermagem (MAGALHÃES; DALL'AGNOL; MARCK, 2013). Em pesquisa realizada em quatro unidades de terapia intensiva do Serviço de Emergências Clínicas (Pronto-Socorro, Clínica Médica, Pneumologia e Hematologia) de um hospital universitário, identificou-se que a relação das horas disponíveis de enfermagem, segundo o quantitativo de profissionais existente, com a segurança dos pacientes tem sido foco de preocupação dos profissionais que atuavam na gestão hospitalar havia vários anos (GONÇALVES et al., 2012).

De fato, torna-se relevante considerar na gestão de uma unidade as características dos pacientes atendidos, a média de pacientes que necessitam de cuidados e a necessidade de banho no leito a fim de dimensionar adequadamente a quantidade necessária de profissionais, minimizando possíveis afastamentos relacionados a atividades laborais que demandam maior esforço físico (MÖLLER; MAGALHÃES, 2015; TIENSOLI et al., 2014).

Em um estudo conduzido com a equipe de enfermagem de 11 unidades de internação de um hospital universitário do Sul do Brasil, foram identificadas diferenças na carga de trabalho de equipes de enfermagem em distintas unidades de internação e, também, que as unidades apresentavam maior demanda por causa da alta taxa de ocupação, tipo de pacientes e dimensionamento de pessoal (MAGALHÃES; DALL'AGNOL; MARCK, 2013). A pressa na execução do trabalho está fortemente ligada à sobrecarga de trabalho, situação que pode aumentar as chances de EAs (CORBELLINI et al., 2011).

Sobre os EAs relacionados à enfermagem, estudo menciona que as internações que se prolongaram por quatro dias ou mais apresentaram chance de quase 11 vezes de desenvolver EAs em relação ao tempo de hospitalização menor. Além deste aspecto, as admissões

assistidas por profissionais de enfermagem sobrecarregados tiveram mais do que o dobro de chance de sofrerem ao menos um EA relacionado à enfermagem (NOVARETTI et al., 2014).

Ao refletir sobre isso, uma técnica de enfermagem mostrava-se preocupada com a possibilidade de ocorrência de EA relacionado com a medicação, sinalizando a importância de fazer a conferência dos “certos” relacionados à administração segura de medicamentos. A semelhança nos frascos de medicação e a necessidade de conhecimento do nome comercial e genérico foram apontadas como situações que exigem atenção do trabalhador.

Você nem precisa ter muitos pacientes para se perder nas medicações, tem frascos muito iguais, existe medicações parecidíssimas, ampolas iguais e na prescrição não vem o nome que está na ampola. Às vezes a farmácia manda o nome, mas na prescrição é outra, então tu tem que ver bem na ampola o nome genérico, essa é uma questão da segurança, tem que ler, conferir os nove certos e muitas vezes isto se torna tão corriqueiro que não acontece. (P8, M)

Referente às medicações, existem fatores potenciais de risco na ocorrência de incidentes, como os nomes de medicamentos com sons ou grafia semelhantes aos de outras drogas; prescrições com letra ilegível, uso de siglas e abreviaturas; embalagens ou rótulos semelhantes; deficiência na padronização de medicamentos nas instituições; aprazamentos incorretos e conhecimento parcial dos profissionais sobre nomes de medicamentos, efeitos, interações, vias de administração, velocidade de infusão, diluição e reconstituição (REBRAENSP, 2013). Os relatos reforçam o cuidado redobrado com esse item, visto que a apresentação dos medicamentos é semelhante, o que pode induzir ao erro.

O processo de medicação engloba vários setores e etapas, sendo a enfermagem a responsável pela parte final desse processo, que constitui a administração de medicamentos e, portanto, a sua atuação é crucial para evitar erros (FORTE; MACHADO; PIRES, 2016). Neste sentido, estudo refere que é necessária a realização dos cuidados certos, no momento certo, da maneira certa, para a pessoa certa, objetivando alcançar os melhores resultados possíveis, são princípios que fundamentam a qualidade da assistência (OLIVEIRA et al., 2014) e que contribuem para a segurança do paciente.

Outra situação que influencia na segurança do paciente identificada por meio da observação é presença/ausência de trabalhadores no posto de enfermagem. Os acompanhantes dirigem-se ao posto para solicitar esclarecimentos e solicitar auxílio. As campanhas dos quartos tocam solicitando a presença dos trabalhadores nos quartos.

No turno da manhã, observou-se no posto de enfermagem que familiares dirigiam-se até ele para solicitar informações. Também ouviam-se toques na campainha localizada no posto solicitando a presença dos trabalhadores nos quartos. Não havia nenhum trabalhador no posto de enfermagem. Alguns familiares ficavam impacientes, questionando o fato de não haver ninguém no posto. Quando o trabalhador retornava dos quartos, notou-se que os mesmos atendiam esses pacientes e familiares rapidamente. As técnicas de enfermagem eram questionadas pelos familiares pela demora em algumas situações, como nas situações em que os pacientes relatavam dor ou estavam agitados. Também foi observado que existe na equipe de enfermagem um trabalhador que atua como “volante”, responsável em atender campainhas, ir à farmácia, levar pedidos de exames e pacientes à realização de procedimentos. Percebe-se que a atuação deste promove a agilidade em diferentes situações, agindo rapidamente quando o paciente e familiar solicitavam atenção da enfermagem. (NO - 27/05/2017, M)

Observou-se que devido a algumas rotinas como banho, curativos e medicações concentrarem-se no turno da manhã, essa situação de não haver trabalhador no posto de enfermagem não foi encontrada. A equipe conta também com um trabalhador que é considerado “volante”, que desenvolve as tarefas de ir à farmácia, levar exames e pacientes, atender campainhas, observa-se positivamente a atuação deste pela equipe de enfermagem. (NO, 12/06/2017, T)

No turno da noite observou-se que não havia “volante” e a equipe de enfermagem estava organizada para atender as demandas assistenciais, que são mais solicitadas no início do plantão. Ocorreram situações em que os familiares dirigiam-se ao posto de enfermagem, solicitando a troca de fraldas. Essas solicitações aconteciam nos horários de preparo das medicações, e neste momento a equipe conseguiu estabelecer comunicação com o acompanhante, orientando-o sobre a necessidade de medicar o paciente primeiro e que após seguiriam com o cuidado solicitado (troca de fraldas, higiene oral e íntima, troca de lençóis quando necessário). (NO, 27/05/2017, M)

Para a realização do cuidado seguro em turnos é fundamental a organização pessoal e trabalho em equipe. Os participantes da pesquisa mencionaram que é necessária organização individual no ambiente laboral diante da carga de trabalho para que, desta forma, conseguissem executar suas atribuições e que favoreça a segurança do paciente. A

preocupação com a organização das atividades no turno de trabalho foi destacada, sendo sugerida a inclusão de uma equipe para realização dos cuidados, especialmente relativos à higiene corporal, sendo a aferição dos sinais vitais e as questões que envolvem a medicação situações que exigem maior atenção, segundo os trabalhadores.

Às vezes eu tenho que parar e me concentrar e me organizar, porque senão a gente atrasa tudo, atrasa medicação, então até às vezes eu fico perdida, então eu paro tudo, daí eu esqueço minhas colegas e me concentro no meu trabalho, agora eu tenho que fazer isso, agora eu tenho que fazer aquilo, até tal hora tem que estar pronto, porque começa a medicação. (P4, T)

A gente se organiza muito bem [...] de manhã tem bastante exames, tem que levar, tem que buscar pacientes, a gente consegue entregar um plantão, digamos sem deixar coisas para trás[...].(P8, M)

Porque tu medica até oito horas e pouco, nove horas se organiza para dar o banho, dez horas tem medicação, ao meio-dia tem medicação. Eu acho que teria um tempo a mais pra dar aquela atenção ao paciente se tivesse uma equipe do banho e assim tu não iria se preocupar com o banho, tu iria se preocupar mais com a medicação, com os sinais. (P1, M)

Com a análise dos depoimentos e os dados obtidos nas observações, infere-se que, quanto mais intensa a carga de trabalho, mais os pacientes ficam suscetíveis à ocorrência de incidentes. Além da organização pessoal no atendimento das demandas, a colaboração dos colegas do turno possibilita que sejam cumpridos os cuidados de enfermagem, resguardando a segurança do paciente.

Às vezes acontece de ter que pedir para outro colega medicar para a gente, por exemplo, meu paciente está apresentando bastante evacuações e eu vou demorar um pouco, ele está todo sujo e eu preciso fazer tal medicação, aí converso com meu colega que está disponível para poder fazer pra mim, alguém pode fazer pra mim, não vai ser deixado de ser feito a medicação. (P5, M)

Porque muitas vezes eu estou com um paciente agora e minha colega viu que o paciente chamou e porque está com outro não atende, e digamos que seja uma urgência. Não custa ir lá e olhar! Eu acho que isso é uma questão segurança, porque vai que o paciente caiu, está passando mal, eu acho que a união entre a equipe é importante. (P1, M)

Geralmente a gente vê que a colega está correndo, a gente se oferece para ajudar, a gente se oferece para diluir, a gente se oferece [...]. (P3, T)

Em todos os turnos de trabalho observou-se que existe trabalho em equipe, existe comunicação entre a equipe de enfermagem, percebeu-se que gostam de realizar alguns cuidados em duplas como: troca de fraldas, banho, auxílio na administração de medicamentos. (NO, 27/05/17, M) (NO, 12/06/17, T) (22 e 29/05/17, N)

Notou-se que existe entre as técnicas de enfermagem auxílio para a realização de alguns cuidados. No posto de enfermagem observou-se a organização das técnicas de enfermagem em direcionarem-se ao leito do paciente em duplas para realizar mudança de decúbito, as técnicas de enfermagem estabelecem comunicação com os familiares dos pacientes e contam com o auxílio dos mesmos para realizar mudança de decúbito. (NO, 27/05/17, M) (NO, 29/05/17, N)

No ambiente hospitalar as interrupções na comunicação ou a falha de trabalho em equipe são fatores que predispõem à ocorrência de EAs e aos resultados insatisfatórios (REBRAENSP, 2013), sendo essencial o trabalho em equipe nos diferentes turnos de trabalho, visando à segurança do paciente.

Minuzzi et al. (2016) destacam que um clima harmonioso entre a equipe de saúde é primordial para que o atendimento ao paciente seja satisfatório. Referem que ter um ambiente de trabalho acolhedor e alegre é fator motivacional para a equipe, como também transmite respeito e sentimento de importância, o que conduz à realização de um cuidado com qualidade. Outro estudo enfatiza que o trabalho em equipe direcionando-se a entender a ocorrência de um evento adverso pode ser uma alternativa para modificar e transformar o erro em oportunidade de discutir e desenvolver o pensar crítico sobre as ações de cuidado e as atitudes do profissional frente ao próprio erro e ao erro do colega, a fim de impedir novos eventos relacionados à mesma causa (PAESE; DAL SASSO, 2013).

Alguns dos principais fatores que têm impacto na segurança dos pacientes e na carga de trabalho da equipe de enfermagem são o banho de leito e a administração de medicamentos (MAGALHÃES; DALL'AGNOL; MARCK, 2013). A excessiva carga de trabalho da equipe de enfermagem tem relação direta com o aumento da incidência de úlcera por pressão, quedas e erros de medicação (GONÇALVES et al., 2012).

Desse modo, é essencial que os trabalhadores, principalmente os da enfermagem, desenvolvam suas atribuições com atenção diferenciada na execução de procedimentos assistenciais. No entanto, por mais que o trabalhador realize um planejamento das ações a serem desenvolvidas, individual ou coletivamente, percebeu-se por meio das observações que ocorre a interrupção do processo de trabalho, o que também pode ter interferência na segurança do paciente.

Notou-se que os trabalhadores foram interrompidos no preparo de medicações, pois os familiares dirigiam-se ao posto de enfermagem para solicitar informações. (NO, 27/05/17, M) (NO, 12/06/17, T) (22 e 29/05/17, N)

No turno da manhã, observou-se que o trabalhador estava com as medicações diluídas, porém atrasou a administração, pois o paciente foi chamado para realizar exames, as medicações ficaram no posto de enfermagem, identificadas. Notou-se que, após o retorno do exame, que durou 15 minutos, as medicações foram administradas. (NO, 27/05/17, M)

Diante das observações, questiona-se: Qual a prioridade no atendimento: administrar medicação ou encaminhar para realização de exames? Estudo destaca que os técnicos de enfermagem preparavam os medicamentos para serem levados até a beira do leito e administrados a cada paciente, porém ocorriam interrupções e mudanças nas atividades do turno devido às solicitações de pacientes e familiares, às intercorrências com os pacientes, às mudanças de prescrição médica, à indisponibilidade de equipamentos ou materiais, além dos demais cuidados, como banho, higiene, curativos e alimentação. Este mesmo estudo refere que o processo de administração de medicamentos requer muita concentração, mas que a dinâmica do trabalho, muitas vezes, não permitia ao técnico de enfermagem seguir seu plano inicial e atender a todas as demandas dentro dos prazos estabelecidos (MAGALHÃES et al., 2015).

Contribuem nesta reflexão, dados de pesquisa que aponta que no âmbito da assistência de enfermagem os erros mais frequentes ocorrem na administração de medicamentos, na transferência de paciente, 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; MELO, 2010). Sobre isso Oliveira et al. (2014) destacam que pacientes hospitalizados e que fazem uso de múltiplos medicamentos encontram-se mais vulneráveis à ocorrência de EA. Em algumas situações, referem os autores, devido à demanda de cuidados assistenciais, ou quando ocorrem situações em que o trabalhador assume em seu turno de trabalho número maior de pacientes, geram-se preocupações com o resultado do trabalho.

No estudo de Magalhães, Dall'agnol e Marck (2013) as medicações foram consideradas como um dos principais fatores que impactam a carga de trabalho e geram riscos potenciais ao paciente. Ao encontro disso, salienta-se que a administração de medicamentos

constitui-se em uma prática de fundamental importância para a segurança e recuperação do paciente.

Além disso, houve destaque para a relação das rotinas inerentes ao turno de trabalho e a influência na segurança do paciente, sendo o turno de trabalho considerado elemento da organização do trabalho que influencia a segurança do paciente. As técnicas de enfermagem percebiam que, além da adaptação do trabalhador ao turno, as rotinas estabelecidas constituem em fatores que dispensam atenção do trabalhador.

Para ser bem sincera, eu acho que o turno da manhã, não digo pesado, mas tem bastante coisas para fazer, a questão do banho que toma bastante tempo[...] (P6, M)

A gente se organiza muito bem na manhã, até a gente faz mais do que poderia ser feito. Tem vezes que a enfermeira diz que, se não der para dar todos os banhos, vai passar para a tarde, se bem que a tarde também é corrida, só que não, tem a rotina de banho[...] De manhã tem bastante exames, tem que levar, tem que buscar pacientes, a gente consegue entregar um plantão, digamos, sem deixar coisas para trás[...]*Na verdade é tudo avaliado, a gente precisa muito do enfermeiro perto, enfermeiro bem dinâmico, que acaba ajudando, que a gente não consegue fazer tudo.* (P8, M)

De manhã eu acho mais corrido, tem banho, tem mais, dá a impressão que não tem muito tempo para a atenção ao paciente, é mais uma correria, tem banho, tem medicação, e de tarde, apesar de também ser bem corrido, ter bastante coisa pra fazer, a gente consegue, parece que dá a impressão que a gente tem até mais tempo, e são as mesmas 6 horas para a gente fazer as tarefas. (P9, T)

À noite tem que ter o dobro da atenção, na administração das medicações no final do turno, que é o horário das seis horas geralmente, tu já está mais cansada, teu organismo já está mais lento[...]. (P10, N)

Eu acho que a atenção tem que ser redobrada, pelo fato de ser à noite, tu tem que estar ciente que tem que estar ligado no que está fazendo. Quem tem mais sono, essas coisas assim, tem pessoas que realmente não conseguem se adaptar na noite justamente por causa disso[...]. (P7, N)

Em um estudo que teve por objetivo verificar a quantidade e tipo de medicamentos prescritos e administrados por técnicos de enfermagem em unidade de internação e discutir suas implicações na carga de trabalho da enfermagem e na segurança dos pacientes, foi identificado que o turno da noite é aquele que concentra o maior número de medicamentos prescritos e administrados pelo técnico de enfermagem, pois compreende 12 horas de trabalho, com maior intervalo de tempo para a administração de medicamentos (KRELING; MAGALHÃES, 2018).

Este achado permite refletir sobre a fala da participante (P10) mencionada acima, que atuava no turno noturno, em que referiu a necessidade de ter maior atenção na administração de medicamentos devido ao turno. Pode-se dizer que o trabalhador apresenta-se cansado e

com a concentração diminuída ao final do seu turno de trabalho e isto pode comprometer a segurança do paciente e a saúde do trabalhador.

Kreling e Magalhães (2018) ponderam que o conhecimento acerca do número de medicamentos prescritos e administrados por paciente, assim como o número de pacientes em cada escala de trabalho dos profissionais de enfermagem são importantes fatores para avaliar a carga de trabalho da equipe, bem como destacam a importância de se pensar em estratégias para adequar a organização desses processos de cuidado. Sugerem também a investigação da identificação dos horários de maior incidência, assim como o tipo e vias de administração de medicamentos, para que isto possa contribuir na organização de recursos humanos na enfermagem e diminuir os riscos de erros de medicação.

A temática da segurança dos pacientes remete a uma ampla gama de temas que estão intrínseca e intensamente ligados à mesma e um destes temas relaciona-se ao trabalho em turnos. Entende-se que as discussões sobre segurança do paciente nas unidades hospitalares configuram uma tendência mundial (DUARTE et al., 2015), sendo o trabalho em turnos um dos elementos interligados a essa temática.

Nos depoimentos observa-se a referência à presença do enfermeiro como mediador na equipe de enfermagem no trabalho em turnos. A presença efetiva do enfermeiro no processo e supervisão de técnicos e auxiliares de enfermagem é fundamental para que haja um processo contínuo na prestação dos cuidados, com verificação e correção de possíveis falhas, a fim de estabelecer estratégias a serem seguidas, avaliar os riscos iminentes e verificar falhas que possam interferir no cuidado ao paciente, prevenindo assim a ocorrência de erros de medicação (TEIXEIRA; CASSIANI, 2010).

Estudo destaca que características como acessibilidade, visibilidade, inclusão da equipe nas decisões da unidade, bem como gerentes que ofereçam suporte, reconhecimento e que sejam flexíveis com sua equipe contribuem para a satisfação dos profissionais (DUFFIELD et al., 2011), constituindo-se em fator que colabora para a segurança do paciente. É fundamental no ambiente de trabalho da enfermagem o papel dos líderes organizacionais e de enfermagem no desenvolvimento de ambientes positivos para a prática profissional e para a segurança do paciente.

A percepção em relação à segurança do paciente e às interfaces no trabalho da enfermagem perpassam por aspectos relacionados ao conhecimento sobre a segurança do paciente, o quantitativo reduzido de trabalhadores, a condição clínica dos pacientes, a organização pessoal e o trabalho em equipe, as rotinas inerentes ao turno de trabalho e a influência na segurança do paciente. Identificar sugestões para melhorar as práticas de

segurança do paciente no trabalho em turnos é estratégia que pode auxiliar no planejamento de futuras ações na instituição, objetivo apresentado na categoria a seguir.

4.3 SEGURANÇA DO PACIENTE: O QUE FAZER PARA MELHORAR?

Nesta categoria são mencionadas sugestões dadas pelas técnicas de enfermagem para melhorar a segurança do paciente, como: capacitações no local de trabalho, lembretes constantes sobre os nove certos, importância do acompanhante no processo de cuidar, planejamento multiprofissional e necessidade de melhoria de recursos físicos.

As participantes desta pesquisa percebiam como uma ação importante para a segurança do paciente as capacitações nos turnos de trabalho. Essas atividades realizadas na instituição hospitalar, na percepção delas, torna a assistência ao paciente mais segura e possibilita o sentimento de valorização. Sugeriram capacitações referentes a situações que podem acontecer na unidade clínica, como parada cardiorrespiratória, e também referiram a necessidade de envolvimento do enfermeiro.

As capacitações, com certeza são de suma importância para o paciente, para a equipe de enfermagem, para os familiares, [...] que não envolve só o paciente, mas sim o todo, a gente se sente valorizado. (P 7, N)

Eu acho bem importante, eu estava até pensando um dia desses que deveria ter mais capacitações envolvendo as atividades do nosso dia a dia. Tem situações que a gente se depara que não estamos aptos a desempenhar, tem vezes que a gente se sente despreparado [...]. (P13, N)

É, eu acho que isso deveria ter mais[referindo-se às capacitações], como: pegar um carrinho de emergência, formar uma equipe e dizer: “Vamos treinar em um carrinho de emergência, vamos treinar uma parada.”, eu acho que isso seria bem necessário [...]. (P3, T)

Mas uma coisa que eu acho que está faltando hoje na unidade, durante a noite, que não está sendo mais cobrado e não está sendo mais feito e tinha antigamente, é aqueles cursinhos da madrugada: “Pessoal, vem aqui, vamos ver o carrinho, vamos abrir, vamos olhar.” “Olha aqui, veio uma bomba nova!”, sabe?! Isso se perdeu, isso eu vejo que não tem mais, sabe?! Nós tínhamos enfermeiras que nos levavam de madrugada para os quartos e lá fazia fazer massagens, fazia fazer simulação de parada, sabe?! Tinha “Fulano de tal é pro carrinho, a outra é pra massagem, o outro pra ligar pro médico.”, tinha na época quando eu entrei. (P10, N)

A presente pesquisa identificou que os trabalhadores referiram a necessidade de capacitações no local de trabalho, como exemplo, simulações de parada cardiorrespiratória. Fermo et al. (2016) indicam algumas recomendações dos participantes de sua pesquisa para melhorar a segurança do paciente, como a realização de treinamentos, capacitações, aperfeiçoamentos e grupos de estudo; treinamento e acompanhamento dos funcionários

novos; reuniões entre técnicos em enfermagem, enfermeiros e subgerência; melhorar a estrutura física; aumentar o número de profissionais, evidenciando o interesse dos participantes em aperfeiçoar sua formação profissional para proporcionar uma assistência segura. Neste sentido, é necessário incorporar programas de educação permanente dos profissionais da saúde nos estabelecimentos de Saúde (BRASIL, 2014).

Identificou-se neste estudo a participação do enfermeiro nas práticas educativas pela fala das participantes. Neste sentido, os enfermeiros, ao gerenciarem práticas educativas que vão ao encontro da lógica da educação permanente, têm utilizado alternativas no sentido de consolidarem tais práticas como a realização de treinamentos *in loco*, simulação e participação em grupos formais para discussões (KOERICH; ERDMANN, 2016). A utilização da metodologia de simulação realística é uma prática inovadora no processo de ensino e aprendizagem dos trabalhadores que atuam nos serviços de saúde, pois pode representar papéis existentes na vida real, adequando seu comportamento de acordo com o cenário, no caso, ambiente hospitalar, os quais possibilitam aos trabalhadores de enfermagem mais segurança e confiança na execução do trabalho (ABREU et al., 2014).

A segurança do paciente tem um impacto positivo no momento em que ocorrem capacitações frequentes para os trabalhadores e essa iniciativa deve partir de ações pactuadas coletivamente com a gerência e administração do hospital. A qualificação da equipe é um fator importante para prevenir erros e eventos adversos, o que se alinha ao que preconiza a Política Nacional de Educação Permanente. Essa política determina que a aprendizagem significativa é um processo que propicia a construção de conhecimentos a partir dos saberes prévios dos sujeitos articulados aos problemas vivenciados no trabalho (BRASIL, 2009).

Pode-se referir que a prática de capacitações junto aos trabalhadores torna a assistência mais segura, influenciando diretamente a segurança do paciente e do trabalhador. Aruto, Lanzoni e Meirelles (2016) citam que a participação do enfermeiro é fundamental nessa prática para identificar as necessidades de treinamentos e organizar esses momentos com a sua equipe.

Estudo aponta que a estratégia gerencial utilizada para manter os profissionais capacitados e motivados para o trabalho é a realização de ações educativas continuadas com a equipe de enfermagem que simulem a realidade e sejam supervisionadas periodicamente. Igualmente, o delineamento dos objetivos da instituição e o conhecimento das normas e rotinas, não só das unidades assistenciais, mas também na instituição como um todo, contribui para a prevenção de erros (BAMPI et al., 2017). No presente estudo, uma das trabalhadoras apontou que se sentia valorizada quando aconteciam capacitações na instituição.

Pode-se referir que existe uma forte relação entre a educação permanente nos setores e a prevenção de eventos adversos, pelo fato de ser considerada uma prática para alcançar a redução de danos ao paciente. A educação permanente em saúde incentiva o compartilhamento de conhecimentos e experiências do mundo do trabalho, pois o profissional da saúde que discute e aceita a possibilidade da ocorrência de eventos adversos está progredindo para uma cultura de segurança do paciente (WEGNER et al. 2016).

Pelas falas das participantes, percebe-se que compreendiam a necessidade de capacitações no local de trabalho e que isto interfere na mudança de comportamento dos trabalhadores, como se segue nas falas.

Depois que tu faz o curso tu já sabe, já vê com outros olhos que se pode ter um tempinho a mais para lavar as mãos [...] (P3, T)

Quanto mais participar, melhor, muita gente diz que não sabia ou um colega que trabalha mais tempo aqui: “Eu achava que não era assim.” As coisas vão mudando conforme o tempo e tem gente que para no tempo, por exemplo, eu fazia assim da higiene, mas não é mais assim que faz, então isso está bem diferente. (P5, M)

Olha, eu fui em uma capacitação de segurança do paciente, sobre pulseira, administração de medicamentos, dietas, dos riscos de quedas, da plaquinha de identificação, a que eu fui é a que eu posso falar, que eu consegui absorver. Até deveria ter mais, porque isso é uma rotina nossa, nós lidamos com a vida das pessoas todos os dias. Deveria ter mais seguido capacitações, pois temos bastante gente nova e, mesmo tendo acompanhamento da enfermagem, os novos que entram, nós somos orientados a seguir o que a enfermeira diz. Mas é uma coisa tão grande que a pessoa não tem noção, a pessoa está entrando em uma profissão nova, não tem noção, é muito grande a questão de segurança do paciente. (P8, M)

Menciona-se a necessidade de haver seguidamente capacitações, justificadas pela atuação direta nos cuidados com o paciente e trabalhadores iniciantes. Refere-se a complexidade que envolve a segurança do paciente e que a realização de capacitações permitirá aproximação com essa temática. A prática de educação permanente permite refletir sobre as diversas questões que se fazem presentes no cotidiano do trabalho (FIGUEIREDO et al., 2018).

Assim, o conhecimento técnico científico e lembretes constantes são questões importantes no processo de trabalho da enfermagem e que podem auxiliar na segurança do paciente. No entendimento das trabalhadoras, o conhecimento sobre a ação dos fármacos e a conferência constante dos certos da administração da medicação auxiliam o trabalhador no desenvolvimento das atividades.

Até uma medicação, se tu não sabe, vai lá e dá para o paciente, quando vê, o paciente está hipertenso e é administrado medicação, tu não sabe para que é a dita

medicação, muitas vezes tu deu a medicação para a pressão; o paciente está hipertenso 180/100 mmhg [...] mas tu deu a medicação para a pressão, se tu souber o que é, tu diz para ele que já vai dar uma acalmada, daí ele já vai pensar: “A minha pressão já vai baixar, estou tomando medicamento para a pressão” [...] (P10, N)

Existem pessoas e pessoas, profissionais e profissionais, mas quando tu é impulsionado diariamente a fazer aquilo ali, a medicação é uma das coisas mais importantes que a gente faz, teria que ter nove certos sempre, não esqueçam, semanalmente fazer campanha “não esqueçam”. Eu tô aqui, mas eu aprendi no meu curso, mas alguém falando gurias “nove certos, nove certos tentem executar”, fazer muralzinho, para despertar aquilo ali diariamente, despertar. (P8, M)

O cuidado prestado ao cliente é complexo, por isso os profissionais precisam dispor de conhecimento técnico-científico, possuir competências e habilidades específicas e conhecer as normas da instituição, bem como os equipamentos utilizados e os procedimentos realizados (FASSINI; HAHN, 2012).

No âmbito da assistência de enfermagem, os erros mais frequentes estão relacionados à administração de medicamento. Iniciativas têm sido desenvolvidas por meio da capacitação dos procedimentos básicos de administração de medicamentos com a equipe (SIMAN; CUNHA; BRITO, 2017). A equipe de enfermagem tem sido orientada a seguir tradicionalmente os cinco certos na administração de fármacos e, mais recentemente, foram introduzidos mais quatro, configurando-se em os nove certos na administração de medicamentos: paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, ação certa, forma certa e resposta certa (BRASIL, 2013d).

A elaboração de murais com a descrição dos nove certos no processo de administração de medicamentos e o reforço deste aspecto junto aos trabalhadores de enfermagem são algumas das sugestões apontadas. É interessante o depoimento da técnica de enfermagem que manifesta, com muita convicção, a necessidade de serem lembrados em vários momentos os “certos” relacionados à administração de medicamentos.

Existem fatores que interferem no processo de administração de medicamentos, como a comunicação inadequada entre o profissional da farmácia que dispensa a medicação, o médico que prescreve e o membro da equipe de enfermagem que administra; considera-se uma das principais causas de erros estes processos, os quais também não são devidamente notificados, analisados e tratados por parte dos envolvidos, acarretando, novamente, erros de comunicação na dinâmica da equipe (OLIVEIRA et al., 2014). Desta forma, nota-se a importância do planejamento multiprofissional referente aos processos institucionais, com vistas a um cuidado mais seguro e com mitigação de eventos adversos.

Nesse contexto, vale mencionar que os seres humanos podem errar, portanto, erros podem ser encontrados na assistência à saúde e por meio de estratégias podem ser minimizados ou prevenidos (ORTEGA; D'INNOCENZO, 2012). No entanto, o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, nas responsabilidades e deveres dos profissionais da enfermagem, menciona que se deve avaliar criteriosamente a competência técnica, científica, ética e legal e somente aceitar encargos ou atribuições, quando capaz de desempenho seguro para si e para outrem (COFEN, 2007). É imprescindível que os profissionais de saúde busquem a qualificação e atualização periodicamente, a fim de minimizar os eventos adversos (GOMES et al., 2016).

Um aspecto negativo apontado por uma participante ocorre quando os pacientes ficam sem acompanhantes, e isto exige uma carga de trabalho maior para o trabalhador, podendo constituir-se fator de risco para a ocorrência de eventos adversos. Esta mesma participante mencionou a sugestão de orientações aos acompanhantes para evitar que os pacientes permaneçam sozinhos, afinal o acompanhante é coparticipante na segurança do paciente.

Tem paciente que fica sozinho e isto teria que ter uma lei que teria que ficar uma acompanhante, porque tu não tem como ficar 6 horas do teu plantão com aquele paciente e às vezes aquele paciente acaba exigindo muito de ti por estar sozinho, eu acho que isso deveria ser uma orientação já para o familiar. (P1, M)

Define-se como acompanhante o representante da rede social da pessoa internada que a acompanha durante toda sua permanência nos ambientes de assistência à saúde. O acompanhante auxilia na redução do estado de alerta e da ansiedade frente ao desconhecido, trazendo mais serenidade, confiança e uma resposta positiva ao tratamento (BRASIL, 2007a).

Há situações em que o paciente permanece internado sem a presença de acompanhantes, o que pode comprometer a sua segurança, pois o trabalhador não conseguirá estar diretamente com o paciente no seu turno de trabalho. Assim, pontua-se como sugestão a necessidade da permanência de acompanhante junto ao paciente. Pode-se referir que a presença do acompanhante é um dos fatores determinantes na prevenção de eventos adversos, como também, a corresponsabilização junto ao paciente na promoção de práticas mais seguras.

Segundo a Política Nacional de Humanização, a presença do acompanhante no ambiente hospitalar é indispensável, considera-se uma marca fundamental que pode mudar as relações de poder nas instituições de saúde, aumentando o grau de protagonismo dos usuários, como, também, permite interação com o contexto de vida do paciente (BRASIL, 2007b). Ao

encontro do Estatuto do Idoso, que assegura que o idoso internado tem direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral (BRASIL, 2003).

As crianças, assim como os idosos, possuem direito garantido por lei quanto à presença de acompanhantes, o que é apontado por estudo como uma importante estratégia para a segurança do paciente (SILVA; WEGNER; PEDRO, 2012). Autoras consideram que estratégias de envolvimento de familiares podem ter um retorno positivo (GONÇALVES; KAWAGOE, 2013). Assim, entende-se que a prática da enfermagem deve estar centrada no cuidado, com respaldo do conhecimento científico, no diálogo e no estabelecimento de relações interpessoais saudáveis com vistas à promoção de um ambiente seguro (CAVALCANTE et al., 2015). Incluir o acompanhante nesse processo é fundamental para fortalecer ações seguras.

Outra sugestão esteve relacionada às melhorias na estrutura física foi apontada pelas participantes, como modificações nos recursos físicos na unidade, com a substituição das camas altas e colchões desconfortáveis, e a substituição das macas estreitas utilizadas no transporte de pacientes para a realização de exames.

Segurança física, assim, melhoramento de camas, por exemplo, [...] os colchões, que vários pacientes já reclamaram que os colchões são duros, que as camas são muito altas. E realmente as camas são altas, as que têm três manivelas você pode baixar até o máximo, que daí fica melhor principalmente para os idosos, que não têm muita força nas pernas, então é mais fácil para eles saírem da cama [...], porque muito pacientes a gente transporta de cama para fazer exame, mas também poderia ser umas macas diferentes, são muito estreitinhas para um paciente já mais grande, pode acontecer alguma coisa [...]. (P4, T)

O presente estudo traz algumas observações sobre a dificuldade com recursos físicos, como a acomodação dos pacientes em camas altas e que dificultam a saída do leito, por exemplo, pacientes idosos. Menciona-se o uso de colchões, que na percepção das trabalhadoras eram desconfortáveis, e macas estreitas quando se transporta pacientes obesos até a realização de exames. As sugestões de adequações são sobre o que foi apontado como negativo e que interfere na segurança do paciente. Salienta-se que a inadequação das instituições hospitalares para atender os idosos compromete a segurança e predispõe a riscos inerentes ao processo de cuidar.

Corroborando estudo realizado com 228 idosos em um hospital de ensino de grande porte, que aponta que os pacientes sofrem queda ao realizar alguma atividade que pode ser considerada simples, como levantar do leito (33,3%) e caminhar até o banheiro

(44,4%)(VACCARI et al., 2016).Desse modo, é necessária atenção diferenciada da equipe de saúde, devido à vulnerabilidade que apresentam aos riscos decorrentes da internação, particularmente ao risco de quedas (VACCARI et al., 2016).

Nesse sentido, faz-se necessário o estabelecimento de medidas de prevenção para os eventos adversos, como as quedas. Algumas práticas recomendadas incluem a utilização de pisos antiderrapantes, instalação de lâmpadas de segurança nos banheiros e corredores, uso de dispositivos de auxílio para deambulação com supervisão, instalação de barras de apoio no banheiro e no chuveiro, manutenção de grades no leito do paciente e reforço de orientações para os acompanhantes dos pacientes com diagnóstico de risco para quedas (REBRAENSP, 2013).

Além de adequação de recursos físicos, como foi mencionado, a equipe de enfermagem, por estar mais próxima do paciente, é uma importante aliada na prevenção das quedas, pois em conjunto com demais profissionais de outras áreas possibilita a diminuição deste incidente com interferência na segurança do paciente (PASA et al., 2017).

Carvalho e Cassiani (2012) referem que, para o desenvolvimento da cultura de segurança do paciente nas instituições de saúde, se faz necessário o comprometimento da gerência, dos profissionais envolvidos na assistência, bem como forte espírito de coesão entre os diversos departamentos, fatores imprescindíveis para a garantia de assistência segura. Neste sentido, outra sugestão refere-se ao planejamento do trabalho, que deve envolver as diferentes áreas profissionais, para que, desta forma, a execução do trabalho de cada área seja elaborada conjuntamente. Pode-se destacar que esta ação conjunta promove a sensibilização dos trabalhadores para o desenvolvimento de uma cultura de segura do paciente.

Quando forem feitos os planejamentos como da fisioterapia ou da enfermagem, existir um representante de cada, porque a gente trabalha todo mundo em equipe. Quando for existir uma mudança de planejamento dentro das rotinas, será que é viável para fisioterapia? Será que é viável para a enfermagem? Será que é viável para higienização? Um pensar no outro, para ambos pensarem juntos, para poderem planejar juntos [...]. (P8, M)

A implantação de um processo educacional com abordagem multissetorial pode proporcionar um clima necessário para criar e sustentar uma cultura de segurança, com práticas baseadas em evidências, estratégias de ensino centradas no paciente, envolvendo ativamente pacientes, profissionais, organizações de saúde, hospitais, seguradoras de saúde, empregadores e outros interessados (SKOUFALOS et al., 2012).

Para Aruto, Lanzoni e Meirelles (2016) os enfermeiros realizam vários cuidados para prevenção de queda e alguns deles envolvem a orientação ao paciente e familiar no intuito de empoderá-los para participar do cuidado. Deste modo, nota-se a necessidade de orientações, neste caso, na prevenção de quedas, que envolvem vários cuidados, como, também, o papel da enfermagem em envolver paciente e familiares, tornando-os corresponsáveis pela sua segurança durante o período de hospitalização.

Nesse sentido, tem-se o acompanhante como um agente promotor da segurança do paciente e promover o envolvimento do familiar permite qualificá-lo para a realização de ações cuidativas de acordo com sua capacidade e responsabilidade. Esta aproximação permite uma prática colaborativa entre os familiares e os profissionais de enfermagem, contribuindo, desta forma, para a promoção de uma cultura de segurança (PASSOS et al., 2016).

Por fim, ressalta-se que os participantes identificaram a necessidade da educação permanente no local de trabalho, como também o envolvimento dos acompanhantes no cuidado e melhorias na estrutura física. As sugestões apontadas referem-se à prática diária do trabalhador e constituem-se em estratégias para melhorar a segurança para o paciente.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo contribui com dados que agregam conhecimento nas discussões sobre a segurança do paciente. A partir da análise dos dados foi possível conhecer como são desenvolvidas as interfaces da segurança do paciente nos turnos de trabalho da enfermagem. Evidenciou-se que as interfaces da segurança do paciente nos turnos de trabalho da enfermagem são desenvolvidas segundo práticas diárias e sistematizadas de cuidado alicerçadas a partir da percepção dos trabalhadores e conhecimento técnico científico.

Partindo-se do objetivo de conhecer as percepções de trabalhadores de enfermagem sobre a segurança do paciente nos turnos de trabalho, evidenciou-se que as trabalhadoras percebiam que as ações que envolvem a segurança do paciente iniciam quando o paciente ingressa na instituição hospitalar, e que seguem no decorrer da sua internação. O quantitativo reduzido de trabalhadores, a organização pessoal, o trabalho em equipe e as rotinas inerentes ao turno de trabalho são situações que, segundo elas, influenciam na segurança no trabalho em turnos.

No objetivo de identificar ações de segurança do paciente na unidade clínica, as participantes mencionaram que mudanças relacionadas à segurança do paciente ocorreram nos últimos anos com vistas a um cuidado mais seguro. As análises das entrevistas e dos registros das observações evidenciaram que a identificação do paciente a partir do uso da pulseira e da placa identificadora à beira do leito são elementos que têm contribuído para uma assistência mais segura. A sinalização das medicações de alta vigilância em cor diferenciada e a checagem à beira do leito são ações que auxiliam os trabalhadores na administração das medicações. Colaboram para isso, na percepção das trabalhadoras, a inclusão de paciente e acompanhante junto ao trabalhador de forma que ambos sejam corresponsáveis nas ações seguras.

Quanto ao objetivo de identificar sugestões para melhorar as práticas de segurança do paciente, a análise dos dados demonstrou que as participantes sugeriram a necessidade de haver mais capacitações nos locais e turnos de trabalho, o que contribuiria para que o trabalhador adquirisse conhecimento técnico científico para desenvolver ações seguras. Relataram que os lembretes constantes, especialmente sobre os nove certos, auxiliariam na administração das medicações. Mencionaram a importância do acompanhante como coparticipante para a segurança do paciente e foi apontada a necessidade de melhoria de recursos físicos, referente à altura das camas e dimensionamento das macas.

A partir disso, conclui-se que as participantes deste estudo conheciam as ações relacionadas à segurança do paciente segundo os protocolos institucionais implantados e buscavam desenvolver o cuidado seguro nos turnos de trabalho. No entanto, evidencia-se que há necessidade de fortalecer a cultura de segurança nos turnos de trabalho, o que pode ser conquistado por meio de ações de educação permanente junto ao Núcleo de Segurança do Paciente da instituição hospitalar.

Os resultados contribuem para o processo de formação acadêmica, pois mostram a realidade do trabalho da enfermagem, particularmente na instituição hospitalar. As dificuldades apontadas pelas participantes quanto ao processo assistencial e alternativas encontradas para ofertar o cuidado com qualidade podem auxiliar os futuros profissionais no planejamento de ações que contribuam para práticas mais seguras. A explicitação de fatores que interferem na segurança do paciente nos turnos de trabalho da enfermagem relatadas pelas participantes possibilita reflexões que podem auxiliar na elaboração de ações que venham a fortalecer o ensino, o serviço e a pesquisa na enfermagem e saúde.

Para a instituição, a análise das informações possibilitou perceber que existe um processo de sensibilização para uma mudança da cultura de segurança do paciente. Considera-se um fator positivo para o hospital, uma vez que promoveu-se a reflexão dos trabalhadores sobre as iniciativas pela segurança do paciente que estão sendo desenvolvidas. Considera-se como iniciativa indispensável que a equipe de enfermagem compartilhe circunstâncias do trabalho que possam ser promotoras de eventos adversos, desenvolvendo ações para minimizá-los.

Também se salienta que é necessária a promoção da saúde do trabalhador, levando-se em consideração os fatores relacionados às condições de saúde e laborais, como o perfil dos pacientes nas unidades de internação. Isto possibilitaria a prevenção do adoecimento do trabalhador com conseqüente afastamento do trabalho.

Sobre as sugestões apresentadas neste estudo, tem-se um aspecto favorável para que a segurança do paciente seja objeto de outros estudos. O desenvolvimento de ações mais constantes no ambiente de trabalho para melhores práticas assistenciais e a problematização desta temática junto aos outros trabalhadores de diferentes setores da instituição hospitalar podem fomentar a construção de uma cultura de segurança do paciente.

Salienta-se que o fato de esta pesquisa ter sido realizada em uma única unidade hospitalar impede a generalização dos seus achados, o que é uma limitação do estudo. Assim, sugere-se que novos estudos sejam desenvolvidos nas demais unidades da instituição para que

possam ser evidenciados aspectos semelhantes e divergentes entre os turnos de trabalho, na perspectiva de contribuir para uma assistência mais segura.

Entende-se que esta pesquisa promove a ampliação das discussões sobre a temática em estudo e pode contribuir com ações para melhorar a assistência no que se refere ao cuidado seguro. Por fim, os resultados podem auxiliar o Núcleo de Segurança do Paciente e as gerências no desenvolvimento e implementação de ações para tornar a assistência mais segura.

REFERÊNCIAS

- ABREU, A.G.; FREITAS, J.S.; BERTE, M.; OGRADOWSKI, K.R.P.; NESTOR, A. O uso da simulação realística como metodologia de ensino e aprendizagem para as equipes de enfermagem de um hospital infanto-juvenil: relato de experiência. **Rev. Ciência & Saúde**, v. 7, n. 3, p. 162-66, 2014.
- ALMEIDA, L.C. et al. Gestão de risco hospitalar: um enfoque na qualidade e segurança do paciente. **Rev. Gestão e Saúde**, v.5, n. esp., p. 2862-2876, 2014.
- AOZANE, F. et al. Percepções de enfermeiros de um hospital privado sobre eventos adversos na assistência de enfermagem. **Rev. Enferm. UFPE.**, Recife, v.10, n.2, p.379-86, 2016.
- ARAÚJO SILVA, A. C. et al. A SEGURANÇA DO PACIENTE EM ÂMBITO HOSPITALAR: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 5, ago., 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i5.37763>>
- ARAÚJO, J.A. Trabalho em turnos e noturno e cronobiologia. In: JANSEN, J.M. et al. **Medicina da noite**: da cronobiologia à prática clínica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 299-324.
- ARUTO, G. C., LANZONI, G. M. M., MEIRELLES, B. H. S. Melhores práticas no cuidado à pessoa com doença cardiovascular: interface entre liderança e segurança do paciente. **Cogitare Enferm.**, v. 21, n. esp., p. 01-09, 2016.
- BAMPI, R. et al. Perspectivas da equipe de enfermagem sobre a segurança do paciente em unidade de emergência. **Rev enferm UFPE**, Recife, v. 11, n. 2, p. 584-590, fev., 2017.
- BAPTISTA, P.C.P. et al. Saúde dos trabalhadores de enfermagem e a segurança do paciente: o olhar de gerentes de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm.**, USP, São Paulo, v. 49, n. 2, 2016.
- BARBOSA, M. H. et al. Clima de segurança do paciente em um hospital especializado em oncologia. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 17, n. 4, mar., 2016. ISSN 1518-1944. Disponível em: <<https://doi.org/10.5216/ree.v17i4.34614>>
- BAVARESCO, T.; LUCENA, A. F. Nursing Intervention Classifications (NIC) validated for patients at risk of pressure ulcers. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 6, p. 1109-1116, dez., 2012. Available from: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000600013>>
- BEZERRA, A. L. Q. et al. Conhecimentos de usuários de uma clínica cirúrgica sobre a ocorrência de incidentes. **Cogitare Enferm.**,v. 21, p. 1-9, 2016.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde. 2014.
- BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Acesso em: 20 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde**: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília: Ministério da Saúde, 2013g. Acesso em: 13 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei no 10.741, de 1º de outubro de 2003. **Estatuto do Idoso**. 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm>

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. **Protocolos Básicos de Segurança do Paciente**. 2013b. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/0SEGURANCA_DO_PACIENTE/portaria_2095_2013.pdf>

BRASIL. Ministério da saúde. **Protocolo de Higienização das mãos**. 2013h. Disponível em: <<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/higiene-das-maos>>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de Identificação do Paciente**. 2013c. Disponível em: <<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/identificacao-do-paciente>>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de Prevenção de Quedas**. 2013e. Disponível em: <<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/prevencao-de-quedas>>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de Segurança na Prescrição, uso e Administração de Medicamentos**. 2013d. Disponível em: <<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos>>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Prevenção de úlcera por pressão**. 2013f. Disponível em: <<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/ulcera-por-pressao>>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: visita aberta e direito a acompanhante, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a. 32 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: gestão participativa: co-gestão, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007b. 20 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p.

BRASIL. **Portaria n. 1.823, de 23 de agosto de 2012.** Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da trabalhadora. Brasília, 2012. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/web_4cnst/docs/Portaria_1823_12_institui_politica.pdf> Acesso em: 11 nov. 2017.

BRASIL. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013.** Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). 2013a. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso em: 11 out. 2017.

BRASIL. **Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012.** Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdf>>

CALDANA, G. et al. Indicadores de desempenho em serviço de enfermagem hospitalar: revisão integrativa. **Rev. Rene**, Fortaleza, v.12, n.1, p. 189-197, 2011.

CALDANA, G. et al. Rede brasileira de enfermagem e segurança do paciente: desafios e perspectivas. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 3, p. 906-911, jul./set., 2015.

CAMARGO, G.T. et al. Cultura de Segurança do paciente em instituições de saúde: um estudo bibliométrico. **Enferm. glob.**, Murcia, v. 13, n. 33, p. 336-348, jan., 2014. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000100017&lng=es&nrm=iso>

CAMERINI, F. G. et al. Fatores de risco para ocorrência de erro no preparo de medicamentos endovenosos: uma revisão integrativa. **Cogitare Enferm.**, v. 19, n. 2, p. 392-398, abr./jun., 2014.

CARUSO, C.C. Negative impacts of shiftwork and long work hours. **Rehabilitation Nursing**, v. 39, n. 1, p. 16-25, 2014.

CARVALHO, R. E.; CASSIANI, S. H. Cross-cultural adaptation of the Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 for Brazil. **Rev Latino Am Enfermagem.**, v. 20, n. 3, p. 575-582, 2012.

CAVALCANTE, A.K.C.B. et al. Cuidado seguro ao paciente: contribuições da enfermagem. **Revista Cubana de Enfermería**, La Habana, v. 31, n. 4, 2015.

CECHIN, P. et al. Alterações vivenciadas por profissionais de enfermagem que apresentam dupla jornada de trabalho. **Rev. Enferm.**, Recife: UFPE, v. 8, n. 11, p. 3855-3861, nov., 2014.

CHRISTOPHER, D.A. et al. Using process improvement methodology to address the complex issue of falls in the inpatient setting. **J. Nurs. Care Qual.**, v. 29, n. 3, p. 204-214, 2014.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Pesquisa inédita traça perfil da enfermagem.** 2015. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem_31258.html>

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN-311/2007 - **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.** 2007.

CORBELLINI, V.L. et al. Eventos adversos relacionados a medicamentos: percepção de técnicos e auxiliares de enfermagem. **Rev Bras Enferm.**, v. 64, n. 2, p. 241-247, 2011.

COREDE. Conselhos Regionais de desenvolvimento. Diário Oficial do Estado. Rio Grande do Sul. SEPLAG/DEPLAN, 2013. Disponível em: <<http://www2.al.rs.gov.br/noticias/ExibeNoticia/tabid/5374/Default.aspx?IdMateria=294769>>

CORREA, A.D. et al. Implantação de um protocolo para gerenciamento de quedas em hospital: resultados de quatro anos de seguimento. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 1, p. 67-74, 2012.

COSTA, D.B. **Cultura de segurança do paciente sob a ótica da equipe de enfermagem em serviços hospitalares**. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Ribeirão Preto, 2014.

COSTA, I.M.A.R. **Trabalho por turnos, saúde e capacidade para o trabalho dos enfermeiros**. Dissertação (Mestrado em Saúde Ocupacional) - Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina, Coimbra, 2009.

CRUZ, E. D. A. Desafios napesquisa em segurança do paciente. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 5, ago., 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i5.48090>>.

DUARTE, S. C. M. et al. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Rev Bras Enferm.**, v. 68, n. 1, p. 144-154, 2015.

DUFFIELD, C. et al. Nursing staffing, nursing workload, the work environment and patient outcomes. **ApplNurs Res.**, v. 24, n. 4, p. 244-255, 2011.

FASSINI, P.; HAHN, G. V.. Riscos à segurança do paciente em unidade de internação hospitalar: concepções da equipe de enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Rio Grande do Sul, v. 2, n. 2, p. 290-299, maio/ago., 2012.

FERMO, V. C. et al. Atitudes profissionais para cultura de segurança do paciente em unidade de transplante de medula óssea. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 37, n. 1, e55716, mar., 2016.

FIGUEIREDO, M. L. et al. Análise da ocorrência de incidentes notificados em hospital-geral. **Rev Bras Enferm.**, v. 71, n. 1, p. 121-130, 2018.

FISCHER, F. M.; MORENO, C. R. C.; ROTEMBERG, L. (Orgs.). **Trabalho em turnos e noturno na sociedade 24 horas**. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 65-76.

FISCHER, F.M. et al. Occupational accidents among middle and high school students of the state of São Paulo, Brazil. **Rev.Saúde Pública**, v. 37, n. 3, p. 351-56, 2003.

FISCHER, F.M. Fatores individuais e condições de trabalho e de vida na tolerância ao trabalho em turnos. In: FISCHER, F.M.; MORENO, C.R.C.; ROTEMBERG, L. (Orgs.). **Trabalho em turnos e noturno na sociedade 24 horas**. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 65-76.

- FONTANELLA, B.J.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.1, jan., 2008.
- FORTE, E.C.N.; MACHADO, F.L.; PIRES, D.E.P. A relação da enfermagem com os erros de medicação: uma revisão integrativa. **Cogitare Enferm.**, v. 21, n. esp., p. 01-10, 2016.
- GIL, A.C. Como elaborar projetos de pesquisa. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- GIRONDI, J.B.R.; GELBCKE, F.L. Percepção do enfermeiro sobre os efeitos do trabalho noturno em sua vida. **Rev. Enfermagem em Foco**, v. 2, n. 3, p. 191-194, 2011.
- GOLLE, L. et al. Cultura de segurança do paciente em hospital privado. **Rev. pesqui. cuid. fundam.**, v. 10, n. 1, p. 85-89, jan./mar., 2018.
- GOMES, A. T. L. et al. Erros na administração de medicamentos: evidências e implicações na segurança do paciente. **Cogitare Enferm.**, v. 21, n. 3, p. 01-11, jul./set., 2016.
- GONÇALVES, L. A. et al. Alocação da equipe de enfermagem e ocorrência de eventos adversos/incidentes em unidade de terapia intensiva. **Rev. esc. enferm. USP.**, v. 46, n. esp., p. 71-77, 2012.
- GONÇALVES, P.; KAWAGOE, J.Y. Pacientes pela segurança dos pacientes. In: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. Brasília: ANVISA, 2013. p. 155-166.
- HILLESHEIN, E. **Capacidade para o trabalho de enfermeiros de um hospital universitário: interface entre o pessoal, o laboral e promoção da saúde**. Dissertação. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul: 2011.
- HOFFMEISTER, L.V.; MOURA, G.M.S.S. Uso de pulseiras de identificação em pacientes internados em um hospital universitário. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 23, n. 1, p.36-43, 2015.
- JEZEWSKI, G. M. et al. Conhecimento de profissionais de enfermagem de um hospital privado acerca da higienização das mãos. **Rev Cuid.**, v. 8, n. 3, p. 1777-1785, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v8i3.419>>
- KOERICH, C.; ERDMANN, A.L. Significados atribuídos pela equipe de enfermagem sobre educação permanente em uma instituição cardiovascular. **Rev Rene.**, v. 17, n. 1, p. 93-102, 2016.
- KOHN, L. T.; CORRIGNAN, J. M.; DONALDSON, M. S. (Eds). **To err is human: building a safer health system**. Washington: National Academy Press, 2001.
- KRELING, A.; MAGALHÃES, A.M.M. Administração de medicamentos – carga de trabalho da equipe de enfermagem em unidade de internação clínica. **Cogitare Enferm.**, v. 23, n. 1, e50974, 2018.
- LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. **Metodologia científica**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LIMA, F.D.M. A segurança do paciente e intervenções para a qualidade dos cuidados em saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 15, n. 3, p. 22-29, 2014.

LISBOA, M.T.L et al. O trabalho noturno e suas repercussões na saúde do trabalhador de enfermagem. **Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro: UERJ, v. 18, n. 3, p. 478-483, jul./set.. 2010.

LUZIA, M. F.; ALMEIDA, M. A.; LUCENA, A. F. Mapeamento de cuidados de enfermagem para pacientes com risco de quedas na Nursing Interventions Classification. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v. 48, n. 4, p. 632-639, 2014.

MAGALHÃES, A.M.M. et al. Processos de medicação, carga de trabalho e a segurança do paciente em unidades de internação. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 49, n. esp., p. 43-50, 2015.

MAGALHÃES, A.M.M.; DALL'AGNOL, C.M.; MARCK, P.B. Carga de trabalho da equipe de enfermagem e segurança do paciente - estudo com método misto na abordagem ecológica restaurativa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, jan./fev., 2013.

MAGNAGO, T. S. B. S et al. Condições de trabalho de profissionais da enfermagem: avaliação baseada no modelo demanda-controle. **Acta. Paul. Enferm.**, v. 23, n. 6, p. 811-817, 2010.

MARTINS, J. T.; ROBAZZI, M. L. C. C.; BOBROFF, M. C. C. Prazer e sofrimento no trabalho da equipe de enfermagem: reflexão à luz da psicodinâmica Dejouriana. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 1107-1111, dez., 2010. Available from: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000400036>>. Acesso em: 02 nov. 2017.

MATOZINHOS, F. P. et al. Fatores associados à incidência de úlcera por pressão durante a internação hospitalar. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.51, 2017.

MENDES, S. S.; MARTINO, M. M. F. Trabalho em turnos: estado geral de saúde relacionado ao sono em trabalhadores de enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1471-1476, dez., 2012. Available from: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000600026>> Acesso em: 12 nov. 2017.

MENEGON, D. B. et al. Análise das subescalas de Braden como indicativos de risco para úlcera por pressão. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 854-861, dez., 2012. Available from: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000400016>>

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINUZZI, A.P. et al. Contribuições da equipe de saúde visando à promoção da segurança do paciente no cuidado intensivo. **Esc Anna Nery**, v. 20, n. 1, p. 121-129, 2016.

MISIAK, M. **Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem de uma instituição cardiovascular**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

MÖLLER, G.; MAGALHÃES, A.M.M. Banho no leito: carga de trabalho da equipe de enfermagem e segurança do paciente. **Texto Contexto Enferm**, v. 24, n. 4, p. 1044-1052, 2015.

MORENO, C. R. C.; FISCHER, F. M.; ROTENBERG, L. A saúde do trabalhador na sociedade 24 horas. **São Paulo Perspec.**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 34-46, mar., 2003. Available from: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-88392003000100005>>

MOURA, G. M. S. S.; MAGALHÃES, A. M. M. M. **Eventos adversos relacionados à assistência em serviços de saúde: principais tipos.** In: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília, DF: ANVISA, 2013. (Série segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde)

NOVARETTI, M. C. Z. et al. Sobrecarga de trabalho da enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 67, n. 5, p. 692-699, 2014.

OLIVEIRA, A. C. et al. Adesão à higienização das mãos entre técnicos de enfermagem em um hospital universitário. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, e9945, 2016.

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.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Pacientes en defensa de su seguridad: información general. Ginebra, 2015. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/statement/es/>.

ORTEGA, D. B.; D'INNOCENZO, M. Análise de erros de medicação sob a ótica de auxiliares/técnicos de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. **Nursing**, v.14, n. 164, p. 48-52, 2012.

PAESE, F.; DAL SASSO, G.T.M. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Texto contexto enferm.**, Florianópolis, v.22, n.2,abr./jun., 2013.

PANUNTO, M.R.; GUIRARDELLO, E.B. Carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva de um hospital de ensino. **Acta Paul. Enferm.**, v. 25, n. 1, p. 96-101, 2012.

PASA, T.S. et al. Avaliação do risco e incidência de quedas em pacientes adultos hospitalizados. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 25, p. 01-09, 2017.

PASSOS, S. S. S. et al. Cuidado cotidiano das famílias no hospital: como fica a segurança do paciente?. **Texto Contexto Enferm**, v. 25, n. 4, e2980015, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016002980015>>

PEREIRA, A. G. S. et al. Mapeamento de cuidados de enfermagem com a NIC para pacientes em risco de úlcera por pressão. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.48, n.3,jun., 2014.

PORTELA, L.F. **Relações entre o estresse psicossocial no trabalho segundo o modelo demanda-controle e a pressão arterial monitorada: o papel do trabalho doméstico.** Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz/Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro: 2012.

REBRAENSP. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. **Estratégias para a segurança do paciente**: manual paraprofissionais da saúde / Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. – Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013.132 p. Disponível em: <<http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/10/Estrategias-para-seguranca-do-paciente-manual-para-profissionais-da-saude.pdf>>

REIS, A.T.; SILVA, C.R.A. SEGURANÇA DO PACIENTE. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.32, n.3, eRE020316, 2016. Available from: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XRE020316>>

REIS, C.T.; MARTINS, M.; LAGUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde – um olhar sobre a literatura. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 7, p. 2029-2036, 2013.

REIS, G. A. X. et al. NURSE MANAGER PERCEPTIONS OF PATIENT SAFETY STRATEGY IMPLEMENTATION. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 26, n. 2, e00340016, 2017. Available from:<<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017000340016>>

RIGOBELLO, M. C. G. et al. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. **Acta Paul Enferm.**, v. 25, n. 5, p. 728-735, 2012.

RODRIGUES, C. C. F. M.; SANTOS, V. E. P.; SOUSA, P. Segurança do paciente e enfermagem: interface com estresse e Síndrome de Burnout. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 70, n. 5, p. 1083-1088, out., 2017. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0194>>

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.**, v. 13, n. 4, p. 607-619, 2010.

SANTANA, J. C. B. et al. Perfil dos técnicos em enfermagem de um serviço de atendimento pré-hospitalar. **Rev Enferm**, v. 18, n. 1, p. 16-27, 2015.

SILVA, C.D.L.; PINTO, W.M. Riscos ocupacionais no ambiente hospitalar: fatores que favorecem a sua ocorrência na equipe de enfermagem. **Saúde Coletiva em Debate**, v. 2, n. 1, p. 62-29, dez. 2012.

SILVA, R.M. **Cronotipo e danos relacionados ao trabalho em trabalhadores de enfermagem**. Tese (Doutorado em Ciências) – Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem, São Paulo, 2014.

SILVA, R. M. et al. Cronótipo e acidente de trabalho na equipe de enfermagem de uma clínica cirúrgica. **Texto Contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 245-252, 2015.

SILVA, R.M. et al. Trabalho noturno e a repercussão na saúde dos Enfermeiros. **Esc. Anna Nery.**, v. 15, n. 2, p. 270-276, abr./jun., 2011.

SILVA, T.; WEGNER, W.; PEDRO, E. N. R. Segurança da criança hospitalizada na UTI: compreendendo os eventos adversos sob a ótica do acompanhante. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 14, n. 2, p. 337-344, 2012. Available from: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v14i2.12977>>

SIMAN, A. G.; CUNHA, S. G. S.; BRITO, M. J. M. The practice of reporting adverse events in a teaching hospital. **Rev Esc Enferm USP.**, v. 51, e03243, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X20160455032>>

SIQUEIRA, C.L. et al. Sentimentos experimentados por equipes de enfermagem acerca dos erros de medicação. **Cogitare Enferm.**, v. 21, p. 01-10, 2016.

SKOUFALOS, A. et al. Improving awareness of best practices to reduce surgical site infection: a multistakeholder approach. **Am J Med Qual.**, v. 27, n. 4, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1177/1062860611422122>>

SOBEST – Associação Brasileira de Estomaterapia. SOBENDE – Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia. Classificação das Lesões por Pressão - Consenso NPUAP, Adaptada Culturalmente para o Brasil, 2016. Disponível em: <<http://www.sobest.org.br/textod/35>>

SOUSA, B.V.N. et al. Repensando a segurança do paciente em unidade de terapia intensiva neonatal: revisão sistemática. **Cogitare Enferm.**, v. 21, n. esp., p. 01-10, 2016.

SOUSA, M.R.G. et al. Eventos adversos em hemodiálise: relatos de profissionais de enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 76-83, fev., 2013. Available from: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000100010>> Acesso em: 27 out. 2017.

SOUSA-UVA, A.; SERRANHEIRA, F. Saúde do trabalhador, ergonomia e segurança do paciente. In: SOUSA, P.; MENDES, W. **Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2014, 208 p.

TASE, T. H. et al. Identificação do paciente nas organizações de saúde: uma reflexão emergente. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 34, n. 3, p. 196-200, set., 2013. Available from: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000300025>>

TEIXEIRA, T.C.A.; CASSIANI, S.H.B. Análise de causa raiz: avaliação de erros de medicação em um hospital universitário. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.44, n.1,mar., 2010.

TIENSOLI, S.D. et al. Diagnóstico situacional: perfil sociodemográfico e clínico de pacientes internados em unidade de clínica médica, **Rev Min Enferm.**, v. 18, n. 3, p. 573-578, jul./set., 2014.

TOFFOLETO, M.C.; PADILHA, K.G. Consequências de Medicação em Unidades de Terapia Intensiva e Semiintensiva. **Rev Esc Enferm USP**, v.40, n.2, p.247-252, 2006.

TOMAZONI, A. et al. Cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva neonatal: perspectivas da equipe de enfermagem e médica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n. 5, p. 755-63, 2014.

TURATO, E. R. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. Petrópolis: Vozes, 2003.

URBANETTO, J.S.; GERHARDT, L.M. Segurança do paciente na tríade assistência ensino pesquisa. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 34, n. 3, p. 8-9, 2013.

VACCARI, É. et al. Segurança do paciente idoso e o evento queda no ambiente hospitalar. **Cogitare Enferm.**, v. 21 n. esp, p. 01-09,2016.

VARGAS, M.A.O.; LUZ, A.M.H. Práticas seguras do/no cuidado de enfermagem no contexto hospitalar: é preciso pensar sobre isso e aquilo. **Enferm em Foco**, v. 1, n. 1, p. 23-27, 2010.

VASCONCELOS, J. M. B., CALIRI, M. H. L. Ações de enfermagem antes e após um protocolo de prevenção de lesões por pressão em terapia intensiva. **Esc Anna Nery**, v. 21, n. 1, e20170001, 2017.

VIEIRA, T.G. et al. Adoecimento e uso de medicamentos psicoativos entre trabalhadores de enfermagem de unidades de terapia intensiva. **Rev EnfermUFSM.**, v. 3, n. 2, p. 205-214, maio/ago., 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5902/217976927538>>

WEAVER, S. J. et al. Promoting a culture of safety as a patient safety strategy: a systematic review. **Ann Inter Med.**, v. 158, n. 5, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00002>> Acesso em: 10 Set 2017.

WEGNER, W. et al. Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 3, jul./set., 2016.

WHO. World Health Organization. **Patient safety – a global priority**. Bull World Health Organ., v. 82, n. 12, p. 891-970, 2004.

WHO. World Health Organization: world alliance for patient safety, taxonomy: **the conceptual framework for the international classification for patient safety**: final technical report. Genebra, 2009.

APÊNDICEA – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**A. Dados sociodemográficos e de Formação Profissional**

Sexo:

- Masculino
 Feminino

Faixa etária (anos)

- 20 a 29
 30 a 39
 40 a 49

Estado civil

- Com companheiro
 Sem companheiro

Tem filhos:

- Com filhos
 Sem filhos

Tem outro emprego:

- Sim. Se sim, informe em que local, qual a atividade, e o turno e a carga horária? _____
 Não

Tempo de trabalho na categoria (anos)

- ≤ 5
 6 a 10
 11 a 15

Turno de trabalho

- Manhã
 Tarde
 Noite

Faz uso de medicações? Se sim, informar o nome da medicação: _____

- Sim Não

Você escolheu o turno de trabalho?

- Sim Não

B – Roteiro de entrevista individual

1. Percepções acerca do trabalho da enfermagem e da segurança do paciente;
2. Fatores que interferem na assistência segura de enfermagem;
3. Conhecimento das ações desenvolvidas para a segurança do paciente na instituição;
4. Sugestões para melhoria da segurança do paciente.

APÊNDICEB – ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA NÃO PARTICIPANTE**Dia da observação:****Hora de início:**_____ **Hora do término:**_____ **Turno:**_____

1. Interação dos trabalhadores entre si. (dinâmica de trabalho em equipe; organização /divisão do trabalho; comportamento da equipe diante de um problema ou atividade não prevista);
2. Interação entre trabalhadores e pacientes/familiares. (esclarecimento de dúvidas para pacientes e familiares, procedimentos de segurança para o paciente e trabalhador);
3. Ocorrência de evento adverso durante o período de observação;
4. Ocorrência de acidente de trabalho;
5. Outras observações importantes.

APÊNDICEC – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto de Pesquisa: Trabalhadores de enfermagem, turnos de trabalho e a segurança do paciente

Pesquisadora: Fabiele Aozane

Orientadora: Profa. Dra. Rosângela Marion da Silva

Coorientadora: Profa. Dra. Carmem Lúcia ColoméBeck

Telefone para contato: (55) 91386395 (FabieleAozane)

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/Departamento de Enfermagem (Centro de Ciências da Saúde). **Telefone e endereço postal completo:** (55) 3220.8473. Avenida Roraima, 1000, prédio 26A, sala 1305B, 97105-970 - Santa Maria/RS.

Prezado participante,

Eu, **Fabiele Aozane**, responsável pela pesquisa: “**Trabalhadores de enfermagem, turnos de trabalho e a segurança do paciente**”, o convido a participar como voluntário deste estudo. Antes de concordar em participar, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder todas as dúvidas antes que você se decida 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. Se concordar, você deverá assinar este documento em duas vias; uma ficará com você, e outra, com os pesquisadores.

Esta pesquisa propõe conhecer as percepções de trabalhadores da enfermagem sobre o turno e a segurança do paciente. Para atingir esse objetivo serão realizadas a observação e uma entrevista semiestruturada. Sua contribuição neste estudo inclui sua autorização para que a pesquisadora conheça as percepções dos trabalhadores da enfermagem sobre o turno e a segurança do paciente. As entrevistas serão gravadas, caso você autorizar, e em nenhum momento será revelado o seu nome. Todos os dados coletados, depois de organizados e analisados pelos pesquisadores, poderão ser divulgados e publicados. A divulgação no meio científico se dará por meio de artigos científicos. Os pesquisadores desta investigação se comprometem a seguir o que consta na Resolução nº466/12, que trata sobre pesquisas em seres humanos. Sua participação é isenta de despesas e sua assinatura representa o aceite em participar voluntariamente do estudo.

Em relação aos benefícios, os mesmos serão indiretos, pois esta investigação permitirá reflexões sobre o trabalho realizado em turnos e a segurança do paciente. Os riscos se referem à implicação subjetiva dos participantes e à possibilidade de desconfortos e sentimentos ao longo da coleta de dados, uma vez que se abordarão questões de âmbito individual, como a saúde, o bem-estar pessoal e familiar, aspectos relacionados ao trabalho. Caso se efetive algum desses riscos, a pesquisadora fornecerá atenção especial, escutando os participantes e respeitando o desejo do participante em dar ou não prosseguimento à entrevista.

Este estudo poderá trazer contribuições a nível individual, coletivo e institucional, na medida em que haverá oportunidade para discussão, reflexão sobre o trabalho em turnos e a segurança do paciente. Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores. Fica, também, garantida indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa.

As informações serão utilizadas para execução do presente projeto, sendo ainda construído um banco de dados para esta e outras pesquisas. Somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas na sala 1305B do Departamento de Enfermagem, no Centro de Ciências da Saúde, prédio 26A, no Campus da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), por um período de cinco anos, sob a responsabilidade da pesquisadora responsável deste projeto, Profa. Dra. Rosângela Marion da Silva, sendo destruídas sob a forma de incineração. Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas.

Autorização

Eu,, após a leitura ou a escuta da leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade. Diante do exposto e de espontânea vontade, expressei minha concordância em participar deste estudo e assino este termo em duas vias, uma das quais foi-me entregue.

Santa Maria, ____/____/____

Assinatura do participante

FabieleAozane -mestranda Enfa. Profa. Dra. Rosângela Marion da Silva- Orientadora

Para maiores informações:

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM - Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima, nº1000 - CEP: 97.105.900 Santa Maria/RS. Telefone: (55) 3220-9362 – Fax: (55)3220-8009 Email: comiteeticapesquisa@smail.ufsm.br. Web: www.ufsm.br/cep.

**APÊNDICE – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE PRIVACIDADE E
SEGURANÇA DOS DADOS**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Projeto de Pesquisa:Trabalhadores de enfermagem: Turno de trabalho e a segurança do paciente.

Pesquisadora:FabieleAozane

Orientadora: Profa. Dra. Rosângela Marion da Silva.

Coorientadora: Profa. Dra. Carmem Lúcia Colomé Beck

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/ Departamento de Enfermagem (Centro de Ciências da Saúde)

Telefone para contato: (55) 999576827 (Rosângela Marion da Silva); (55)991386395 (FabieleAozane); (55) 3220-8263 (Departamento de Enfermagem da UFSM)

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a confidencialidade dos dados dos participantes desta pesquisa, cujos dados serão coletados por meio do emprego das técnicas da observação sistemática não participante, do formulário de entrevista. Informam, ainda, que estas informações serão utilizadas, única e exclusivamente, para execução do presente projeto.

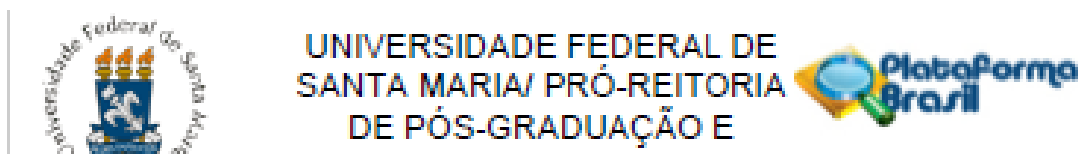
As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas na Universidade Federal de Santa Maria - Avenida Roraima, 1000, prédio 26A, sala 1305B - 97105-900 - Santa Maria/RS, por um período de cinco anos, sob a responsabilidade da Dra. Rosângela Marion da Silva, coordenadora da pesquisa. Após este período os dados serão destruídos.

Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em/...../....., e recebeu o número CAAE

Santa Maria,.....dede 20.....

Rosângela Marion da Silva – RG 6061439185

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TRABALHADORES DE ENFERMAGEM, TURNOS DE TRABALHO E A SEGURANÇA DO PACIENTE

Pesquisador: Rosângela Marlon da Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 65333317.3.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

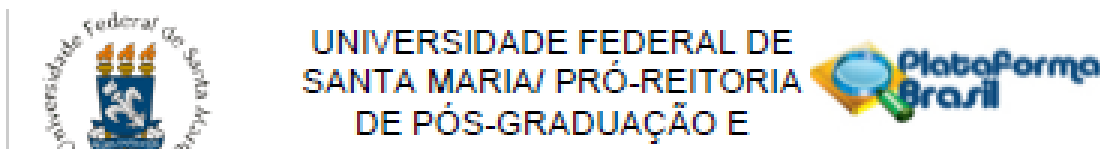
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.982.855

Apresentação do Projeto:

A segurança dos trabalhadores e do paciente encontra-se, intrinsecamente, relacionada à qualidade nos serviços de saúde. Nessa direção, a segurança é compreendida como uma temática transversal do processo de assistir, envolvendo, sobretudo, o estabelecimento de vínculos de confiança entre trabalhadores e pacientes. Em Instituições onde há trabalho em turnos contínuos, decorrente da necessidade de manutenção de processos produtivos e/ou da prestação de serviços, há usualmente múltiplos fatores de risco presentes no ambiente do trabalho e que podem interferir na segurança do paciente. Neste sentido, a presente pesquisa trata do trabalho realizado em turnos por trabalhadores de enfermagem e a segurança do paciente. Tem como objetivo: Conhecer as percepções dos trabalhadores da enfermagem sobre as implicações do turno de trabalho na segurança do paciente e Identificar sugestões para melhorar as práticas de segurança do paciente no trabalho em turnos. Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva, com abordagem qualitativa, a ser desenvolvida com trabalhadores da enfermagem de uma Unidade Clínica de um hospital privado na região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. A técnica de coleta de dados será a entrevista semiestruturada e a observação não participante. Para análise dos dados obtidos será empregada a Análise de Conteúdo do tipo Temática proposta por Minayo. Serão seguidas as recomendações previstas na Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de



Continuação do Processo: 1.902.055

Saúde, respeitando as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Espera-se com o resultado desta pesquisa possa promover reflexões aos participantes da pesquisa e propor ações para a melhoria das práticas de segurança do paciente nos diferentes turnos de atuação do trabalhador da enfermagem.

Objetivo da Pesquisa:

- Conhecer as percepções dos trabalhadores da enfermagem sobre as Implicações do turno de trabalho na segurança do paciente.
- Identificar sugestões para melhorar as práticas de segurança do paciente no trabalho em turnos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Foram bem avaliados no projeto, na Plataforma e no TCLE.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto: ok;

Orçamento: ok;

Cronograma: ok;

Autorização Institucional: ok (Hospital da Unimed Ijuí);

Registro no GAP: Ok;

TCLE: adequado;

Termo de Confidencialidade: ok.

Recomendações:

Veja no site do CEP - <http://w3.ufsm.br/nucleodecomites/index.php/cep> - na aba "orientações gerais", modelos e orientações para apresentação dos documentos. **ACOMPANHE AS ORIENTAÇÕES DISPONÍVEIS, EVITE PENDÊNCIAS E AGILIZE A TRAMITAÇÃO DO SEU PROJETO.**

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

.

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

Bairro: Camobi

CEP: 97.105-070

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-0362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com