

A compreensão da equipe de enfermagem frente a segurança do paciente idoso hospitalizado

The understanding of the nursing team regarding the safety of hospitalized elderly patients

Cinthya Ramires Ferraz¹

Henrique Salmazo da Silva²

¹Enfermeira da Comissão de Prevenção e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde do Centro Hospitalar COVID-19 - Fundação Oswaldo Cruz e Mestre em Gerontologia pela Universidade Católica de Brasília.

² Doutor em Neurociência e Cognição pela Universidade Federal do ABC. Mestre em Ciências pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Bacharel em Gerontologia pela Universidade de São Paulo - Escola de Artes, Ciências e Humanidades. Atualmente é Professor Doutor do Programa de Pós-graduação em Gerontologia da Universidade Católica de Brasília.

RESUMO

Objetivo: Avaliar a compreensão da equipe de enfermagem a respeito da segurança do paciente idoso hospitalizado. **Método:** estudo transversal, descritivo e de enfoque quantitativo desenvolvido em uma unidade de clínica médica de um hospital público do Distrito Federal. **Resultados:** A comunicação, sistematização de fluxos, sobrecarga no trabalho, a cultura da segurança do paciente como medida educativa e não punitiva são elementos que podem ser trabalhados na gestão da equipe de enfermagem para o cuidado ao idoso hospitalizado. **Conclusão:** O cuidado seguro ao paciente idoso requer práticas sistematizadas de educação, apoio da gestão e avaliação dos riscos.

Palavras-chave: Enfermagem; Segurança do paciente; Idoso.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the nursing team's understanding of the safety of elderly hospitalized patients. **Method:** cross-sectional, descriptive study with a quantitative approach, developed in a medical clinic unit of a public hospital in the Federal District. **Results:** Communication, systematization of flows, work overload, the culture of patient safety as an educational and non-punitive measure are elements that can be worked on in the management of the nursing team for the care of hospitalized elderly. **Conclusion:** The

safe care for elderly patients requires systematic practices of education, management support and risk assessment.

Keywords: nursing, patient safety, elderly.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento pode ser definido como um processo sócio vital multifacetado ao longo de todo o curso da vida. A velhice denota o estado de “ser velho”, condição que resulta do processo de envelhecimento que gerações vivenciaram e vivenciam dentro de contextos sociais, políticos e individuais diversos¹⁻².

Isto gerou discussões nos últimos anos envolvendo as necessidades das pessoas idosas como usuárias dos sistemas de saúde, seja este público ou privado. É intensa a preocupação com a manutenção da qualidade da assistência à saúde dos idosos sem perder o controle dos custos para manter os tratamentos necessários³.

As altas taxas de hospitalização de idosos exemplificam o impacto do envelhecimento da população brasileira no setor de saúde e representam um grande desafio para os sistemas de saúde, sob o risco de ter seus leitos bloqueados sem oferecer a assistência necessária às demandas desse grupo⁴.

O paciente idoso, no contexto hospitalar, representa um grupo altamente exposto à ocorrência de eventos adversos durante a prática assistencial, seja pela recuperação mais lenta, que prolonga o tempo de internação, seja pelo tipo de cuidado que necessita, seja, ainda, pela fragilidade própria do ciclo de vida⁵.

De acordo com a literatura os pacientes idosos internados são os mais vulneráveis aos eventos adversos (EA) quando comparado a pacientes de outras faixas etárias⁷. Dentre os eventos que acometem os pacientes idosos com maior prevalência, estão erros de medicação, quedas, retiradas não programadas de artefatos terapêuticos, lesões por pressão e infecções relacionadas à assistência à saúde⁶.

Estudo realizado que avaliou as notificações de eventos adversos relacionados com a assistência à saúde que levaram a óbitos no Brasil entre 2014 e 2016, identificou que 49,9% dos óbitos decorrentes de EA ocorreram em pacientes de faixa etária entre 56 – 85 anos e 6,2% ocorreram em pacientes com idade igual ou maior a 85 anos. Ainda de acordo com o estudo as falhas durante a assistência foram a principais causas dos eventos⁸.

Estudos internacionais, apontaram uma taxa de EA de 8,6% em 1,2 milhões de pacientes admitidos em hospitais suecos, sendo que a ocorrência destes eventos foi, na sua maioria, na população acima de 65 anos. Ainda de acordo com o estudo, os EA poderiam ter sido evitados e resultaram em lesões permanentes ou contribuíram para o óbito⁹.

A população idosa demanda mais das equipes de saúde. Um estudo de revisão integrativa sobre a segurança do paciente idoso hospitalizado apontou lacunas do conhecimento, como a escassez de artigos com foco na segurança da pessoa idosa hospitalizada, aprofundamento das questões dos fatores ambientais, quanto ao dimensionamento e adaptação das enfermarias¹⁰.

Partindo da premissa da possível existência de um hiato estabelecido entre as informações emitidas pela literatura e o concreto (re)conhecimento por parte dos profissionais de enfermagem da relevância da adoção de ações relacionadas à segurança do paciente, resultou a pergunta problema deste estudo: A equipe de enfermagem tem compreensão sobre a segurança do paciente idoso?

MÉTODOS

Estudo transversal, prospectivo e descritivo, com enfoque quantitativo. O estudo transversal descreve uma situação ou fenômeno em um momento não definido. Este modelo apresenta-se como uma fotografia ou corte instantâneo que se faz numa população, por meio de uma amostragem, examinando-se na amostra, a presença ou ausência do efeito ou doença¹¹. O estudo prospectivo é montado no presente, e ele é seguido para o futuro¹¹.

O estudo foi realizado em um hospital público de Brasília/ DF. As enfermarias elegíveis para avaliação dos idosos foram as que atuam na clínica médica, por receberem maior número de pacientes na faixa etária de 60 anos ou mais. A coleta de dados ocorreu no período de abril a junho de 2019. A pesquisa foi e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP do hospital onde o estudo foi realizado (CAAE: 08261319.0.0000.8153).

Foram incluídos enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuam na unidade de clínica médica há, no mínimo, 1 ano. A delimitação da amostra deu-se com base no número de profissionais da equipe, por meio da escala de dimensionamento dos profissionais elaborada pela coordenação de enfermagem da unidade. Foram excluídos os profissionais com menos de um ano na instituição; e que estivessem na ocasião da

coleta de dados em período de férias, licenças e/ou afastamentos do serviço. Obteve-se amostra de 30 profissionais e os que aceitaram participar foram 18 profissionais de enfermagem.

Para a coleta de dados, utilizou-se dois questionários. O primeiro foi elaborado pela Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), intitulado Hospital Survey on Patient Safety Culture - HSOPSC traduzido para o Português e adaptado da versão original em inglês.

De acordo com a AHRQ as dimensões de cultura de segurança são ao todo dez e o instrumento apresenta duas variáveis de resultados. O instrumento constitui-se de duas partes: a primeira com as variáveis sociodemográficas e, a segunda composta pelos itens que abrangem as dimensões de cultura de segurança do paciente¹². O instrumento incorpora uma escala de Likert, com uma variação em 5 graus de percepção que vai de “Discordo fortemente” a “Concordo fortemente” e de “Nunca” a “Sempre”.

O segundo questionário foi elaborado pelos pesquisadores e contempla as variáveis práticas assistenciais, com base no Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP, 2013), nas metas internacionais para a segurança do paciente adotadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Os parâmetros de avaliação do questionário obedecem aos seguintes domínios (medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde, segurança na administração de medicamentos, medidas de prevenção de lesão por pressão e queda e comunicação efetiva), cada domínio avaliado recebe resposta “sim” ou “não”, sendo contabilizadas em percentual as respostas positivas para cada domínio.

Para análise dos dados obtidos foi construído um banco de dados eletrônico no programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 22.0. Os dados foram tratados estatisticamente por testes paramétricos e não paramétricos, como distribuição de frequência simples, medidas de dispersão (média e desvio-padrão), considerando-se o p valor $\leq 0,05$.

RESULTADOS

Quanto à caracterização dos participantes, a maioria foi do sexo feminino (94,4%), conforme apresentado na **Tabela 1** (Vide APÊNDICE). A função predominante foi de técnico de enfermagem (66,7%), seguido dos enfermeiros e auxiliares de enfermagem (16,7%).

Quanto as variáveis: grau de instrução e qualificação profissional em cuidado idoso e, as maiores frequências foram encontradas entre os que possuem ensino superior completo, 08(44,4%) e não possuem qualificação profissional na área do envelhecimento, 15 (83,3%). Entretanto 100% da amostra referiu ter contato com idosos no cotidiano profissional. Dos profissionais com ensino superior completo, 08 (44,4%) tinham pós-graduação, 03 (37, 5,0%) *lato sensu*.

O tempo médio de atuação na área foi de 10 anos e 11 dos participantes (64,7%) relataram não possuir curso de aperfeiçoamento em segurança do paciente.

O percentual médio de respostas positivas obtido para as dimensões da cultura de segurança do paciente e para seus respectivos itens componentes na população do estudo é apresentado na **Tabela 02** (Vide APÊNDICE). São consideradas respostas positivas aquelas em que os participantes responderam concordo/concordo totalmente com itens formulados positivamente ou discordam/discordam totalmente com os itens formulados negativamente. Um percentual de 75% ou mais de respostas positivas é considerado como área forte da segurança do paciente, e o percentual igual ou inferior a 50% de respostas positivas indicam áreas frágeis da segurança do paciente e necessitam de melhoria¹⁶.

O Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS) obteve boa confiabilidade pelo alfa de Cronbach (0,64-0,91), exceto nas dimensões de expectativa supervisor sobre seu supervisor e ações promotoras da segurança do paciente (0,48), apoio da gestão para a segurança do paciente (0,26), retorno da informação e comunicação sobre o erro (0,58) e abertura da comunicação (0,48).

As dimensões: Trabalho em equipe dentro das unidades, Aprendizado organizacional – melhoria contínua, Apoio da gestão para a segurança do paciente e Passagem de plantão ou de turno/ transferências, apresentaram pontuações intermediárias.

As dimensões com maior proporção de positividade foram: Expectativas sobre o seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente (87%), Retorno da informação e comunicação sobre erro (78%) e Abertura comunicação (76%). As demais dimensões tiveram positividade menor que 50%. E a dimensão mais frágil para a cultura segurança foi observada na Resposta não punitiva ao erro com 17% de positividade. Esta dimensão obteve percentuais de respostas positivas inferiores a 50% em todos os seus itens componentes.

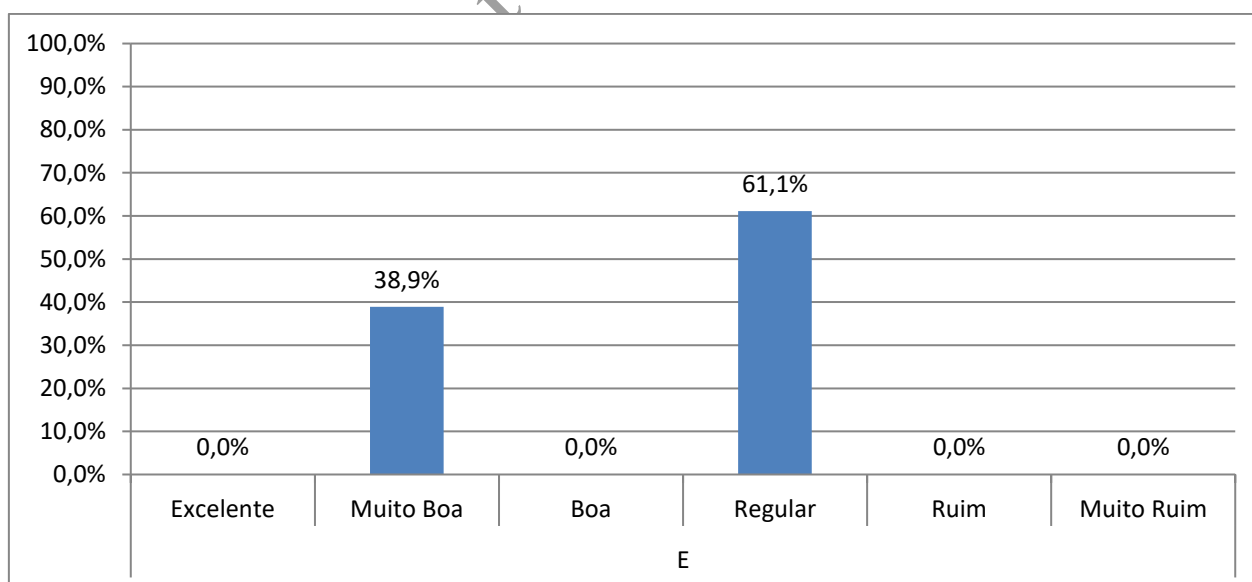
Dos quarenta e dois itens, quinze foram avaliados negativamente pelos participantes. A dimensão aprendizado organizacional – melhoria contínua obteve 53%

de positividade e verificou-se que 83% dos participantes concordam com o item “estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente”, sendo um ponto forte da cultura do paciente nessa dimensão.

A dimensão “expectativas do supervisor/chefe e ações promotoras da segurança” alcançou 87%, sendo que 94% dos participantes discordam com o item “o meu supervisor/chefe não dá atenção aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente”; este item pode ser considerado como um ponto forte na cultura de segurança com relação a essa dimensão.

Embora a dimensão adequação de profissionais tenha obtido um percentual de resposta positiva de apenas 32%, 61% dos participantes discordam que utilizam mais profissionais temporários do que seria desejável para o cuidado do paciente. Na mesma dimensão, apenas 11% concordam em ter profissionais suficientes para dar conta da carga de trabalho, 33% discordam que os profissionais (independente do vínculo empregatício) trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente e 22% discordam de que trabalham em situação de crise.

Gráfico 1 – Distribuição de resposta para avaliação da segurança do paciente pelos profissionais na unidade de clínica médica. Pesquisa sobre cultura de segurança (*Hospital Survey on Patient Safety Culture – HSOPC*) realizada em clínica médica. Brasília, 2019

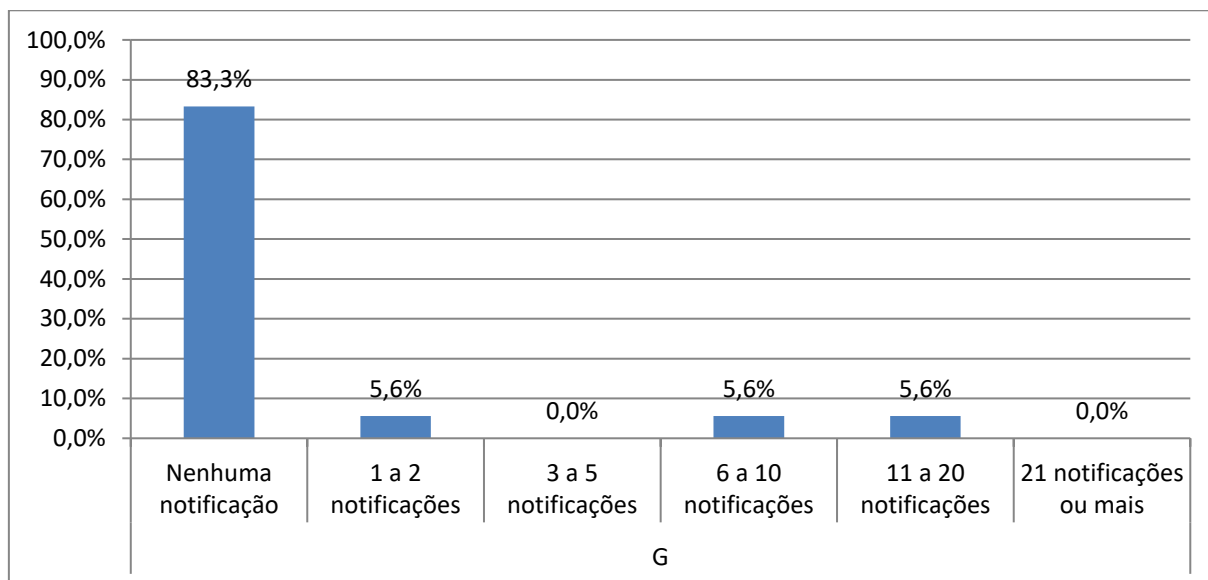


Fonte: FERRAZ, 2019

A avaliação da segurança do paciente na unidade de trabalho foi regular por 61,1% dos profissionais participantes, conforme Gráfico 1. Destes, a maioria (83,3%) não

realizou nenhuma notificação nos últimos 12 meses e 16,8% realizaram duas notificações ou mais (Gráfico 02).

Gráfico 2 – Distribuição de resposta para número de eventos adversos notificados pelos profissionais na unidade de clínica médica. Pesquisa sobre cultura de segurança (*Hospital Survey on Patient Safety Culture – HSOPC*) realizada em clínica médica. Brasília, 2019



Fonte: FERRAZ, 2019

A dimensão prática – assistencial buscou avaliar a compreensão da equipe acerca das medidas de prevenção dos principais eventos adversos que acometem os pacientes idosos hospitalizados (**Tabela 03** - Vide APÊNDICE). Todas as dimensões avaliadas apresentaram respostas positivas, acima de 78%. Entretanto, na dimensão prevenção de queda, embora 80,5% das respostas tenham sido positivas, os itens componentes a questões relacionadas a prevenção de queda PQ1 e PQ2 obtiveram 17% cada um de resposta negativa sobre a utilização de uma escala de avaliação de risco de queda e se os idosos são avaliados quanto ao risco de queda na admissão hospitalar. Resultado semelhante foi obtido no item PQ3 sobre se os profissionais realizam medidas para prevenção de quedas para os idosos hospitalizados. No item PQ4, 22,4% responderam negativamente quanto à notificação da ocorrência das quedas ao Núcleo de Segurança do Paciente (NSP).

Em relação à dimensão prevenção lesão por pressão, 75% das respostas dos profissionais foram positivas. Porém no item relacionado a lesão por pressão LPP1, 17% dos participantes responderam que os idosos não são avaliados quanto ao risco de desenvolvimento de LPP ou de LPP já instaladas na admissão hospitalar. No item LPP2,

33,3% dos profissionais responderam que não são utilizadas escala de avaliação de risco para LPP (escala de Braden). O mesmo resultado foi obtido no item LPP3 sobre a avaliação do risco para LPP durante o período de internação hospitalar. No item LPP4, 16,7% dos participantes responderam não haver um plano de cuidado específico para a prevenção de alterações cutâneas do idoso hospitalizado.

DISCUSSÃO

Os achados do presente estudo, suscita a necessidade ações de educação voltadas para mudança da cultura de segurança do paciente. Os resultados mostraram que, embora os profissionais tenham referido trabalhar cotidianamente com os idosos, grande parcela não tinha capacitação na área do envelhecimento. Medidas de prevenção aos de eventos adversos aos idosos foram relatadas pelos profissionais. Contudo, a análise do clima da segurança do paciente indicou que domínios como comunicação, sistematização de fluxos, sobrecarga no trabalho, e o estabelecimento da segurança do paciente como medida educativa e não punitiva são elementos que podem ser trabalhados na gestão da equipe de enfermagem para o cuidado ao com o idoso hospitalizado.

A população alvo deste estudo foi composta majoritariamente por mulheres. Nesse sentido, pesquisa divulgada no Brasil revelou que cerca de 50% dos profissionais da saúde atuam na enfermagem e que mais de 80% eram do gênero feminino¹³.

Houve um predomínio de técnicos de enfermagem, corroborando com este achado a literatura demonstra que a equipe de enfermagem é constituída predominantemente por técnicos e auxiliares de enfermagem, embora esse cenário venha se modificando ao longo dos últimos anos, com o significativo crescimento do número de enfermeiros nas equipes¹³.

Com relação à qualificação profissional para o cuidado com o idoso e a segurança do paciente a maior parte dos participantes referiu não possuir qualificação e cursos de aperfeiçoamento, coincidindo com resultado de um estudo realizado em um hospital universitário em Niterói, Rio de Janeiro, em que 25% dos profissionais entrevistados informaram possuir qualificação - curso de aperfeiçoamento na área de saúde do idoso e 33% informaram possuir qualificação - curso de aperfeiçoamento em segurança do paciente¹³. Os profissionais de enfermagem precisam ter conhecimento e habilidades para atender as demandas dos pacientes idosos, e terem acesso a atualizações e capacitações periódicas¹³. Além disso, todos os participantes da pesquisa referiram ter contato direto

com pacientes idosos, o que reforça a necessidade de qualificação desses profissionais a fim de se garantir uma assistência segura a esses pacientes.

A cultura de segurança, mensurada pelo HSOPSC, revelou fragilidades na unidade avaliada. Somente quatro dimensões tiveram positividade superior a 50% e três dimensões representaram pontos fortes (acima de 75%) na cultura de segurança do paciente.

A dimensão com menores respostas positivas foi “resposta não punitiva ao erro”; essa dimensão trata de um ponto problemático nas instituições, que é a cultura de culpabilização dos profissionais¹⁴. É composta somente por perguntas negativas, que exigem maior atenção na interpretação e desempenham menor confiabilidade em questionários¹³. Importante ressaltar que a cultura justa é uma característica da cultura de segurança que possibilita que os profissionais percebam quais as diferenças entre o aceitável e o inaceitável¹⁴.

A dimensão “adequação de profissionais” foi o segundo com o menor percentual de respostas positivas. Estudo de revisão sistemática apontou que a carga de trabalho de enfermagem influencia a ocorrência de eventos adversos¹⁵. Não se pode dizer que a ocorrência de eventos adversos está relacionada apenas ao quantitativo de profissionais, podendo ocorrer por múltiplos fatores, entretanto pode-se considerar o déficit no dimensionamento de profissionais como um dos fatores de risco para a ocorrência destes eventos¹⁵.

A dimensão “apoio da gestão” para a segurança do paciente apresentou fragilidade em todos os itens avaliados e a maioria dos participantes respondeu não acreditar que a direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente. O papel da direção hospitalar no progresso da cultura de segurança é de suma importância, este resultado mostra a necessidade de investimento em ações que priorizem a promoção dessa cultura por parte da gestão¹⁶.

Nas dimensões prático-assistencial a maioria dos participantes responderam positivamente as questões que as compõe. Os idosos que sofrem eventos adversos apresentam maior média de tempo de permanência de internação, maior probabilidade de óbito e maior gravidade em comparação com os idosos que não sofrem eventos adversos¹⁷. Portanto faz-se necessário que as equipes de saúde, sobretudo a equipe de enfermagem tenha conhecimento das medidas de prevenção destes eventos e as implementem com o apoio da liderança a fim de evitá-los^{17,18}. Entretanto embora os itens

medidas de prevenção de quedas e lesão por pressão tenham obtido pontuação positivas, estes foram os que apresentaram maior número de respostas negativas.

Os participantes referiram não ser utilizada escala para avaliação da pessoa idosa quanto ao risco de queda, também relataram que os idosos não são avaliados quanto ao risco de queda na admissão e que os profissionais não adotam medidas de prevenção de quedas. Estudo que avaliou o risco de quedas das pessoas idosas hospitalizadas, por meio da escala de Morse em um hospital universitário na Paraíba, evidenciou que 45% dos participantes apresentaram risco elevado para queda¹⁹. É de suma importância que os profissionais da enfermagem tenham conhecimento dos fatores de risco para a ocorrência deste evento, para assim realizar uma assistência de qualidade pautada na prevenção de queda no ambiente hospitalar¹⁹.

Já em relação às medidas de prevenção de lesão de pressão, alguns participantes responderam que na unidade não há avaliação do idoso para identificar o risco de desenvolver lesão por pressão, que não é utilizada uma escala de avaliação, para identificação do risco de lesão por pressão e não há um plano de cuidado específico para a prevenção de lesões de pressão para os pacientes idosos. Pacientes hospitalizados classificados como de alto risco, na escala de Braden, mostraram maior incidência de lesão por pressão quando comparados com aqueles classificados como de baixo risco, o que reforça a importância do uso desta escala na identificação dos pacientes com maior probabilidade de desenvolver lesões por pressão²⁰. Deve-se elaborar e implementar protocolos de prevenção de lesões por pressão, que possam proporcionar a melhoria da qualidade da assistência.

CONCLUSÃO

Os resultados mostraram que a cultura de segurança na unidade é frágil, sobretudo na dimensão “respostas não punitivas aos erros” e na notificação de eventos adversos. Apesar dos profissionais de enfermagem participantes do estudo terem expressado domínio teórico sobre segurança do paciente idoso e das medidas de prevenção de eventos adversos que acometem os idosos hospitalizados, isso ainda não se reflete em práticas sistematizadas e focadas, sem avaliação sistematizada dos riscos e das suas demandas no ambiente hospitalar.

Ressaltamos que a prática de enfermagem deve estar centrada no cuidado, com respaldo do conhecimento e embasada em práticas assistenciais na promoção de um

ambiente seguro. Desta forma, melhorar a qualidade no atendimento é um desafio, que envolve a capacitação dos profissionais, o diagnóstico organizacional, a comunicação, o adequado delineamento de fluxos assistenciais e o estabelecimento de uma cultura do paciente que seja educativa.

Por fim, para que a cultura de segurança do paciente idoso hospitalizado se efetive positivamente é imprescindível um engajamento em níveis políticos, estratégico e operacional do hospital, através de uma mobilização integrada, que contemple a gestão hospitalar e os demais profissionais.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

Os questionários de avaliação da cultura de segurança do paciente e das dimensões prático-assistencial mostrou-se prático e rápido para aplicação nas equipes de enfermagem e de baixo custo para o ambiente hospitalar. Ressalta-se que a avaliação e gerenciamento da cultura de segurança do paciente e das dimensões prático-assistencial pela enfermagem pode ser capaz de reduzir significativamente a mortalidade, as reinternações, o tempo de permanência, além de custos individuais e institucionais. Os resultados deste estudo podem incentivar novas investigações na área de segurança do paciente idoso e na gestão da qualidade do cuidado.

Limitações do Estudo

A principal limitação encontrada no desenvolvimento do estudo foi a amostra ser pequena, devido ao período curto de coleta dos dados, o que limita a generalização dos resultados. Mas, acredita-se que os resultados deste estudo possam incentivar novas pesquisas na área da enfermagem gerontológica e da segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

1 Lima Ângela Maria Machado de, Silva Henrique Salmazo da, Galhardoni Ricardo. Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um constructo e novas fronteiras. Interface (Botucatu) [Internet]. 2008 Dec [cited 2018 Abr 19] ; 12(27): 795-807. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-

2 Neri AL. Qualidade de vida na velhice e subjetividade. Campinas: Alínea 2007.

3. Wagner JT, Bachmann LM, Boulton C, Harari D, von Renteln-Kruse W, Egger M, et al. Predicting the risk of hospital admission in older persons - validation of a brief self-administered questionnaire in three European countries. *J Am Geriatr Soc*. 2006;54(8):1271-6. DOI:10.1111/j.1532-5415.2006.00829.x
4. Góis Ana Luzia Batista de, Veras Renato Peixoto. Informações sobre a morbidade hospitalar em idosos nas internações do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2010 Sep [cited 2019 Mai 29]; 15(6): 2859-2869. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000600023&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000600023>.
5. Ackroyd-Stolarz S, Bowles SK, Giffin L. Validating administrative data for the detection of adverse events in older hospitalized patients. *Drug Healthc Patient Saf*. 2014 Aug;13(6):101-8. [acesso em 17 maio 2018]. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/DHPS.S64359>.
6. Nascimento Camila Cristina Pires, Toffoletto Maria Cecília, Gonçalves Leilane Andrade, Freitas Walkíria das Graças, Padilha Katia Grillo. Indicators of healthcare results: analysis of adverse events during hospital stays. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2008 Aug [cited 2019 Jun 09]; 16(4): 746-751. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000400015&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000400015>.
7. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017. [acesso em 17 maio 2018]. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/assistencia-segura-uma-reflexao-teorica-aplicada-a-pratica/>
8. Maia Christiane Santiago, Freitas Daniel Roberto Coradi de, Gallo Luciana Guerra, Araújo Wildo Navegantes de. Notificações de eventos adversos relacionados com a assistência à saúde que levaram a óbitos no Brasil, 2014-2016. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2018 [cited 2019 Jun 09]; 27(2): e2017320. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222018000200308&lng=en. Epub June 11, 2018. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742018000200004>.

9. World Health Organization Envelhecimento ativo: uma política de saúde / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.: il. [acesso em 17 maio 2018]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf
10. Costa Samara Greice Röpke Faria da, Monteiro Daiane da Rosa, Hemesath Melissa Prade, Almeida Miriam de Abreu. Caracterização das quedas do leito sofridas por pacientes internados em um hospital universitário. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet]. 2011 Dec [cited 2019 Jun 19] ; 32(4): 676-681. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000400006&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000400006>.
11. Hochman Bernardo, Nahas Fabio Xerfan, Oliveira Filho Renato Santos de, Ferreira Lydia Masako. Desenhos de pesquisa. Acta Cir. Bras. [Internet]. 2005 [cited 2018 Mar 09] ; 20(Suppl 2): 2-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-86502005000800002&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-86502005000800002>.
12. Agency for Healthcare Research and Quality. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. Evidence Report/Technology Assessment No. 153 AHRQ Publication No. 07-E007. Rockville, MD: AHRQ, 2007. [acesso em 17 maio 2018]. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/>
13. Santos TD. O ambiente do cuidado e a segurança do paciente idoso hospitalizado: contribuições para enfermagem. Niterói: Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense, 2017. Dissertação de Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde.
14. Rigobello MCG. Avaliação de segurança do paciente em unidade de emergência de um hospital universitário do interior de São Paulo. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo, 2015. Dissertação Mestrado em área de concentração Enfermagem Fundamental.
15. Galvão Taís Freire, Lopes Marcélia Célia Couteiro, Oliva Carmen Conceição Carrilho, Araújo Maria Elizete de Almeida, Silva Marcus Tolentino. Patient safety culture in a university hospital. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2018 [cited 2019 Mar 12] ; 26: e3014. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-

11692018000100330&lng=en. Epub Aug 09, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2257.3014>.

16. Santos JLG; Pin SB; Guanilo MEE; Balsanelli AP; Erdmann AL; Ross R. Liderança em enfermagem e qualidade do cuidado em ambiente hospitalar: pesquisa de métodos mistos. Rev Rene [revista em Internet] 2018, janeiro – dezembro. [acesso 19 de maio de 2019]; 19: e3289. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/30934>

17. Toffoletto Maria Cecilia, Barbosa Ricardo Luis, Andolhe Rafaela, Oliveira Elaine Machado de, Janzante Ducci Adriana, Padilha Katia Grillo. Fatores relacionados à ocorrência de eventos adversos em pacientes idosos críticos. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2016 Dec [cited 2018 Abr 11]; 69(6): 1039-1045. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000601039&lng=en. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0199>.

18. Organización Panamericana de la Salud (OPAS). Sistemas de notificación de incidentes en América Latina. Washington: OPS; 2013 [acesso em 17 maio 2018]. Disponível em: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8557:2013-sistemas-notificacion-incidentes-america-latina-2013&Itemid=3562&lang=es

19. Falcão Renata Maia de Medeiros, Costa Kátia Neyla de Freitas Macedo, Fernandes Maria das Graças Melo, Pontes Maria de Lourdes de Farias, Vasconcelos Josilene de Melo Buriti, Oliveira Jacira dos Santos. Risco de quedas em pessoas idosas hospitalizadas. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet]. 2019 [cited 2019 Mai 26]; 40(spe): e20180266. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000200413&lng=en. Epub Apr 08, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180266>.

20. Matozinhos Fernanda Penido, Velasquez-Melendez Gustavo, Tiensoli Sabrina Daros, Moreira Alexandra Dias, Gomes Flávia Sampaio Latini. Factors associated with the incidence of pressure ulcer during hospital stay. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2017 [cited 2019 Mai 26]; 51: e03223. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100421&lng=en. Epub May 25, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2016015803223>.

APÊNDICE

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica e da formação dos profissionais de enfermagem, Brasília/DF, 2019.

Variáveis		N	%
Sexo	Feminino	17	94,4%
	Masculino	01	5,6%
	Total	18	100%
Grau de Instrução	Ensino médio completo	07	38,8%
	Ensino Superior	08	44,4%
	Especialização	03	37,5%
	Total	18	100%
Qualificação profissional Cuidado Idoso	Sem qualificação	16	88,9%
	Qualificação	02	11,9%
	Total	18	100%
Categoria Profissional	Auxiliar enfermagem	03	16,7%
	Técnico enfermagem	12	66,7%
	Enfermeiro	03	16,7%
	Total	18	100%
Contato pessoa idosa fora Ambiente trabalho	Não	06	33,3%
	Sim	12	66,7%
	Total	18	100%
Curso aperfeiçoamento Segurança paciente	Não	11	64,7%
	Sim	06	35,3%
	Total	17	100%
Contato paciente Idoso	Não	0	0%
	Sim	18	100%
	Total	18	100%

Tabela 2 Proporção de respostas positivas e confiabilidade pelo alfa de Cronbach (α) de cada dimensão do instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture* na Unidade Clínica Médica, Brasília, DF, Brasil, 2019(n=18)

Dimensões e itens componentes	Respostas positivas %	α
Trabalho em equipe dentro das unidades	68	0,88
A1**. Nesta unidade as pessoas apoiam umas as outras	66	
A3. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente	61	
A4. Nesta unidade as pessoas se tratam com respeito	83	
A11. Quando uma área/unidade de trabalho fica sobrecarregada, as outras ajudam	55	
Expectativas sobre o seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente	87	0,48
	94	
B1. O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente	94	
B2. O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais (independente do vínculo empregatício) para a melhoria da segurança do paciente	72	
B3R***. Sempre que a pressão aumenta, o meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”	94	
B4R. O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente		
Aprendizado organizacional – melhoria contínua	53	0,76
A6. Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente	83	
A9. Erros, enganos ou falhas têm levado a mudanças positivas por aqui	72	
A13. Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade	56	
Apoio da gestão para a segurança do paciente	54	0,26
F1. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente.	17	
	40	
F8. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é a principal prioridade		
	56	
F9R. A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso		

Dimensões e itens componentes	Respostas positivas %	α
Percepção geral da segurança do paciente	43	0,65
A10R. É apenas por acaso que erros, enganos ou falhas não acontecem por aqui	67	
A15. A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída	28	
A17R. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente	39	
A18. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros	39	
Retorno da informação e comunicação sobre erro	78	0,58
C1. Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir de relatórios de eventos	67	
C3. Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade	83	
C5. Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros para que eles não aconteçam novamente	83	
Abertura da comunicação	76	0,48
C2. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente	100	
C4. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações de seus superiores	56	
C6R. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo	72	
Frequência de relato de eventos	44	0,91
D1. Quando ocorre erro, engano ou falha, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é relatado?	50	
D2. Quando ocorre erro, engano ou falha, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é relatado?	44	
D3. Quando ocorre erro, engano ou falha, que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é relatado?	50	
- Trabalho em equipe entre as unidades	44	0,84

Dimensões e itens componentes	Respostas positivas %	α
F2R. As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si	28	
F4. Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto	50	
F6R. Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais (independente do vínculo empregatício) de outras unidades do hospital	56	
F10. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes	44	
Adequação de profissionais	32	0,68
A2. Temos profissionais (independente do vínculo empregatício) suficientes para dar conta da carga de trabalho	11	
A5R. Nesta unidade, os profissionais (independente do vínculo empregatício) trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente	33	
A7R. Utilizamos mais profissionais temporários/terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente	61	
A14R. Nós trabalhamos em “situação de crise”, tentando fazer muito e muito rápido	22	
Passagem de plantão ou de turno/ transferências	54	0,79
F3R. O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra	44	
F5R. É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno	50	
F11R. Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os paciente	67	
Respostas não punitivas a erros	17	0,64
A8R. Os profissionais consideram que seus erros, enganos ou falhas podem ser usados contra eles	11	
A12R. Quando um evento é relatado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema	22	
A16R. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) se preocupam que seus erros, enganos ou falhas sejam registrados em suas fichas funcionais	17	

Fonte: FERRAZ, 2019

Tabela 03 – Respostas positivas à dimensão prático assistencial - Segurança do paciente idosos hospitalizado: contribuições para a enfermagem, Brasília/DF, 2019.

Itens	Respostas Positivas %
AVP1 O profissional deve realizar a lavagem das mãos antes de separar o material e antes do contato com o paciente;	100
AVP2 O profissional deve avaliar os membros superiores do idoso para a seleção de uma veia adequada (primeira punção na porção mais distal da extremidade\observação de saliências);	94,4
AVP3 O profissional deve utilizar cateteres menos calibrosos para auxiliar na redução do trauma relacionado à inserção	77,8
AVP4 O profissional deve realizar a antisepsia da pele adequadamente antes da punção do acesso	100
AVP5 O profissional deve realizar a fixação da veia de forma a evitar que haja deslizamento, uma vez que o idoso tende a perder tecido subcutâneo;	83,3
AVP6 O profissional deve realizar a o curativo do AVP com fitas adesivas mais apropriadas para a pele do idoso	88,9
AVP7 O profissional deve identificar o acesso com data e calibre do cateter;	100
AVP8 O profissional deve realizar a observação diária dos acessos, atentando para as possíveis complicações (flebites e infecções)	100
AVP9 A troca dos cateteres deverá ocorrer conforme o período proposto no protocolo institucional	94,4
PM1 No preparo e administração das medicações o profissional deve realizar a higienização das mãos	100
PM2 Os profissionais que realizam o preparo e administração devem utilizar os EPIs necessários	94,4
PM3 Deve realizar a desinfecção do ambiente, superfícies, ampolas e fracos de medicações	83,3
PM4 As medicações de alta vigilância devem possuir etiquetas de alerta e diferenciados e estar dispostos em locais separados dos demais medicamentos	100
PM5 Existem Medicamentos potencialmente inadequados para os Idosos	94,4
IP10 profissional deve realizar a identificação do paciente na pulseira de identificação, na prescrição médica e no rótulo do medicamento conforme estabelecido no Programa Nacional de Segurança do Paciente	100
IP2 Na prescrição do paciente deve conter minimamente: nome do hospital, nome completo do paciente, número do prontuário, leito, serviço, enfermaria e andar	89,0
IP3 A Prescrição deve ser legível, digitadas, sem pauta, com descrição de informações importantes (alergia);	94,4
IP4 Na pulseira de identificação deve ser utilizado no mínimo dois identificadores: nome completo, data de nascimento e\ou número do prontuário	89,0
IP5 Deve ser utilizadas pulseiras para identificação de possíveis riscos	89,0
IP6 Deve ocorrer a confirmação da identificação do paciente antes da realização de qualquer cuidado pelo profissional (perguntar o nome do paciente ao paciente\familiar\acompanhante e confirmar na pulseira e na rotulagem do material)	94,4
PQ1 Utiliza-se alguma escala de avaliação de risco para queda	78,0
PQ2 Os idosos são avaliados quanto a risco de quedas na admissão hospitalar	83,3
PQ3 Os profissionais realizam medidas para prevenção de quedas para os idosos hospitalizados	83,3
PQ4 Ocorre notificação da ocorrência das quedas ao NSP	78,0
LPP1 Os idosos são avaliados quanto a risco de desenvolvimento de LPP (fragilidades, vulnerabilidades e fatores de risco) ou UPP já instaladas na admissão hospitalar	83,3
LPP2 Utiliza-se alguma escala de avaliação de risco para LPP (Escala de Braden)	67,0
LPP3 Ocorre avaliação do risco para LPP durante o período de internação hospitalar	67,0
LPP4 Há um plano de cuidados específico para a prevenção de alterações cutâneas do idoso hospitalizado (inspeção diária da pele, hidratação, mobilização, ajustes nutricionais)	83,3

Itens	Respostas Positivas %
CES1 Os profissionais devem registrar os resultados de exames, prescrição, medicamentos administrados, procedimentos realizados, dispositivos presentes nos pacientes e intercorrências ao longo do plantão	100
CES2 A enfermeira deve realizar e registrar as prescrições dos cuidados de enfermagem	100
CES3 Existe Comunicação entre profissionais de enfermagem e outras equipes de saúde	100
CES4 Há Comunicação entre profissionais de enfermagem e NSP	83,3
CES5 O profissional de enfermagem deve utilizar uma linguagem clara, evitando termos técnicos	100
CEEI1 O profissional deve explicar lentamente e de forma clara para o cliente idoso o seu diagnóstico, os procedimentos a serem realizados, as medicações e as suas funções, avaliando a sua compreensão	100
CEEI2 O profissional deve inserir o cliente idoso no planejamento dos cuidados de enfermagem (“Paciente pela Segurança do Paciente”) e também os familiares\ acompanhantes	100

Fonte: FERRAZ, 2019

Ahead of Print - Accepted Article