



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE ENFERMAGEM**

**ANANDA RAQUEL REIS GUTERRES
JAMYLE GUEDES DA COSTA**

ACESSO A INFORMAÇÃO SOBRE ASSISTÊNCIA SEGURA:
educação dos pacientes e acompanhantes

Belém-PA
2016

**ANANDA RAQUEL REIS GUTERRES
JAMYLE GUEDES DA COSTA**

**ACESSO A INFORMAÇÃO SOBRE ASSISTÊNCIA SEGURA:
educação dos pacientes e acompanhantes**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Licenciatura e Bacharelado em Enfermagem.

Orientadora: Msc. Maria Clara Costa Figueiredo
Co-orientadora: Dra. Maria Tereza Sanches Figueiredo

**BELÉM-PA
2016**

**ANANDA RAQUEL REIS GUTERRES
JAMYLE GUEDES DA COSTA**

ACESSO A INFORMAÇÃO SOBRE ASSISTÊNCIA SEGURA: educação dos
pacientes e acompanhantes

Aprovada em:

Msc. Maria Clara Costa Figueiredo- UFPA
Presidente da banca

Dra. Maria Tereza Sanches Figueiredo - UFPA
Membro da banca

Dra. Dirce Nascimento Pinheiro - UFPA
Membro da banca

AGRADECIMENTOS

Toda honra e toda Glória ao nosso **Deus**, sem Ele não conseguiríamos chegar até aqui! Dando-nos saúde e força para superar as dificuldades e concluirmos esse trabalho.

Aos meus pais **Tiago Ribeiro e Terezinha Guterres**, irmãos **Ana Carolina e Tiago** e meu cunhado **Iven Moreira** por serem o meu refúgio de todos os momentos. A eles sou grata por todo cuidado, amor e puxões de orelha. Obrigada por terem acreditado em mim e por terem me apoiado ao longo desses 04 e meio e por terem feito o possível e impossível para eu chegar até aqui nessa universidade.

Aos meus pais **Claudeth Guedes e José Cardoso**, por todo amor e dedicação que me impulsionou á essa vitória, aos meus irmãos que **Jéssica Fernanda e José Vitor**, que sempre compreensivos também me apoiaram. Ao meu cunhado **Wills Roberto**, por também me oferecer ajuda válida em determinados momentos e, a minha princesa, minha sobrinha **Lana Sophia**, que com toda a sua doçura e carinho dissolvia qualquer preocupação que eu pudesse ter. Família vocês são minha razão de ser, e com toda certeza contribuíram para que minha caminhada não parecesse tão longa e cansativa. Amo vocês.

A toda equipe do **Projeto de Segurança do Paciente**, bem como a equipe da **Coordenadoria de Atividades Acadêmicas**, que não só me acolheu, mas também me proporciono conhecimento, experiência e oportunidades.

Aos nossos amados, e queridos **Familiares (Tios, tias, primos, primas, avós e avôs)** e **Amigos**, pelo apoio e carinho incondicional, além de toda a confiança que depositaram em nós.

A nossa orientadora **Msc. Maria Clara** e nossa Co-orientadora **Dr^a Maria Tereza Sanches** pela paciência, preocupação e dedicação ao nos atender e nortear a execução deste trabalho.

Somos gratas ao bioestatístico Msc. **Alex Santos** que nos ajudou na elaboração deste projeto.

Aos **mestres** condutores de nossa formação durante a graduação e que foram determinantes para a concretização, ou melhor, para a transformação de nossos conhecimentos.

RESUMO

GUTERRES, Ananda Raquel Reis; GUEDES, Jamyle Da Costa. **Acesso à informação sobre assistência segura: educação dos pacientes e acompanhantes.** Belém – Pará, 2016. TCC (Licenciatura e Bacharelado em Enfermagem), Universidade Federal do Pará. Faculdade de Enfermagem. Pará, 2016.

Introdução: O acesso à informação é fundamental na prática do cuidado integral à saúde, para incluir o usuário como aliado no processo cuidar, prevenção de riscos e o desenvolvimento de uma cultura de segurança, que ainda é insipiente nas instituições de saúde. Assim é importante que haja uma conscientização através da educação. **Objetivo:** Promover o acesso à informação aos pacientes e acompanhantes sobre riscos preveníveis e cuidado seguro. **Justificativa:** Os serviços de saúde são complexos e tem cada vez mais incorporado tecnologias e técnicas elaboradas, acompanhados de riscos adicionais à assistência. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de caso por ser observacional descritivo e explicativo, por permitir analisar e descrever o desenvolvimento de estratégia educativa sobre riscos preveníveis a 25 pacientes e 28 acompanhantes no período de julho a agosto de 2016, coleta de dados à partir do conhecimento adquirido através das ações com perguntas e respostas acerca dos temas abordados, para posterior análise. **Resultados e discussão:** A maioria das respostas obtidas foi satisfatória, por estar em consonância com as recomendações feitas durante as intervenções. Sob análise da opinião dos participantes, as ações realizadas receberam conceitos bom e excelente na maioria das respostas. As sugestões e observações os participantes consideraram falhas na estrutura do hospital e atendimento prestado pelos profissionais, todavia as ações foram elogiadas e os participantes reconheceram seu papel como minimizadores de riscos no hospital. **Considerações finais:** O estudo alcançou seu objetivo, todavia há a necessidade de apoio da instituição para que essas ações se fortaleçam e se multiplique.

PALAVRA CHAVES: Segurança do paciente. Educação. Enfermagem.

ABSTRACT

GUTERRES, Ananda Raquel Reis; GUEDES, Jamyle Da Costa. **Access to information about safe care: education of patients and caregivers**. Belém – Pará, 2016. TCC (Degree and Bachelor of Nursing), Universidade Federal do Pará. Nursing College. Pará, 2016.

Introduction: Access to information is critical in the practice of integral health care, to include the user as an ally in the process of caring, risk prevention and the development of a safety culture, which is still incipient in health institutions. Therefore, it is important to have an awareness through education. **Objective:** To promote access to information for patients and caregivers about preventable risks and safe care. **Justification:** The health services are complex and have increasingly incorporated technologies and elaborate techniques accompanied by additional risk care. **Methods:** It is a case study, because is observational descriptive and explanatory, allowing to analyze and describe the development of educational strategy on preventable risk to 25 patients and 28 companions in the period July-August 2016, data collect starting the knowledge gained through the actions with questions and answers about the themes for further analysis. **Results:** Most of the answers were satisfactory, being in line with the recommendations made during the interventions. Under analysis of the participants' opinion, the actions taken have received good and excellent concepts in most responses. The suggestions and observations of the participants, they considered flaws in the structure of the hospital and in the care provided by professionals, but the actions were praised and the participants recognized their role as minimizing risks in the hospital. **Conclusion:** The study achieved its goal, however there is a need to support of the institution so that these actions will become strong and multiply.

Keywords: Patient safety; Education; Nursing

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 01 - Distribuição de pacientes e acompanhantes de acordo com sexo, faixa etária e escolaridade	25
Gráfico 01 - Distribuição de respostas sobre confirmar o nome antes de receber o cuidado como boa prática para o cuidado seguro	27
Gráfico 02 - Distribuição de respostas sobre conversar com o profissional de saúde sobre seu tratamento como boa prática para o cuidado seguro	29
Gráfico 03 - Distribuição de respostas sobre paciente e acompanhante no manuseio de sondas e/ou cateteres como boa prática para o cuidado seguro	31
Gráfico 04 - Distribuição de respostas dos participantes sobre lavagem das mãos como boa prática na prevenção de riscos	33
Gráfico 05 - Distribuição de respostas sobre sentar e/ou deitar no leito de outro paciente como boa prática na prevenção de riscos	35
Gráfico 06 - Distribuição sobre seguir as recomendações dos profissionais uma atitude que previne riscos no ambiente hospitalar	37
Gráfico 07 - Distribuição de conceitos atribuídos às ações educativas	39
Quadro 01- Demonstrativo de sugestões e considerações realizadas por pacientes e acompanhantes a respeito da segurança do paciente	40

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	HIPÓTESE.....	11
3	OBJETIVOS.....	11
3.1	GERAL.....	11
3.2	ESPECÍFICOS.....	11
4	JUSTIFICATIVA.....	11
5	REFERENCIAL TEÓRICO.....	12
5.1	ENFERMAGEM EM AÇÃO: EDUCAÇÃO PARA PACIENTES E ACOMPANHANTES.....	12
5.1.1	Cultura de segurança para a prevenção de riscos.....	13
5.2	A PREVENÇÃO DE RISCOS: DESAFIOS PARA A ENFERMAGEM.....	14
5.2.1	Identificação incorreta- intervenção para a prevenção.....	15
5.2.2	Falha de comunicação - interação através da informação.....	17
5.2.3	Riscos inerentes ao ambiente e ao cuidado – Reconhecendo os riscos.....	18
6	METODOLOGIA.....	19
6.1	LOCAL DE PESQUISA.....	20
6.2	POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	21
6.3	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	21
6.4	INSTRUMENTOS E TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS.....	21
6.5	TÉCNICA DE ANÁLISE DOS DADOS.....	22
6.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	23
7	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	23
7.1	COMO PACIENTES E ACOMPANHANTES PODEM COLABORAR NO CUIDADO SEGURO?.....	26
7.1.1	Confirmar o seu nome antes de receber o cuidado.....	27
7.1.2	Conversar sobre o tratamento com a equipe de saúde que o assiste.....	28

7.1.3	Manusear sondas, drenos ou cateteres.....	30
7.2	COMO PACIENTES E ACOMPANHANTES PODEM AJUDAR NA PREVENÇÃO DE RISCOS NO AMBIENTE HOSPITALAR?.....	32
7.2.1	A lavagem das mãos.....	32
7.2.1	Sentar e/ou deitar no leito de outro paciente.....	34
7.2.3	Seguir as recomendações da equipe de saúde.....	37
7.3	COM A PALAVRA: OS PACIENTES E ACOMPANHANTES.....	38
 8	 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	 43
	REFERÊNCIAS.....	45
	APÊNDICES.....	53
	APÊNDICE A – TERMO DE CONCENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO.....	54
	APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE PESQUISA.....	55
	ANEXOS.....	56
	ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA - ICS	57
	ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA - HUIBB	58

1 INTRODUÇÃO

O acesso à informação é um ponto fundamental na incorporação do cuidado integral à saúde, sendo importante para incluir pacientes e seus acompanhantes como aliados no processo do cuidar e consequentemente na melhoria da qualidade da assistência segura. E nesse contexto Leite (2014), reitera a informação de saúde como um direito universal que o usuário dos serviços de saúde possui a partir de informações que envolvem a sua saúde.

Mas para se chegar a esse cuidado é preciso que este indivíduo desenvolva uma cultura de segurança, sendo esta uma política que integra profissionais da saúde, pacientes e acompanhantes para a redução de agravos no cuidado à saúde, haja vista ainda ser um problema de qualidade nos serviços de saúde, sendo um tema discutido mundialmente.

Em relatórios elaborados no Instituto de Medicina dos Estados Unidos foram analisados 30.121 internações e identificados sérios prejuízos iatrogênicos em 3,7% das internações, dessas 6,5% apresentaram disfunções permanentes e 13,6% dos pacientes foram a óbito (OLIVEIRA, et al. 2014). No Brasil estudos realizados pela ENSP/ FIOCRUZ destacam que 73% dos erros cometidos nos hospitais brasileiros poderiam ser evitados (SILVA, 2010-a).

No entanto para assegurar o envolvimento de todos no cuidado seguro, longe de riscos é importante que haja primeiramente a educação destes, por isso Gazinelli et al. (2006) descreve que a educação permite a ação transformadora e no contexto da saúde se insere como Educação em saúde sob a perspectiva da dialógica, da formação e transformação, que envolve transmissão e aquisição de conhecimentos, bem como, a produção de novos saberes e culturas.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde preconizou a Portaria Nº 529/2013, instituindo o Programa Nacional de Segurança do Paciente a ser firmada pelas instituições de saúde, no intuito de promover a cultura de segurança com ênfase no aprendizado e no aprimoramento organizacional, envolvendo profissionais, discentes, especificando no estudo a participação de pacientes e acompanhantes na instituição hospitalar, sendo que esta irá corroborar substancialmente na qualidade da assistência e consequentemente na economia do país (ROQUE e MELO, 2011), a fim de minimizar os eventos adversos e/ou agravos que acontecem por dia nos hospitais brasileiros, dando especial atenção para pacientes e acompanhantes.

Assim se compreende ser fundamental a adesão de medidas que visem a participação de pacientes e seus acompanhantes e que estes se tornem atores do seu autocuidado para a adoção de atitudes que promovam a sua segurança. Diógenes (2003) cita o autocuidado, baseado na Teoria

Geral de Enfermagem de Orem, como a atividade benéfica que um indivíduo pratica com o fim de manter a vida, saúde e bem-estar. Sendo responsabilidade do profissional de saúde, especialmente o profissional de enfermagem, por estar presente não só no contexto organizacional do cuidado, mas também no contato direto com pacientes e acompanhantes, orientar e mediar o engajamento do usuário na participação de seu cuidado através do acesso à informação sobre como evitar riscos preveníveis.

2 HIPÓTESE

“A informação sobre os riscos preveníveis na instituição hospitalar, é uma ação para a promoção do cuidado seguro, por meio de estratégias educativas aos pacientes e acompanhantes.”

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar o desenvolvimento de uma estratégia educativa aos pacientes e acompanhantes para o acesso à informação sobre riscos preveníveis e o cuidado seguro.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Aplicar uma estratégia educativa aos pacientes e acompanhantes quanto à prevenção de riscos preveníveis;
- Analisar as ações educativas aplicadas aos pacientes e acompanhantes para a promoção do cuidado seguro.

4 JUSTIFICATIVA

Os serviços de saúde são complexos e tem cada vez mais incorporado tecnologias e técnicas elaboradas, acompanhados de riscos adicionais de assistência aos pacientes. Entretanto, contribuir para a qualificação do cuidado em saúde é medida simples e efetiva que podem prevenir e reduzir riscos e danos ao paciente no serviço, tais como: mecanismo de dupla identificação do paciente, melhoria da comunicação entre profissionais de saúde e pacientes entre outros procedimentos conforme afirma Brasil (2013).

Destaca-se que os incidentes e eventos adversos têm importante impacto no Sistema Único de Saúde, por acarretar o aumento da morbidade, mortalidade, tempo de tratamento dos pacientes e consequentes custos assistenciais implicando na economia do país. Atualmente os Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) priorizam questões de segurança, visto que estas representam um dos componentes de qualidade (WACHTER, 2010), portanto, se tornou uma premissa básica e uma responsabilidade a mais para os gestores, profissionais de saúde e demais pessoas envolvidas, investirem nessa temática.

Para Rouquayrol (2012), as ações de prevenção são abrangentes e não se restringem somente à preocupação com a prática individual de cada profissional de saúde, pois extrapolam as estruturas socioeconômicas e políticas, além de serem fortalecidas por ações educacionais.

A prevenção de eventos adversos na assistência à saúde requer aprofundamentos nos estudos, de modo a desenvolver ações que subsidiarão programas que visem à segurança articuladas com questões éticas e políticas, em se tratando de segurança daqueles expostos aos riscos no contexto hospitalar.

Portanto, é fundamental o uso de estratégias que visem promover o acesso à informação sobre cuidado seguro direcionando ações de educação em saúde para a prevenção de eventos adversos preveníveis entre pacientes, seus acompanhantes e profissionais de saúde, o que permite o desenvolvimento de uma cultura de segurança entre estes e toda a comunidade hospitalar.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 ENFERMAGEM EM AÇÃO: EDUCAÇÃO PARA PACIENTES E ACOMPANHANTES.

Ferraz (2005), afirma que o educar e o cuidar são ações eminentes ao ser humano, tendo funções intrínsecas nas ações dos profissionais de saúde, especialmente nas práticas de Enfermagem, tendo em vista ser uma profissão fortemente caracterizada como cuidadora, onde a educação é uma forma de cuidar.

O cuidar educativo implica a educação do paciente familiar e/ou acompanhante, tendo como fim manter o sujeito cidadão de seu cuidado e seus familiares informados e conscientes a respeito da assistência prestada (FERRAZ, 2005). Assim se entende que a educação do paciente realizado pela Enfermagem busca ajudar o indivíduo a ajudar-se, fazê-lo agente de sua própria recuperação (FREIRE, 1967).

O enfermeiro deve se utilizar da educação como cuidado, que segundo Freire (1967), está ligado ao desenvolvimento da consciência crítica e cidadania do indivíduo, ressaltando aspectos associados à autonomia, inclusão e crítica. Nesse sentido Souza (2010), retrata a prática educativa visando o desenvolvimento da autonomia e responsabilidade do indivíduo para o cuidado de si.

Já Gazinelli *et al.* (2006), postula que a educação em saúde tem como base o processo dialógico, formativo e transformador, envolvendo a transmissão e aquisição de conhecimentos, e a produção de novos saberes e culturas.

Para tanto a educação dentro do contexto da saúde só alcança o seu propósito quando supre as necessidades de sua clientela. Brusilovscky (1994) apud. Souza (2011), ressalta a necessidade de uma educação em saúde que atenda os anseios da população respeitando seus esquemas de assimilação. Sendo fundamental que o enfermeiro se utilize de estratégias criativas contando com sua experiência, conhecimento e habilidade comunicativa para criar a oportunidade de diálogo com o cliente, pois sem uma abordagem dialógica não há o cuidar educativo.

É fundamental instigar a curiosidade do usuário, no intuito de despertar uma relação dinâmica, forte, viva entre palavra-ação-reflexão (FREIRE E FAUNDEZ, 1985, apud. SOUSA, 2011). Assim a Enfermagem traz ao paciente a informação como fio condutor da ação reflexão, cabendo-lhe ser o sujeito de sua própria educação, e não objeto dela (FREIRE, 1979). Ser o indivíduo de sua autotransformação e desenvolvimento, isto é, modificar e recriar seus hábitos, o que nos infere a formação de uma nova cultura.

5.1.1 Formação de Cultura de segurança para a prevenção de riscos

A cultura pode ser vista como a construção histórica social que alcança o conhecimento, a moral e as normas que regem o comportamento de um grupo (TOMAZONI et al., 2014). Na perspectiva do cuidar educar a cultura é entendida como percepção da ação (BOEHS, 2007). Sendo a formação de uma cultura o reflexo de novos costumes, valores e hábitos.

Já a cultura de segurança é conhecida como uma nova forma de pensar e agir em um determinado local diante da ocorrência ou da prevenção de eventos adversos, visando à segurança do paciente (CORREGIO, 2012). Seria o resultado das atitudes, percepções e habilidades, dos padrões de comportamento e valores de um grupo, que irá determinar o compromisso, o estilo e a competência de uma organização de saúde, e de uma gestão de segurança (CORREGGIO, 2014).

No âmbito da saúde, a segurança é fundamental para se alcançar a prevenção de riscos. Mas para se chegar a isso, é importante que estratégias sejam colocadas em práticas pelos profissionais de saúde. Segundo Pereira (2005) para prevenir riscos, também é necessário construir uma cultura de segurança em que a clientela compartilhe práticas, valores, atitudes e comportamentos de redução de danos para promoção hábitos seguros.

Infere-se deste modo, que para se desenvolver uma cultura de segurança no ambiente hospitalar é importante integrar pacientes e acompanhantes como parceiros no cuidado seguro, de forma que estes sejam conhecedores dos riscos que os cercam. Mas para que a colaboração ativa e o engajamento do usuário aconteçam, este deve estar convencido que o conhecimento que lhe foi oferecido dá a oportunidade e o direito de participar e ajudar a manter o seu cuidado para prevenir os riscos a sua saúde (BRASIL, 2013).

Assim espera-se que o profissional de saúde, especialmente o enfermeiro, seja o intermediador entre o cliente e as informações que lhes permitirão ter práticas de proteção e prevenção de risco inerente ao cuidado, ou seja, de agravos gerados por falhas na assistência.

5.2 A PREVENÇÃO DE RISCOS: DESAFIOS PARA A ENFERMAGEM

A segurança do paciente é um princípio básico que deve ser considerado no cuidado em saúde, se tornando alvo de grande preocupação para a Organização Mundial de Saúde (OMS), dado o aumento da complexidade envolvida nos procedimentos hospitalares a que estão sujeitos usuários do sistema de saúde.

Somado a esse fator Oliveira (2014) cita especialmente nos hospitais brasileiros os riscos de danos decorrentes da precariedade dos serviços prestados associadas condições de trabalho inadequadas, e o aumento da complexidade das atividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde não acompanhados por uma devida capacitação.

Deste modo entende-se que embora o ambiente hospitalar seja considerado um local de reestabelecimento da saúde do indivíduo, é também um local que oferece riscos.

A International Classification for Patient Safety (ICPS) criada pela OMS define risco como a probabilidade de um incidente acontecer. Sendo um incidente todo evento ou circunstância que pode gerar um dano desnecessário ao paciente. E quando ocorre o dano é observado o evento adverso.

Segundo Cox (2001), citado no texto de Oliveira et al. (2014), os riscos em saúde envolvem o perigo potencial de ocorrer um evento adverso à saúde das pessoas expostas a ele.

Todavia quando se fala em segurança do paciente, é importante considerar que o risco é prevenível, tendo em vista estar associado a um evento adverso, o qual, geralmente envolve uma falha, sendo referido por Nascimento et al. (2008) como ocorrência indesejável, no entanto, prevenível, de natureza danosa ou prejudicial que compromete a segurança do paciente que está sob os cuidados de profissionais de saúde. Deste modo, embora o risco de ocorrência de evento adverso esteja associado a variados determinantes, o fator humano ganha destaque por estar relacionado ao erro.

Nesse contexto são evidenciados os riscos inerentes a assistência prestada pela equipe de Enfermagem, pois são esses os que atuam diretamente no cuidado do paciente.

Segundo Lima (2014) os enfermeiros, normalmente são os responsáveis pela sistematização dos cuidados aos pacientes nos diferentes cenários de atuação, no que se refere à segurança do paciente e pela liderança da equipe de enfermagem e, portanto, precisam estar preparados para atuar com situações que se apresentam no cotidiano de cuidados ao paciente.

Oliveira, et al. (2014), afirma que no âmbito da assistência de enfermagem, os erros mais frequentes ocorrem na administração de medicamentos; nas falhas nos processos de identificação do paciente; transferência de paciente e na troca de informações; no trabalho em equipe e comunicação inadequada; na incidência de quedas e de úlceras por pressão; na incidência de infecção relacionada aos cuidados de saúde. Sendo desta forma, importante abordar esses aspectos do cuidado.

5.2.1 Identificação incorreta- intervenção para a prevenção.

A identificação do paciente é um aspecto importante na prática assistencial de Enfermagem, e nesse contexto Neves (2011), afirma que a identificação correta é um instrumento básico na prática do cuidado como processo de proteger e diminuir os riscos aos pacientes que vem em busca de diagnósticos e tratamentos realizados de forma precisa nas instituições de saúde. Corroborando com o pensamento de Souza (2014), onde a identificação correta garante os direitos do paciente, pois permite que este tenha um cuidado planejado e direcionado exclusivamente a ele, permitindo a aplicação do tratamento com veracidade e ocasionando um cuidado seguro.

Todavia a identificação do paciente também é um momento no cuidado que apresenta pontos de vulnerabilidade, isto é, situações que podem gerar riscos, como pulseiras com identificação incorreta ou insuficiente, pacientes com nomes, sobrenome ou com registro hospitalar similar compartilhando a mesma unidade, quarto ou serviço de apoio diagnóstico, lado a lado (TASE, 2013). Bem como o costume comum entre os profissionais da área hospitalar, de chamar o paciente pelo número do leito e/ou enfermaria, ao invés do nome.

Não obstante, Phipps (2012) apud. Tomazoni (2015) cita situações que podem interferir no processo de identificação, como o excesso de trabalho, autoconfiança dos profissionais ao identificar o paciente ou até mesmo a intenção de não incomodar o paciente ao checar continuamente sua identidade.

Assim, Ávila (2012), exemplifica eventos adversos causados pela identificação inadequada do paciente como a coleta para exames, administração de sangue, hemoderivados e medicamentos que não foram prescritos ao paciente, tendo como consequências negativas danos que vão dos efeitos adversos, risco de infecções, aumento do período de sua internação e até mesmo o óbito, a custos extras para a instituição.

Deste modo a (World Health Organization, 2007) citado por Brito (2015-a), enfatiza que é responsabilidade de todos os profissionais identificar corretamente o paciente antes de qualquer procedimento, padronizar as abordagens para a identificação entre as diferentes instalações dentro dos serviços de saúde, fornecer protocolos claros para a identificação de pacientes com identidade desconhecida, incorporar treinamentos aos profissionais de saúde sobre verificação da identidade do paciente, bem como incentivar o cliente a confirmar se sua identificação está correta junto ao profissional.

Segundo Brasil (2013), para envolver paciente/acompanhante no curso da identificação correta, é necessário que sejam explicados os propósitos dos dois identificadores e que a conferência dos dados seja obrigatória antes do cuidado.

A The Joint Commission (2011), referenciado por Tomazoni (2015) recomenda a utilização de no mínimo dois identificadores, como, por exemplo, nome completo do paciente e data de nascimento e, além disso, o número do leito não deva servir como referencia nas informações de identificação. Portanto a identificação do paciente é importante para efetivação do cuidado seguro e prevenção de riscos a saúde, e necessita de estratégias a serem colocadas em pratica como o uso

de pulseiras de identificação, o uso de no mínimo dois identificadores e a dupla checagem, sendo fundamental que tanto paciente bem como profissionais se utilizem de tais artifícios.

5.2.2 Falha na comunicação – interação através da orientação.

A comunicação é uma estratégia para a humanização da assistência ao paciente, o qual consiste em perceber cada indivíduo como ser único, com necessidades específicas, melhorando o exercício de sua autonomia, facilitando o envolvimento entre eles por meio do dialogo aberto entre quem cuida e quem é cuidado (MARQUES, 2009).

Para Otani (2013), toda comunicação é formada de duas partes: o conteúdo, ou seja, a informação que se quer transmitir e o sentimento de quem transmite a mensagem, acontecendo de forma efetiva quando existe coerência com as palavras e a comunicação não-verbal.

Stefanelli e Carvalho (2005) citados por Otani (2013) reforçam a ideia ao definir que a comunicação é algo continuo onde se compreende e compartilham mensagens enviadas e recebidas, englobando os aspectos de conteúdo e relação, onde a informação pode ser compreendida como o ato ou efeito de informar-se; informe ou dar noticia a; avisar cientificar.

Na área de saúde, a informação e a comunicação possuem papeis de suma importância na promoção da saúde, na educação em saúde e em muitas atividades dos profissionais de saúde (PAVÃO, 2015). Com isso, se exige de qualquer profissional de saúde um preparo na área da comunicação para um bom desempenho das suas práticas assistenciais.

Neste contexto destaca-se o enfermeiro, pois o ato de comunicar é fundamental no seu trabalho junto à equipe e paciente, para a transmissão de uma informação universal, além exercer influência direta sobre os indivíduos (PAES, 2013).

E sob esse aspecto Marques (2009), afirma que o enfermeiro deve recordar que a comunicação envolve a linguagem verbal e não verbal, ou seja, que está se apresentam além das palavras, através de gestos, expressões faciais, movimento do corpo, distâncias mantidas sobre pessoas, por exemplo.

É possível que a falta de comunicação entre profissional e paciente possa resultar em danos e aumento do tempo de hospitalização do paciente (DORNEFELD, 2011).

Muitos dos profissionais entram num quadro de ansiedade por causa da rotina diária com o paciente e atitudes impessoais são utilizadas, onde este muitas vezes é tratado como um objeto,

sem identidade, sem sistema de valores e acarretando consequências negativas para o cuidado prestado (SIQUEIRA, 2006).

Suspensões de cirurgias, procedimentos e de exames são comuns quando a comunicação não é efetiva, pacientes ficam submetidos à tempos prolongados sem receber alimentação e, muitas vezes, não tem a dietoterapia adequada devido a essas falhas que geram atrasos (ANVISA, 2013).

A comunicação ineficaz pode ser a causa de mais de 70% dos erros na atenção à saúde, sua interrupção ou a falta de trabalho em equipe são situações que colaboram para a ocorrência de eventos adversos e causam resultados insatisfatórios no tratamento (REBRAENSP, 2013).

Segundo Gonçalves (2014), quando acontece erro na comunicação, falham as medidas que deixam de ser tomadas, ocasionando maior risco de procedimentos incorretos prejudicando a segurança do paciente.

Em contrapartida Siqueira (2006) ressalva que o profissional de saúde precisa saber ouvir, estar presente e ter empatia com o outro ser, então desta forma, ambos se fortalecerão e poderão encontrar soluções para evitar riscos a saúde de quem recebe o cuidado.

Ferreira (2000) citado por Tugulini (2002), diz que o acompanhante não deve ficar fora desse processo e merece toda atenção e respeito dos profissionais de saúde, principalmente da enfermagem, a qual eles têm mais contato. Sendo a enfermagem o elo entre paciente e outros profissionais de saúde.

Não se pode esquecer que é de extrema importância capacitar a equipe para aperfeiçoar sua comunicação com paciente e acompanhante, fazendo com que estes participem do cuidado, e que suas informações devem ser valorizadas e registradas.

É importante que os enfermeiros criem estratégias de comunicação para atender familiares e pacientes estressados com a súbita e inesperada internação, pois sabe que nessas situações de estresse a capacidade de absorver informações fica reduzida (SILVA, 2009).

5.2.3 Riscos inerentes ao cuidado e ao ambiente – Reconhecendo o perigo.

A enfermagem é responsável pelo cuidado direto ao paciente na sua integralidade como ser biológico e social, diferencia-se em dois campos específicos de atividade, no qual, destaca-se um deles o dos cuidados que compreendem os procedimentos (NONINO, 2008).

Segundo Turrini (2000), a assistência de enfermagem merece atenção especial, pois durante a realização de uma técnica, o cuidar do profissional ao manusear vários artefatos terapêuticos e diagnósticos pode causar sérios prejuízos para o prosseguimento da assistência, tais como a saída acidental, obstrução ou posicionamento incorreto de cateteres, cânulas, sondas e drenos.

Outro ponto a ser considerado, é o próprio ambiente hospitalar, locais onde muitas pessoas circulam e estão presentes para tratar alguma enfermidade, sendo locais onde muitos agentes infecciosos podem se fazer presentes. Os fatores de risco associados à aquisição de infecções hospitalares estão relacionados ao próprio paciente, aos procedimentos invasivos e ao ambiente hospitalar (ARANTES et al, 2003).

Somados a estes fatores estão à própria condição de doente do paciente que já se encontra em um estado debilitado, e assim está suscetível a riscos de adquirir uma infecção hospitalar. Contudo, a probabilidade de o paciente adquirir uma infecção aumenta, na medida em que se utilizem equipamentos técnicos necessários ao seu tratamento visto que tem possibilidade de romper suas defesas orgânicas, no Brasil, estima-se que 3% a 15% dos pacientes hospitalizados desenvolvam alguma Infecção Hospitalar (GIAROLA et al, 2012).

Mendonça (2010), diz que esses riscos podem ser evitados através do conhecimento sólido e pautado em princípios, competência, habilidade, educação permanente para que a equipe de enfermagem contribua para um tratamento que possa ajudar nas necessidades do paciente, diminuindo riscos à saúde física e emocional, ocasionando um cuidado seguro.

Pereira (2005) destaca que a educação em saúde é uma grande estratégia para pacientes, com o objetivo de explicar valores, aumentar a autopercepção acerca do problema, promover informações de riscos a saúde e habilidades necessárias tomando decisões acertadas.

6 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional, descritivo e explicativo, onde se pretende alcançar investigação do objeto de estudo, procurando encontrar interações entre fatores relevantes próprios de uma entidade, quando o objetivo é descrever ou analisar o fenômeno a que se acede, quando o investigador pretende apreender a dinâmica do fenômeno, programa ou processo (YIN, 2001).

Dessa forma o método aplicado se conforma ao estudo tendo em vista permitir a análise e descrição do desenvolvimento de estratégia educativa informacional preventiva aos pacientes e acompanhantes, e que fatores podem interferir nesse processo no sentido de contribuir ou não para o desenvolvimento de uma cultura de segurança no ambiente hospitalar.

A abordagem do estudo foi quali-quantitativa, pois conforme mencionam Minayo e Sanches (1993), o estudo quantitativo pode gerar questões para serem aprofundadas qualitativamente, e vice-versa.

Silva (2004) considera que o estudo quantitativo possui maior precisão e confiabilidade, de forma que seus resultados são passíveis de generalização, principalmente quando as amostras da pesquisa retratam com fidelidade a população de onde foram retiradas.

Já Minayo (1999) considera a abordagem qualitativa se destaca por intuir a descoberta da percepção, sentido, conhecimento e práticas a nível cotidiano dos sujeitos em estudo.

6.1 LOCAL DA PESQUISA

O estudo foi realizado na Clínica Cirúrgica do Complexo Hospitalar- Unidade João de Barros Barreto, sendo um local de assistência, ensino e pesquisa com porta de entrada 100% pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A clínica Cirúrgica possui duas alas, masculina e feminina, com um total de 32 leitos efetivos distribuídos em 10 enfermarias. A equipe de Enfermagem é composta por 04 Enfermeiros e 16 técnicos de Enfermagem distribuídos em três turnos: 02 Enfermeiros e 06 técnicos de Enfermagem pela manhã, 01 Enfermeiro e 05 técnicos de Enfermagem nos turnos da tarde e da noite respectivamente.

Carneiro et al. (2011), referem que a clínica cirúrgica caracteriza-se como uma unidade de atendimento integral, contínuo e individualizado de pacientes cirúrgicos no período pré e pós-operatório.

Assim optou-se pela escolha da Clínica Cirúrgica por ser um local que atende um grande contingente de pacientes submetidos a variados procedimentos, podendo ser no pré e/ou pós-operatório, e por consequência estão expostos à risco inerentes ao cuidado.

6.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Participaram do estudo 25 pacientes e 28 acompanhantes oriundos da clínica cirúrgica do Complexo hospitalar EBSEH, Unidade João de Barros Barreto, no período de julho e agosto de 2016.

6.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram considerados aptos ao critério da pesquisa indivíduos admitidos na clínica cirúrgica, e seus respectivos acompanhantes.

Foram excluídos participantes com idade abaixo de 18 anos ou considerados legalmente incapazes, debilitados de forma a estarem impossibilitados de interagir com a equipe da pesquisa ou que não concordassem em participar do estudo.

A incapacidade refere-se a qualquer tipo de limitação relacionada à estrutura ou função do corpo, limitação de atividade ou restrição de participação na sociedade, associado a um dano passado ou presente (REBRAENSP, 2013).

6.4 PROCEDIMENTOS, INSTRUMENTOS E TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS

As ações foram aplicadas a princípio pela interação entre pesquisador e participantes onde estes eram indagados sobre determinada temática cuidado seguro e riscos no ambiente hospitalar, assim os pesquisadores realizavam a exposição oral com base no conhecimento técnico e no entendimento dos participantes.

Acompanhado pela exposição oral foram utilizadas ilustrações educativas no formato de slides do programa de computador Microsoft Office PowerPoint 2010 apresentados através de uso de Datashow e folder educativo para facilitar o processo de ensino e aprendizado.

Após a exposição educativa foi aplicado instrumento de análise dividido em três partes: A primeira se refere à caracterização dos participantes envolvidos contendo perguntas relativas à variáveis sexo, faixa etária e escolaridade.

No preenchimento dos dados referentes a faixa etária optou-se pela divisão etária econômica da população segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que se distribui em três fases sendo a primeira de crianças, adolescentes e jovens. Todavia tendo em vista que a pesquisa não iria trabalhar com indivíduos com idade menor de 18 anos, por não

serem considerados legalmente responsáveis, conforme o Estatuto da criança e do adolescente (Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990), a primeira categoria incluiu apenas participantes com idade entre 18 e 19 anos, sendo classificada como população jovem.

A segunda comporta participante com idade entre 20 e 59 anos, considerados adultos, seguida pela terceira e última faixa de idade com indivíduos com idade entre 60 anos ou mais, sendo esta população considerada idosa conforme a Lei nº 10.741 de 01 de outubro de 2003 preconizada pelo Estatuto do idoso.

A segunda parte do instrumento de pesquisa era composta por duas perguntas objetivas, onde a primeira questionava como os indivíduos, pacientes e acompanhantes, poderiam contribuir para o cuidado seguro, e em seguida eram ilustradas três assertivas, as quais o participante poderia considerar como uma atitude que poderia ou não contribuir para o cuidado seguro.

De igual maneira foi realizado segundo questionamento, a respeito de como prevenir riscos no ambiente hospitalar, com três posteriores alternativas, as quais, os participantes poderiam ou não considerar como ações contribuintes para a preveni-los.

A terceira parte do instrumento era composta por uma pergunta objetiva que questionava o quanto os participantes consideraram a ação educativa favorável ao conhecimento dos mesmos, para a prevenção de danos associados ao cuidado/ segurança do paciente, sendo atribuídos como alternativas: conceitos ruim, regular, bom e excelente. Seguido de um espaço livre onde o participante poderia expor sugestões ou considerações a respeito das ações educativas realizadas, bem como de aspectos referentes a prevenção de riscos.

6.5 TÉCNICA DE ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados por meio do programa Bioestat versão 5.4 após aplicação do questionário com os pacientes e acompanhantes, sendo posteriormente codificados e analisados de modo a obter os dados capazes de possibilitar a inferência de conhecimentos acerca dessas informações e promover medidas a partir de fundamentos teóricos que possam viabilizar a cultura de segurança no ambiente hospitalar.

Para analisar as ações educativas aplicadas aos pacientes e acompanhantes e sua relação com a promoção do cuidado seguro em uma amostra de $n=53$ pacientes foram aplicados métodos estatísticos descritivos e inferenciais. As variáveis qualitativas foram apresentadas por distribuições de frequências absolutas e relativas.

A avaliação da distribuição das variáveis qualitativas foi realizada pelo teste do Qui-quadrado. A comparação das respostas conforme o sexo do paciente foi realizado pelo teste do Qui-quadrado, (Ayres et al, 2007, p.135). Foi previamente fixado o nível de significância alfa = 0.05 para rejeição da hipótese de nulidade.

6.6 ASPECTOS ÉTICOS

O Estudo segue os princípios éticos regulamentados na Resolução N°466/2012 que envolve os seres humanos, e se desenvolveu por meio da interação entre a equipe do projeto, profissionais da clínica cirúrgica, pacientes e acompanhantes esclarecendo as intervenções educativas a serem realizadas.

Buscando preservar o anonimato dos sujeitos da pesquisa optou-se pela substituição do nome dos mesmos por números de identificação designados como número protocolo.

Ressalta-se ainda que o estudo foi aprovado tanto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente, (CAAE: 52273715.0.0000.0018 – nº do parecer: 1.436.092), como da instituição co-participante, (CAAE:52273715.0.3001.0017 – nº do parecer: 1.568..081).

7 ANALISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

As ações iniciavam com uma pergunta aos participantes, sobre o que eles imaginavam, pensavam ou sabiam a respeito do termo segurança do paciente. Pois para que a participação ativa dos indivíduos aconteça, é importante que o saber seja reconstruído e reformulado coletivamente, e que aconteça a valorização do saber popular o qual deve se articular com o saber técnico (BRITO, 2015-b).

Dos 53 participantes do estudo apenas 13,20% (07), manifestaram um conceito a respeito de segurança do paciente. Os quais, por não possuírem um conceito concreto sobre o tema a associam com práticas específicas vivenciadas no hospital. O que reforça a necessidade de trazer informação a respeito do tema aos usuários.

Vianna et al (2004) afirma que alguns incidentes, nos quais o paciente ou seus familiares são suficientemente informados, podem ser prevenidos se contarmos com a colaboração de ambos. De forma que para que esses riscos ficassem mais visíveis ao entendimento dos participantes, foram demonstradas algumas situações onde são recorrentes os riscos de incidentes dando como exemplo: a identificação por ser um aspecto do cuidado que oferece riscos

relacionados á enganos, ausência, duplicidade ou imprecisão nos dados cadastrais do cliente; o tratamento por envolver procedimentos que demandam técnicas específicas á medida que se tornam mais complexas; a condição clínica do paciente, levando em consideração a preocupação com paciente com risco de queda ou de desenvolver ulcera por pressão e; o ambiente hospitalar por ser um local onde se verifica a presença de variadas doenças.

Pois acreditamos que é a partir da aproximação da realidade que o indivíduo é capaz de pensa-la e transforma-la. Como bem descreve Freire (1979) o compromisso, próprio da existência humana, só existe no engajamento com a realidade, e não pode ser um ato passivo, mas práxis, isto é, ação e reflexão sobre a realidade, o que implica um conhecimento da realidade. E isso se comprova à medida que os participantes expõem exemplos de situações que segundo eles os colocam em risco de dano.

Diante do exposto os indivíduos são convidados a colaborarem para que as práticas hospitalares se tornem mais seguras através da adoção de comportamentos que minimizam os riscos no hospital e assim um novo questionamento é lançado aos pacientes e acompanhantes: como vocês acham que podem ajudar?

Como resultado, 21 atitudes foram apontadas pelos usuários como forma de contribuir para o cuidado seguro sendo a lavagem das mãos e a identificação antes da realização de procedimentos as mais citadas respectivamente 23,80% (05), seguido de conversar com o profissional de saúde, evitar a entrada de alimentos e, acompanhar o paciente durante a internação, em ordem 9,52% (02) de cada resposta, bem como evitar transitar pelas outras enfermarias, manter-se calçado no hospital, levantar a grade de proteção para evitar quedas, se movimentar, e observar a hora certa da alimentação como respostas correspondendo cada uma à parcela de 4,77% (01) das respostas.

De forma que a ação educativa aqui realizada busca fortalecer essas atitudes entre eles a partir da informação e orientação, isto é, não trazer apenas prescrições, mas também mostrar porque estes devem se proteger a partir de determinadas ações e como tais ações podem contribuir para a segurança no hospital.

Pois só quando eles compreenderem as informações, serão capazes de reconhecer os riscos que o cercam e conseqüentemente poderão intervir no sentido de evitar que estes ocorram. Sob essa vertente Brito (2015-b) reforça que o objetivo da educação dialogada não é de informar para a saúde, mas de transformar os saberes existentes.

Assim foram expostos aos participantes aspectos onde eles podem atuar como minimizadores dos riscos preveníveis.

Após a exposição e conversa sobre a temática, os participantes foram convidados à responderem o instrumento de pesquisa contendo perguntas objetivas inerentes aos temas discutidos, a partir do qual pôde se fazer a análise do conhecimento adquirido pelos participante.

Todavia é importante considerar que a amostra do estudo foi obtida de forma aleatória, tendo em vista que as ações eram realizadas conforme a demanda de pacientes que eram internados e seus respectivos acompanhantes.

Dessa maneira fez-se necessário considerar a distribuição dos pacientes e acompanhantes levando em consideração determinadas variáveis que poderiam influenciar a opinião de resposta dada durante a pesquisa conforme é demonstrado na Tabela 01.

Tabela 01 – Distribuição de pacientes e acompanhantes de acordo com sexo, faixa etária e escolaridade.

		Paciente		Acompanhante		Geral	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
SEXO	Masculino	12	48	05	17,9	17	32,08
	Feminino	13	52	23	82,1	36	67,92
	Total	25	100	28	100	53	100
FAIXA ETÁRIA	Jovens	00	00	01	3,6	01	1,93
	Adultos	17	70,8	24	85,7	41	78,84
	Idosos	07	29,2	03	10,7	10	19,23
	Total	24*	100	28	100	52*	100
ESCOLARIDADE	Analfabeto	01	04	00	00	01	1,90
	Ensino Fundamental	10	40	07	25,0	17	32,08
	Ensino Médio	10	40	12	42,9	22	41,50
	Ensino Superior	04	16	09	32,1	13	24,52
	Total	25	100	28	100	53	100

* Observação: Um paciente não informou a idade.

Fonte: Instrumento de pesquisa.

Com base nos dados da tabela foi observado que a quantidade de acompanhantes interferiu significativamente na variável sexo, contribuindo para que a taxa de indivíduos, geral do sexo feminino (67,92%) fosse maior que o masculino (32,08%).

Assim Belter et al. (2009), considera que a mulher é a principal cuidadora quando um membro da família está doente, ultrapassando o âmbito domiciliar e estendendo-se ao hospitalar. Onde a construção da identidade de gênero socialmente determinada infere que cabe a mulher o cuidado à família.

Já ao que se refere a faixa etária, os participantes considerados adultos (78,84%) foram os mais presentes na pesquisa não sofrendo influência significativa da distribuição entre pacientes e acompanhantes, tendo em vista que foi maior tanto entre paciente como em acompanhantes quando comparada aos indivíduos jovens e adultos.

Dentro desse aspecto é válido considerar que o acompanhante necessita afastar-se do local de trabalho, o que pode gerar estresse ao cuidador, haja vista que estes precisam corresponder tanto as demandas do empregador, bem como no cuidado a seu familiar hospitalizado (BELTER, et. al.2009).

Sobre a escolaridade os participantes do Ensino médio (41,50%) foram prevalentes tanto entre pacientes como entre acompanhantes, embora a taxa de acompanhantes (32,1%) de Ensino superior seja equivalente a quase o dobro de pacientes (16%) na mesma faixa de ensino, não contribuiu para que o seu valor fosse maior na distribuição dos participantes.

Assim para cada pergunta realizada e suas respectivas alternativas, foi aplicado o teste Qui-quadrado de comparação com o fim de analisar se as respostas sofreram influência das variáveis: sexo, faixa etária e escolaridade.

Lembrando que a análise das respostas se deu a partir de duas perguntas: A primeira pergunta questionava como o usuário poderia colaborar com cuidado seguro, já a segunda pergunta era a respeito de como os indivíduos poderiam colaborar na prevenção de riscos no ambiente hospitalar cada uma com três alternativas que poderiam ser marcadas sendo consideradas no estudo como sim; ou ignoradas sendo consideradas no estudo como não, conforme será mostrado nos tópicos seguintes.

7.1 COMO PACIENTES E ACOMPANHANTES PODEM COLABORAR NO CUIDADO SEGURO?

Sobre esse questionamento foram lançadas as seguintes alternativas: confirmar o seu nome antes de receber um cuidado; conversar sobre o tratamento com o profissional de saúde que o assiste e; manusear sondas e/ou cateteres.

Consideradas ações que podem interferir na minimização de falhas, quando nos referimos à colaboração na identificação correta, e comunicação entre usuários e equipe de saúde, bem como comportamentos de risco como o manuseio de dispositivos como sondas, drenos ou cateteres. Onde se obteve os seguintes resultados.

7.1.1 Confirmar o seu nome antes de receber o cuidado.

Brito (2015-b) afirma que pacientes e acompanhantes devem ser incentivados a participarem de todas as fases do processo do cuidado, devendo ser informados quanto ao seu papel e a sua importância para que cobre dos profissionais de saúde uma atitude correta, em que a verificação da identificação seja efetivada no momento da prestação de qualquer cuidado.

Não houve diferença real na proporção entre resposta no que se refere às variáveis: sexo ($p=0.9168$), faixa etária ($p=0.9293$) e escolaridade ($p=0.5966$), haja vista que não foram alcançados valores $p<0.05$ para os três tipos de variáveis quando aplicado o teste de comparação Qui-quadrado, das quais as respostas dos participantes não sofreram influência.

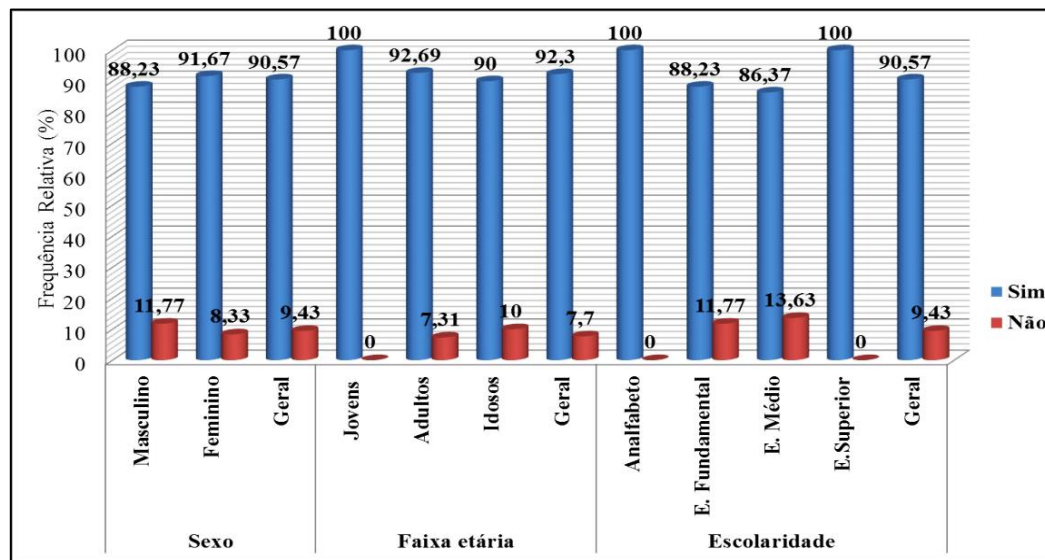


Gráfico 01 - Distribuição de respostas sobre confirmar o nome antes de receber o cuidado como boa prática para o cuidado seguro.

Fonte: Instrumento de pesquisa.

Quando as pessoas foram perguntadas se confirmar o seu nome antes de receber o cuidado poderia colaborar para o cuidado seguro foi observado maior tendência para sim, conforme exposto no Gráfico 01, com 90,57%(48) de $n=53$ referente ao sexo e nível de escolaridade e, 92,3%(48) de $n=52$ referente à variável fase de vida, tendo em vista que um dos participantes não informou a idade, sendo desconsiderado no estudo em relação a esta variável.

O ato de confirmar o nome junto ao profissional de saúde está relacionado a identificação do paciente, e sobre esse aspecto Hoffmeister e Moura (2015), constata que a identificação do paciente é abrangente e de responsabilidade multidisciplinar, uma vez que

envolvem aspectos estruturais, desenhos dos processos de trabalho, cultura organizacional, prática profissional e participação do paciente.

Essa prática tem seu valor fundamentado no fato de que a assistência hospitalar constitui várias etapas envolvendo variados procedimentos que são realizados por diferentes profissionais, sendo necessária a realização da identificação do paciente para evitar a ocorrência de falhas que podem ir do engano de paciente a omissão ou sobreposição de um cuidado.

De modo que a identificação pode ser observada de várias formas, utilizando-se determinadas estratégias, como o uso de pulseira, sistemas automatizados entre outros que comprovadamente podem reduzir a ocorrência de incidentes, contudo para Vincent (2001), independente da tecnologia ou abordagem utilizada para identificação dos pacientes, é preciso construir um planejamento para os processos de cuidado, pois estas são estratégias que ainda estão sujeitas a falhas, por serem realizadas por pessoas, percebendo-se deste modo, a necessidade de dupla checagem na identificação.

Em estudo recente foi observado o reconhecimento pela equipe de saúde da importância da dupla checagem mesmo considerando que demanda maior tempo e planejamento dos profissionais (BECCARIA et al., 2016).

Dessa forma identifica-se não só a necessidade de desenvolver uma política para identificação correta dos pacientes antes de receber um cuidado para que a equipe atuante esteja empenhada na construção de soluções e propostas para a melhora do cuidado seguro, bem como integrar o usuário nesse processo.

Isso não só evita riscos como também aproxima e protagoniza a ação dos usuários no cuidado, a medida que estes são determinantes para a prevenção ou ocorrência de um evento adverso relacionado a identificação.

7.1.2 Conversar sobre o tratamento com a equipe de saúde que o assiste.

Tendo em vista que a comunicação entre pacientes, acompanhantes e equipe de saúde é considerado um fator relevante no cuidado seguro por incluí-los como parceiros. O usuário deixa de ser um mero expectante obediente de condutas prescritas que recebe da equipe e passa não só a compreender o contexto que o rodeia bem como a contribuir com os profissionais de saúde.

Sendo uma das atribuições da Política de Nacional de Humanização a qual tem como valores a autonomia e o protagonismo do sujeito, a partir de uma corresponsabilidade entre

profissional e usuário, o estabelecimento de vínculo solidário entre ambos, para a produção de saúde (BRASIL, 2004), o que equivale ao envolvimento do paciente e acompanhante nas ações de minimização de riscos para a promoção do cuidado seguro no ambiente hospitalar. Dessa forma foi proposto aos participantes a alternativa conversar sobre o tratamento com a equipe de saúde que o assiste como uma prática que contribui para o cuidado seguro.

Não houve diferença real significativa entre as proporções de respostas dadas pelos indivíduos no que se refere às variáveis: sexo ($p=0.1009$), faixa etária ($p=0.8228$) e escolaridade ($p=0.5443$), o que foi comprovado após aplicação do teste de comparação, onde os valores das três variáveis não alcançaram o valor $p<0.05$ o que infere que estas variáveis não gerando influência sobre as respostas apresentadas no instrumento de pesquisa.

No que tange á esse ato ser uma ação que deve ser praticada pelos pacientes e acompanhantes com forma de contribuir para a assistência segura, foi observada maior tendência de respostas para sim, 84,9%(45) de $n=53$ referente ao sexo e nível de escolaridade e, 84,61%(44) de $n=52$ referente à variável fase de vida, tendo em vista que um dos participantes não informou a idade, sendo desconsiderado no estudo em relação a esta variável, conforme exposto no Gráfico 02.

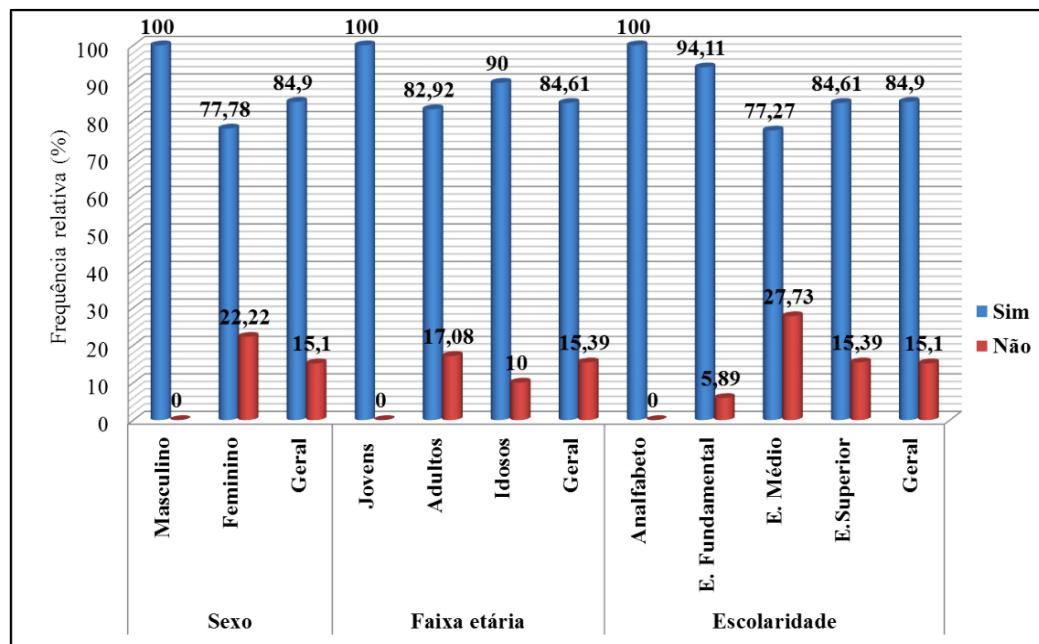


Gráfico 02 - Distribuição de respostas sobre conversar com o profissional de saúde sobre seu tratamento como boa prática para o cuidado seguro.

Fonte: Instrumento de pesquisa.

A comunicação implica justamente o compartilhar de um mesmo objeto de consciência, e a relação de troca, e acontece quando o significado pretendido da fonte é o mesmo percebido pelo receptor (MARTINO, 2011).

Todavia em estudo sobre incidentes, foi evidenciado através do relato de pacientes causas de falhas que geraram um dano, ou seja, um evento adverso, tendo como causa a falha na comunicação profissional paciente, a falta de atenção e consideração do profissional sobre o que o paciente está informando (BEZERRA, 2016).

Estes fatores são recorrentes em estudos com aumento da carga de trabalho dos profissionais e a pouca capacitação entre os aspectos interveniente na segurança do paciente (MAGALHÃES, 2013).

O que mostra a necessidade do profissional de saúde, aprimorar sua capacidade de comunicação com a clientela. Pois é a partir da valorização do ser paciente e suas preferências que se constrói a assistência individualizada e de acordo com as demandas do usuário, sendo este um dos pontos destacados na Carta de Direitos do Usuário em Saúde, que pressupõe a todo o cidadão o atendimento que respeite a pessoa, seus valores e direitos. Bem como pela comunicação compreensível onde o paciente será capacitado a realizar o autocuidado.

Santo (2010) reforça que as intervenções para atender as necessidades do cliente deve fundamentar-se no ensino para o autocuidado, o que o tornará independente autônomo.

7.1.3 Manusear sondas, drenos ou cateteres.

A terceira opção a ser considerada pelos participantes no tocante ao cuidado seguro se referia ao manuseio de dispositivos como sondas, cateteres e drenos por pacientes e acompanhantes. Onde o esperado era que os participantes não marcassem esta alternativa como contribuinte para o cuidado seguro.

Tendo como base que somente os profissionais de saúde devem manusear esses dispositivos, especialmente a equipe de Enfermagem, pois são instrumentos que necessitam de conhecimento técnico para serem manuseados, sendo um fator de risco não só em nível de acidentes físicos envolvendo infiltrações e extravasamento, oclusão do cateter traumas e hematoma, bem como biológicos envolvendo risco de contaminação e infecções sendo esta uma das principais e mais graves complicações do uso de dispositivos intravenosos, além de danos

associados a flebites, trombose, e complicações sistêmicas que podem inclusive levar o cliente ao óbito (HARADA, 2011).

Foi observado que as variáveis sexo com o valor $p=0.1434$, faixa etária com o valor $p=0.4332$ e escolaridade com o valor $p=0.1753$, não influenciaram as opiniões apresentadas no estudo, pois não alcançaram o valor $p<0.05$. Bem como a prevalência de respostas não para essa prática como contribuinte no cuidado seguro.

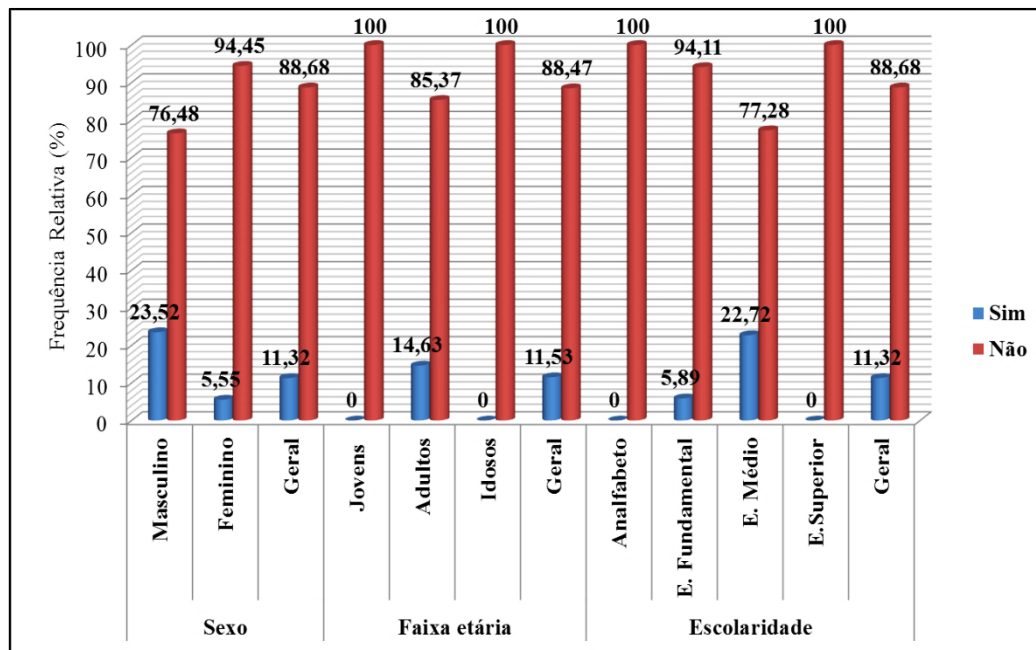


Gráfico 03 - Distribuição de respostas sobre paciente e acompanhante no manuseio de sondas e/ou cateteres como boa prática para o cuidado seguro.

Fonte: Instrumento de pesquisa.

E conforme apresentado no Gráfico 03, houve maior tendência para respostas não, referente no sexo e escolaridade a 88,68%(47), na faixa etária é de 88,47%(46) sendo que um paciente não informou a sua idade, por causa disso justifica-se uma interferência no resultado geral.

Apesar de a maioria dos pacientes e acompanhantes ter a consciência de que não se devem manipular curativos sondas/ou cateteres sem a orientação ou supervisão do profissional de enfermagem, ainda existem aqueles usuários que consideram certo manusear esses artefatos.

Tendo essa visão, é importante orientar o paciente e acompanhante a respeito dos riscos inerentes ao manuseio de dispositivos usados no cuidado. Pois seu manuseio inadequado pode gerar complicações, o que segundo Magerote (2011), pode gerar maior carga de trabalho, ônus

financeiro aos indivíduos, familiares, sistema de saúde, além de causar dano, dor e sofrimento ao paciente.

Por tanto, Wegner (2012), afirma que o envolvimento da família é importante nesse processo, para alguns cuidados básicos relacionados à higiene/conforto e alimentação. No sentido de que estes devem ser orientados quanto aos aspectos relacionados ao uso de sondas, drenos, cateteres.

Bem como é responsabilidade da enfermagem não só a instalação, mas também a manutenção de curativos e prevenção de complicações, haja vista que é o cuidado insatisfatório que trás ao usuário a sensação de insegurança o que lhe imprime a necessidade de buscar se proteger acreditando que intervindo, isto é, manuseando ou retirando por sua conta os dispositivos, isso irá lhe beneficiar.

Nesse contexto Pereira (2001) reforça que o comprometimento ou perda de uma sonda ou acesso venoso, por exemplo, pode estar associada à falta de observação de sinais e sintomas de possíveis complicações por parte da equipe de Enfermagem.

7.2 COMO PACIENTES E ACOMPANHANTES PODEM AJUDAR NA PREVENÇÃO DE RISCOS NO AMBIENTE HOSPITALAR?

7.2.1 A lavagem das mãos.

Com relação a atitudes para a prevenção de riscos no ambiente hospitalar, a primeira alternativa que poderia ser marcada ou não estava relacionada á lavagem das mãos.

A prática de higiene das mãos adequada é a forma mais eficaz e menos custosa para prevenir infecções hospitalares, ou seja, a lavagem das mãos é barata e protege os pacientes e os profissionais de forma igualitária (LIMA, 2014). Dessa forma se esperava que os participantes do estudo considerassem essa prática como benéfica para a saúde e relevante para a prevenção de riscos.

Não foi observada influência das variáveis sexo: ($p=0.9657$), faixa etária ($p=0.9202$) e escolaridade ($p=0.5443$), haja vista que não houve diferença real entre as resposta obtidas considerando cada variável, as quais não alcançaram o valor $p<0.05$. E no que diz respeito essa atitude favorecer o cuidado seguro, ficou evidente maior tendência para respostas sim.

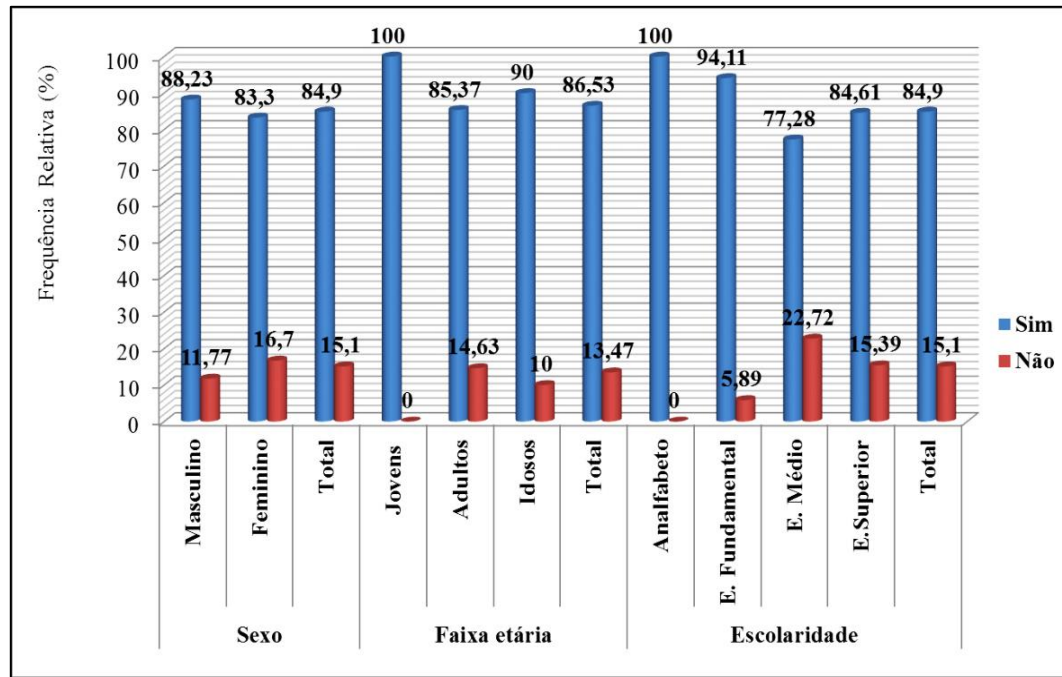


Gráfico 04 - Distribuição de respostas dos participantes sobre lavagem das mãos como boa prática na prevenção de riscos.

Fonte: Instrumento de pesquisa.

A prática da higienização das mãos é considerada pelos participantes do estudo uma ação que favorece a minimização de riscos inerentes ao ambiente hospitalar. Esse resultado é representado no Gráfico 04 onde é possível observar a diferença entre respostas obtidas no estudo apontados nas variáveis sexo e escolaridade 84,9%(45); e a faixa etária 86,53%(45).

A lavagem das mãos é uma prática recorrente em campanhas de prevenção de doenças e controle de infecções, refletido a associação feita pelos participantes entre lavar as mãos e sua proteção. Pois é através da mão que são observados os maiores índices de infecção hospitalar bem como a infecção cruzada (FREIBERGER, 2011).

De modo que não só os profissionais de saúde, mas também os que buscam um atendimento devem praticar a higienização correta das mãos, no sentido de evitar riscos tanto para o paciente que está em condição fragilizada, bem como para o acompanhante que além de se expor também pode ser um vetor de transmissão (BATHKE et al., 2013).

Todavia é importante considerar que subsídios a instituição oferece aos usuários com o fim de que estes incorporem essa prática. Haja vista a falta orientação quanto a lavagem correta das mãos e de suporte estrutural e de materiais é uma constante nos hospitais. O que é retratado

por um dos participantes durante as intervenções educativas que além de fazer críticas sobre esse aspecto exemplifica a falta de papel para enxugar as mãos.

Assim, Pinto (2016), assevera que a adesão à higienização das mãos nos serviços de saúde requer um conjunto de medidas e estratégias de forma simultânea, onde a participação do paciente de forma isolada necessita de outras ferramentas, como melhoria do sistema, disponibilização de materiais e insumos, e a implementação de intervenções multimodais considerando características institucionais, perfil dos usuários envolvidos.

7.2.2 Sentar e/ou deitar no leito de outro paciente.

A alternativa sentar ou deitar no leito de outro paciente foi o segundo tópico que poderia ser considerado ou não como uma forma de evitar riscos no ambiente hospitalar.

O ato de um paciente ou acompanhante sentar e/ou deitar no leito de outro paciente pode trazer efeitos negativos tanto em nível de risco de infecções cruzadas designadas por Freiburger (2011) como a infecção decorrente da transmissão de um microrganismo de um paciente para o outro, ou através das mãos dos profissionais da área de saúde, acompanhantes e visitantes.

Bem como à nível de risco de enganos relacionados ao cuidado ofertado à um paciente e que deveria ser realizado a outro, podendo se relacionar à um medicamento, exame entre outros procedimentos que quando aplicados ao paciente errado podem gerar um dano não só para o paciente que recebeu o cuidado que não lhe era prescrito como ao que deixou de receber.

Carvalho (2002) afirma que medicamentos administrados ou procedimentos erroneamente podem prejudicar os pacientes, e suas consequências podem causar prejuízos/danos, reações adversas, lesões temporárias, permanentes e até a morte do paciente, dependendo da gravidade da ocorrência.

Não houve diferença real na proporção entre resposta no que se refere as variável faixa etária, pois após aplicação de teste de comparação o resultado não alcançou o valor $p < 0,05$, o que atesta que estas não gerou influência sobre as respostas.

Todavia em relação às variáveis sexo e escolaridade foi observado valor $p < 0,05$, o que infere que estas variáveis influenciaram a opinião dos participantes.

De modo que o nível médio apresentou resposta significativamente diferente quando comparado aos outros níveis de escolaridade resultando em um valor de comparação $p = 0.0034$.

Já a variável sexo apresentou valor $p=0.0168$, o que demonstra uma certa resistência em considerar essa prática como um risco de dano.

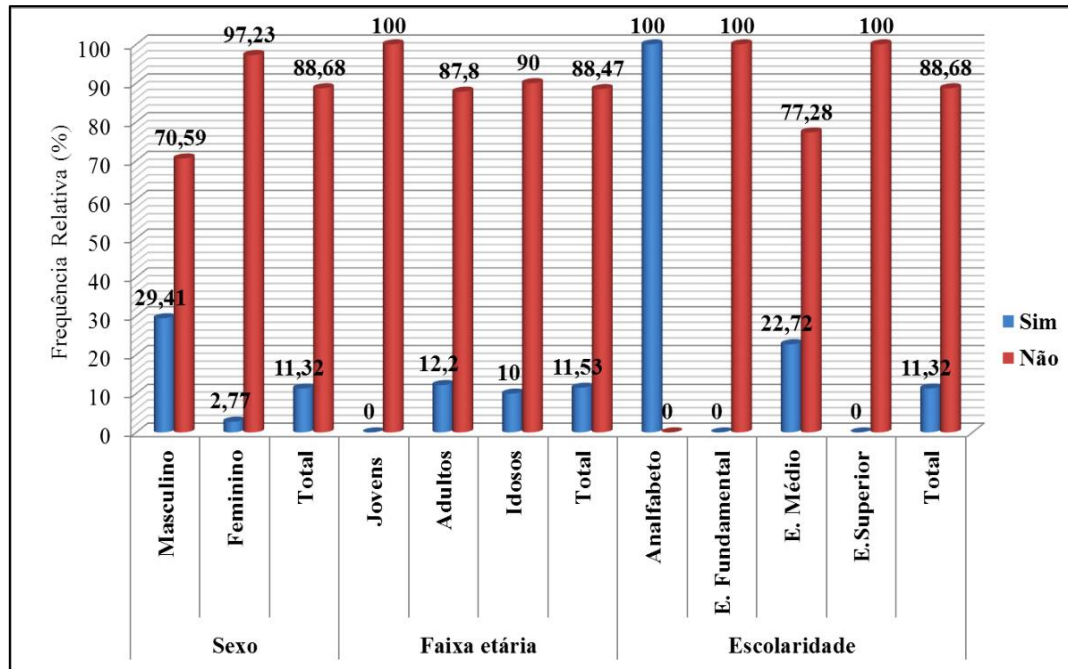


Gráfico 05 - Distribuição de respostas sobre sentar e/ou deitar no leito de outro paciente como boa prática na prevenção de riscos.

Fonte: Instrumento de pesquisa.

Todavia quando as pessoas foram perguntadas se sentar e/ou deitar no leito de outro paciente contribui para a prevenção de riscos no ambiente hospitalar observou-se maior tendência de opinião para o não nesta alternativa.

No gráfico 05 é apresentado os valores que comprovam essa inferência, onde 86,68%(47) são representados nas variáveis sexo e nível de escolaridade e, 88,47%(46) na variável faixa etária, em razão de um dos participantes não ter informado a idade.

A recomendação de evitar deitar e/ou sentar no leito de outro paciente é uma prática constante nas instituições de saúde. Sendo um comportamento que análogo à lavagem das mãos, contribuindo para o controle de infecções, principalmente as infecções cruzadas.

Todavia os participantes recebem essa orientação como uma ordem, o que contribui para a pouca adesão a essa prática.

Sobre essa questão Boehs (2007) o aumento a informação dos usuários dos serviços de saúde tem aumentado, todavia estes ainda se encontram em situação de impotência em sua relação com os profissionais de saúde que não tem buscado uma relação fortalecida de diálogo,

pelo contrário. As condutas dos profissionais têm consistido em ministrar prescrições comportamentais enunciadas por imperativos.

Somada à essa problemática se encontra a falta de estrutura que proporcione conforto e acolhimento aos acompanhantes, que além de não ser valorizado enquanto indivíduo, não é incluído como sujeito do cuidado (MORAES et al. 2015).

E sob essa perspectiva a RDC nº50, que dispõe sobre o regulamento técnico para o planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde não estipula as descrições técnicas dos espaços e dos mobiliários para uso dos acompanhantes, deixando a critério de cada instituição ofertar o que considera importante de acordo com sua disponibilidade financeira.

Essa situação coloca a clientela em situação de dualidade onde este deve escolher se expor a riscos relacionados a infecções ou se põe em risco o seu conforto e bem estar físico. Sendo óbvio que nesse jogo de escolhas o usuário, neste caso o acompanhante, sempre sairá perdendo. Pois das duas formas terá sua integridade afetada.

No entanto o cansaço e o desconforto, que pode durar muitos dias dependendo do tempo de internação do acompanhado, são mais palpáveis.

Chibante et al. (2015) refere, nesse contexto, que a permanência por longo período no hospital, o qual geralmente condições mínimas de infraestrutura e suporte, se vê enfrentando a doença de seu familiar e a necessidade de se adaptar a essa situação, o que lhe causa desgaste físico e mental. O que faz com que a recomendação de evitar sentar ou deitar no leito de outro paciente seja deixada em segundo plano.

Assim com base na Teoria da Motivação Humana de Maslow é possível entender esse comportamento, haja vista que os indivíduos possuem necessidades comuns que o impulsionam a agir no sentido satisfazê-las, seguindo em ordem aquela considerada prioritária (REGIS e PORTO, 2011). Aonde a necessidade de sono, repouso e conforto vem antes da necessidade segurança, a qual está relacionada o risco.

Assim, embora as ações educativas contribuam para os usuários evitarem situações de exposição á infecções. É de suma importância que a Instituição hospitalar proporcione meios que permitam que essas ações sejam colocadas em prática através de cômodos adequados ao conforto dos acompanhantes.

7.2.3 Seguir as recomendações da equipe de saúde.

A terceira afirmativa considerava o ato de seguir as recomendações dos profissionais de saúde como uma ação para prevenir riscos no ambiente hospitalar. Assim acredita-se que pacientes e acompanhantes também devem querer participar do cuidado seguro e assim devem buscar interagir com os profissionais seguindo suas recomendações

O que se confirma no estudo de Chen e Chiang citado por Brasil (2013) onde houve aumento na adesão à higiene das mãos dos pais de pacientes pediátricos de cuidados intensivos após serem educados sobre a importância do seu papel na higiene das mãos.

Após aplicação de teste de comparação sobre os dados relativos à alternativa seguir as recomendações dos profissionais de saúde para a prevenção de riscos dentro da instituição hospitalar foi observado que não houve influência das variáveis sexo ($p=0.9168$), fases da vida ($p=0.9202$,) e nível de escolaridade ($p=0.5966$) sobre as respostas dos participantes, pois não foi alcançado o valor $p<0,05$.

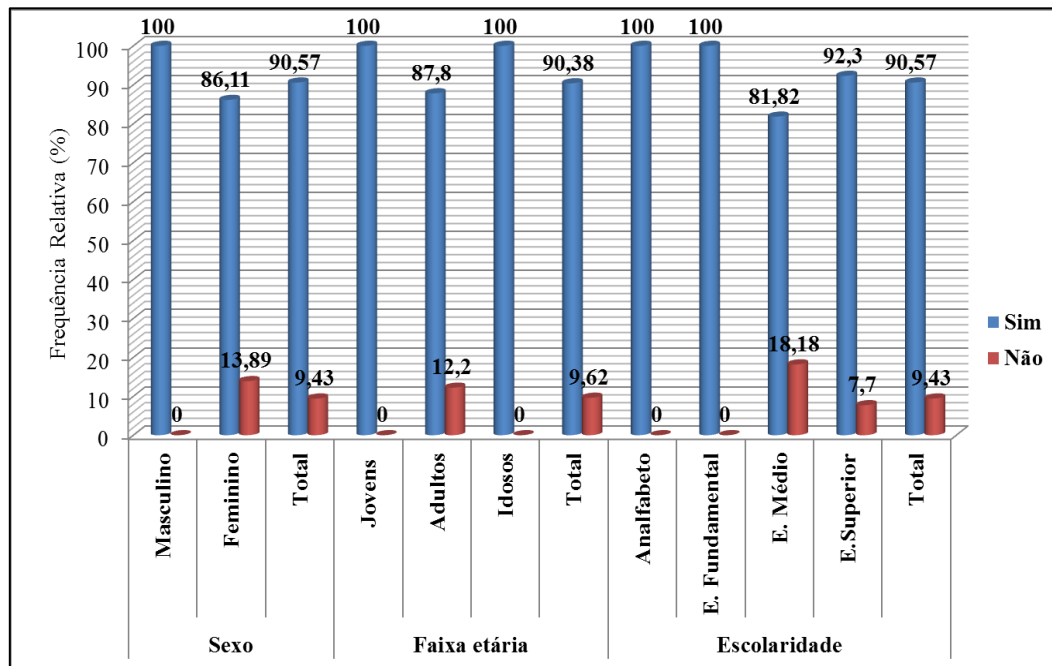


Gráfico 06 –Distribuição sobre seguir as recomendações dos profissionais uma atitude que previne riscos no ambiente hospitalar.

Fonte: Instrumento de pesquisa.

No que se refere às repostas obtidas para essa afirmação foi evidenciado maior tendência positiva, o que é mostrado no Gráfico 06, isto é, nas variáveis sexo e escolaridade foi de 90,57% (48) e a faixa etária é de 90,38% (47).

Segundo Christóforo citado por Lacchini et al. (2011) orientar é uma das funções do profissional enfermeiro, sendo de sua competência orientar o paciente de como este retornará do bloco cirúrgico, sobre drenos, feridas operatórias, dispositivos externos e além de explicar sobre a importância de sua colaboração durante os procedimentos para assim diminuir seu tempo de internação. E sob esse aspecto pode-se inferir que o resultado positivo pode ter sido influenciado pela questão cultural de submissão da clientela em relação ao profissional.

É importante seguir as recomendações da equipe de saúde, pois a adesão ou não a estas pode determinar o resultado do cuidado que está sendo realizados. No entanto, ao receber esse cuidado é necessário estar acompanhado de informações e orientações, para isso, segundo Lunardi (1998), “a enfermagem é reconhecida como uma profissão da saúde, a qual tem o compromisso de colocar à disposição do cliente seu saber e sua competência, informando-o, esclarecendo-o sobre a assistência a ser prestada, para que este também se responsabilize por si e decida, de forma autônoma”. Em outras palavras, o paciente precisa ser esclarecido quanto ao seu processo de cuidado; de ser informado a respeito de procedimentos diagnósticos, preventivos ou terapêuticos que serão realizados em si, e onde o profissional deve se fazer entendível para que se estabeleça a troca de informações e não ordens.

Orientar os pacientes e acompanhantes nesse sentido os coloca no centro do cuidado tendo em vista que suas ações e comportamentos podem interferir em sua condição de saúde.

7.3 COM A PALAVRA: OS PACIENTES E ACOMPANHANTES.

A terceira parte do instrumento de pesquisa fez referência à como os participantes consideraram que as informações dadas na exposição educativa contribuíram para que eles colaborassem para que a assistência se tornasse mais segura, a partir da escolha dos conceitos ruim, regular, bom e excelente, acompanhado de um espaço onde os participantes poderiam dar sugestões ou comentários. Pois analisar a satisfação dos usuários com o processo em desenvolvimento costuma trazer bons resultados as ações por permitir a reorientação das ações realizadas (FERRAZ, 2009). Assim a tabela 08 traz os seguintes resultados.

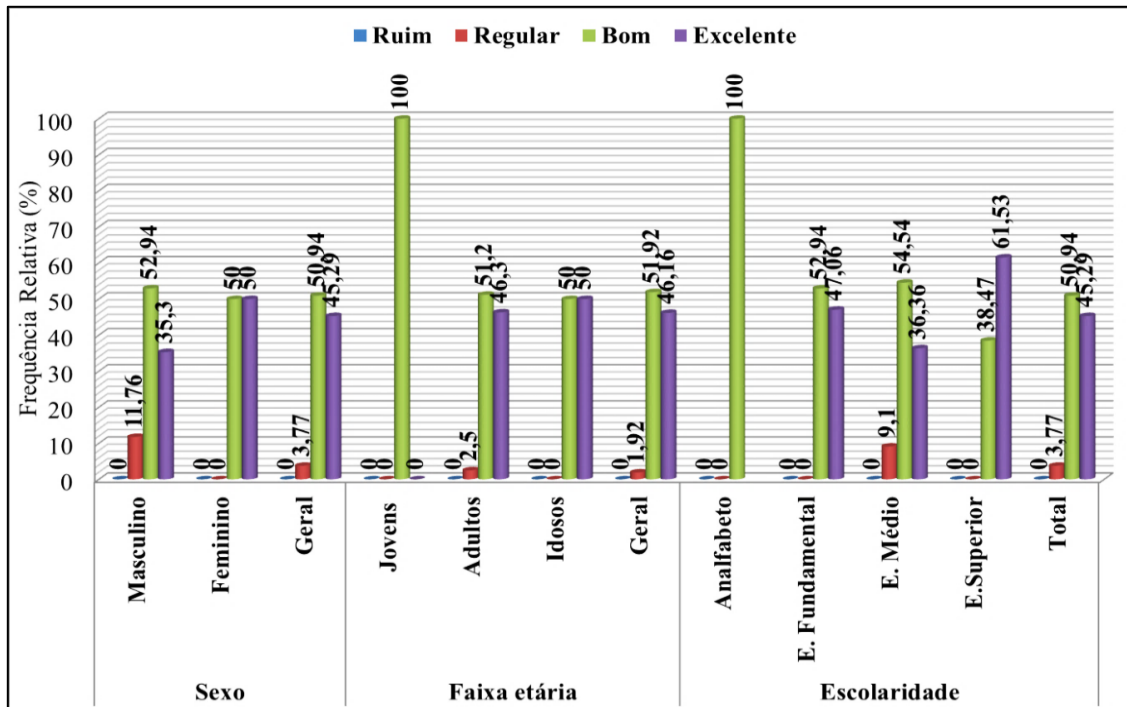


Gráfico 07 – Distribuição de conceitos atribuídos às ações educativas.

Fonte: Instrumento de pesquisa.

A maioria dos participantes qualificou a exposição educativa em bom com 50,94%(27) nas variáveis sexo e escolaridade e, 51,92%(27) na variável faixa etária, tendo em vista que um participante não mencionou a idade. Seguido de excelente com 45,29%(24) nas variáveis sexo e escolaridade e, 46,16%(24) na faixa etária, bem como 3,77% (02) na variável sexo e escolaridade e, 1,92%(01) na variável faixa etária.

O que mostra maior tendência de aceitabilidade às orientações. Isso acontece em virtude da necessidade dos participantes em se sentirem acolhido, ouvidos. Brito (2015-b) confirma esse fato em seu estudo, em que quando os usuários tem um espaço pelo menos para o esclarecimento de dúvidas, se sentem contemplados em suas necessidades. O que favorece a concepção positiva dada as ações educativas pelos participantes.

Todavia não significa que os usuários não se posicionaram criticamente, pois dos 27 participante que avaliaram as intervenções com o conceito bom, 18,51%(05) esboçaram opinião escrita através de sugestão ou consideração, e entre os 24 que qualificaram a intervenção como excelente pelo menos 33,3% (08) emitiram opinião escrita, como da mesma forma dos 02 participantes que emitiram o conceito regular com 50% (01). Assim obteve-se um total de 17 opiniões e sugestões que foram categorizadas em ordem de assunto para melhor interpretação dos

resultados, conforme mostrado no Quadro 01, onde a primeira categoria estava relacionada como problemas estruturais (29,41% -05), por conter pedidos de melhoria na estrutura do hospital.

A segunda categoria abarcava falas relacionadas à participação do paciente para a sua própria segurança (29,41% - 05), já a terceira categoria estava relacionada a opiniões sobre a ação educativa que foi realizada (17,64% - 03), seguido do conjunto de respostas escritas assinalada recursos humanos. Parte das opiniões onde foram feitas considerações negativas quanto ao atendimento recebido pelos participantes (11,76% - 02), e por fim a categoria em aberto por se tratar de considerações que não ficaram bem definidas á compreensão da pesquisa(11,76% - 02). Conforme é evidenciado no Quadro 01.

Problemas estruturais	“melhorar estrutura” (fala de dois pacientes).
	“melhorar espaço físico” (acompanhante).
	“todas as condições estão excelentes, menos o banheiro que não achei muito adequado” (acompanhante).
	“profissionais capacitados, hospital com tratamento adequado, mas que poderia melhorar a estrutura p/ que seja mais arejado e ventilado” (acompanhante).
Paciente atuando para sua própria segurança	“paciente tem que seguir as orientações” (paciente).
	“todos os pacientes e acompanhantes devem colaborar no ambiente” (paciente).
	“mais segurança e higiene por parte dos usuários” (acompanhante).
	“é importante p/ prevenir” (paciente)
	“o paciente precisa ter muito cuidado” (paciente).
A ação educativa para os usuários	“um excelente trabalho com informações muito importantes para todos” (acompanhante).
	“foi bom aprender mais sobre o cuidado dos nossos pacientes e acompanhantes” (paciente).
	“eu gostei muito da palestra das meninas, foi muito importante pra mim porque assim fico mais atenta com cuidados sobre a saúde” (acompanhante).
Recursos humanos	“o tema segurança do paciente tem que ser passado para a ala da enfermaria porque desde o dia que me transferiram pra cá não colocaram uma identificação com meu nome ou idade, isso se torna um risco para mim” (paciente).
	“profissionais devem explicar procedimentos antes de realiza-los e tratar com mais humanidade e respeito os usuários” (acompanhante).
Em abertos	“sabemos que muitas coisas tem que ser mudadas. Mas isso não depende só de nós, infelizmente” (acompanhante).
	“maior cuidado com a limpeza do ambiente” (acompanhante).

QUADRO 01 – Demonstrativo de sugestões e considerações realizadas por pacientes e acompanhantes a respeito da segurança do paciente.

Fonte: Instrumento de pesquisa.

Apesar de apenas três considerações escritas estarem relacionadas diretamente às intervenções educativas, o restante das opiniões escritas dos participantes não foram descartadas, tendo em vista que retratam o que pensam a respeito dos aspectos que envolvem o seu cuidado.

Assim no que tange as opiniões na categoria problemas estruturais é perceptível não só o desconforto, mas também a preocupação que a falta de estrutura trás aos usuários.

Isso fica claro também durante as intervenções, quando um paciente refere o medo de queda devido o banheiro estar molhado e estar sozinho, necessitando de ajuda de profissionais que muitas vezes demoram em atendê-lo. O que mostra que embora as ações educativas sejam válidas para despertar na clientela a conscientização de que devem ser sujeitos de seu cuidado seguro, estas devem vir acompanhadas de suporte institucional através de estrutura adequada que permita aos usuários desenvolver hábitos seguros, se caracterizando como uma ação sem razão de ser, onde são orientadas atitudes que não podem ser realizadas.

Estudo sobre o desenvolvimento da segurança do paciente evidencia que tanto a escassez de recursos materiais que se refletem em pressuposto ajuste econômico, como de organização e infraestrutura são fatores associados com ameaças ao desenvolvimento de uma assistência segura (QUES, 2010).

Não obstante há de se considerar que a transformação de um ambiente seguro deve ser feita tendo em vista uma mudança que parte de cima para baixo, isso que dizer dos setores mais elevados para as extremidades. Onde a ação educativa aqui realizada é apenas uma parte do todo na contribuição para o desenvolvimento da cultura de segurança. Pois é transformando a totalidade que se transforma as partes e não o contrário (FREIRE, 1979).

Assim Magalhães (2013), ressalta que questões estruturais, políticas, econômicas e culturais devem ser superadas para sustentar e melhorar o ambiente assistencial.

A segunda vertente de opiniões dos participantes se referia ao reconhecimento dos usuários como responsáveis pela sua segurança. Essas observações fortalecem a ideia de que as ações alcançaram o seu propósito. Pois mais importante que se lembrar das recomendações dadas, e eles reconhecerem que precisam se mobilizar para que estejam seguros.

Sob essa perspectiva Bezerra (2016), cita que a necessidade de desenvolver estratégias educativas para o empoderamento de paciente e familiar no sentido de que estes compreendam a relevância, legitimidade e efetividade que suas próprias intervenções podem proporcionar ao seu cuidado.

Seguindo na mesma vertente e abordado o próximo grupo de opiniões onde os indivíduos do estudo elogiam as ações realizadas considerando-as importante para manterem-se informados sobre os riscos inerentes ao cuidado e como preveni-los.

A próxima categoria de sugestões se referia a baixa qualidade no atendimento prestado pelos profissionais de saúde, o que também foi relatado verbalmente durante as intervenções.

Em estudo sobre incidente Bezerra (2016), ressalta que a sobrecarga de trabalho do enfermeiro influencia na qualidade da assistência dada aos indivíduos e estes percebem a baixa qualidade do atendimento por esses profissionais.

E sob essa mesma vertente, resultados de revisão integrativa mostra que o dimensionamento da equipe de Enfermagem influencia na qualidade do cuidado em UTI, onde foram analisados dados que comprovam a relação entre o quantitativo de profissionais subestimado e o elevado número incidentes com danos para o paciente (VERSA, 2011).

Assim é observado que os eventos adversos são frequentemente associados ao erro humano individual, todavia Oliveira (2014) reforça sob esse aspecto, que devem ser considerados como desencadeadores as condições de trabalho, os aspectos estruturais e a complexidade dos procedimentos desenvolvidos.

Todavia é importante ressaltar que conforme as ações educativas eram realizadas, foi observada uma mudança de conduta entre alguns profissionais, haja vista que também observavam a condução das intervenções educativas e mostravam-se mais solícitos aos pacientes quando as ações eram realizadas.

Isso mostra que ação educativa para a prevenção de riscos contribuiu no desenvolvimento de uma cultura de segurança também entre os pacientes tendo em vista que estes foram de certa forma obrigados a manterem boas práticas, por estarem sendo observados.

Em estudo prospectivo sobre eventos adversos na assistência de Enfermagem também foi observada diminuição na taxa de incidentes com dano, o que o autor considerou ser causado pela conscientização da equipe quanto a importância de prevenir erros, tendo em vista que eles sabiam que estariam sendo monitorados (BECCARIA, 2009).

O ultimo grupo de opiniões escritas dadas pelos participantes foram caracterizadas como em aberto, por não ser possível identificar a que se referiam, embora se reconheça que sejam críticas.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista que a informação sobre riscos preveníveis direcionada a promoção do cuidado seguro realizado através de estratégia educativa foi conduzido a partir da orientação informacional quanto ao risco associado ao atendimento em saúde, suas causas e prevenção. As intervenções educativas foram realizadas com base o ato de cuidar e educar, isto é, a educação do paciente é uma atribuição da assistência prestada pelo profissional de Enfermagem, fazendo com que o cliente seja o protagonista de seu próprio cuidado, onde estes reconhecem os riscos aos quais estão expostos dentro do ambiente hospitalar com intenção de fazê-los refletir e agir sobre a realidade em que se inserem.

De maneira que as ações educativas partiam do entendimento prévio dos participantes para informações e orientações sobre segurança do paciente, riscos no ambiente hospitalar e como estes poderiam ajudar. Onde foi observado que os participantes possuem consciência dos riscos em que estão envolvidos, os quais são traduzidos pela vivência do cuidado que recebem.

Observou-se maior tendência para a resposta sim nas afirmativas “confirmar o seu nome antes de receber o cuidado”, “conversar sobre o tratamento com o profissional que o assiste”, no que tange a colaborar para o cuidado seguro e, “lavar as mãos” e, “seguir as recomendações dos profissionais de saúde” como práticas para a prevenção de riscos. E maior tendência para não às atitudes “manusear cateteres” como contribuinte no cuidado seguro e “sentar e/ou deitar no leito de outro paciente” na prevenção de riscos no ambiente hospitalar. Alternativas que foram abordadas como práticas que podem ou não ajudar na assistência segura. O que nos infere que houve entendimento das informações obtidas nas intervenções educativas.

Todavia, também desperta para aspectos inerentes as orientações e questionamento realizados. Pois foi observado que a identificação para ser feita de forma correta necessita sim da participação dos usuários, mas também depende do empenho dos profissionais para que funcionem.

Sobre a comunicação paciente e equipe, fatores como postura de distanciamento dos profissionais, sobrecarga de trabalho são fatores que influenciam a comunicação, e demonstram a necessidade do profissional de saúde aprimorar sua capacidade comunicativa. O que também se observa quanto ao manuseio de dispositivos de saúde, onde é preciso melhorar o cuidado oferecido e a comunicação no sentido de evitar comportamentos de risco.

Já ao que se refere à higienização das mãos foi evidenciada a falta de suporte institucional tendo em vista a falta de estrutura e materiais adequados. E sobre seguir recomendações dos profissionais é importante que os profissionais levem em conta a opinião da clientela.

Esses aspectos foram evidenciados ainda na opinião dos participantes na parte de opiniões escritas do instrumento de pesquisa o que reflete a necessidade de mudanças e melhorias institucionais, haja vista que o fator falta de infraestrutura e conduta pouco receptiva dos profissionais foi um aspecto recorrente na pesquisa e fator negativo para o objetivo da pesquisa.

No que se refere à opinião dos participantes sobre a realização das ações educativa, a maioria a considerou boa seguida de excelente. Refletindo a aceitabilidade dos participantes á obtenção de informações de estratégias educativas.

As estratégias educativas se desenvolveram evidenciando sua potencialidade para despertar tanto em pacientes como em acompanhantes a conscientização de que devem ser sujeitos de seu cuidado e segurança. Todavia o estudo também chama a atenção para a necessidade de tais estratégias virem acompanhadas do apoio de políticas administrativas que fortaleçam essas ações e permitam que elas se multipliquem.

Haja vista que observou-se que, ainda que os indivíduos tenham compreendido a importância de seu autocuidado para a segurança no ambiente hospitalar, aspectos como infraestrutura inadequada, falta de materiais e profissionais qualificados ainda é uma constante que interfere na adesão dos participantes nas práticas seguras.

Assim há que se pensar em novos estudos com o fim de se buscar novas estratégias para integrar os usuários na prevenção de riscos, bem como subsidiar estas práticas, através do apoio institucional traduzido na melhoria da infraestrutura e oferta de matérias, e para direcionar as práticas dos profissionais de saúde, especialmente a enfermagem no sentido de que aprimorem a sua assistência.

REFERENCIAS

ANVISA Agencia Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática- Brasília. 2013.

ARANTES, A. et al. Uso de diagramas de controle na vigilância epidemiológica das infecções hospitalares. **Revista de Saúde Pública**, v.37, n. 6, p.768-74, Uberlândia, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n6/18020.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2016.

AYRES, M., AYRES JÚNIOR, M., AYRES, D.L. & SANTOS, A.A. **BIOESTAT – Aplicações estatísticas nas áreas das ciências biomédicas**. Ong. Mamiraua. Belém, PA, 2007.

ÁVILA, M. A. Identificação por radiofrequência: tecnologia inteligente, hospital eficiente, qualidade e segurança para o paciente. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde – ICICT, Porto Alegre, 2012. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/6710>>. Acesso em: 15 set. 2016.

BATHKE, J.; CUNICO, P. A.; MAZIERO, E. C. S.; CAUDURO, F. L. F., SARQUIS, L. M. M.; CRUZ, E. D. A. Infraestrutura e adesão à higienização das mãos: desafios à segurança do paciente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.34, n.2, p.78-85, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n2/v34n2a10.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2016.

BECCARIA, L. M.; REZENDE, F. F.; BARBOSA, T. P.; RODRIGUES, A. C. S.; FARIA, J. I. L.; MELARA, S. V. G. Dupla checagem de enfermagem e presença de Hematoma em pacientes com terapia anticoagulante. **Arquivo Ciência Saúde**, v.23, n.2, p.65-70, 2016. Disponível em: <<http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/286>>. Acesso em: 15 set. 2016.

BEUTER, M.; BRONDANE, C. M.; SZARESK, C.; LANA, L. D.; ALVIM, N. A. T. Perfil de familiares acompanhantes: contribuições para a ação educativa da enfermagem **Revista Mineira de Enfermagem**, v.13, n.1, p.28-33, 2009. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/159>>. Acesso em: 01 set. 2016.

BEZERRA, A. L. Q.; SILVA, T. O.; PARANAGUÁ, T. T. B.; SOUZA, A. C. S.; SILVA, A. E. B. C.; TEIXEIRA, C. C. Conhecimentos de usuários de uma clínica cirúrgica sobre a ocorrência de incidentes. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. esp., p.01-09, 2016. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45455>>. Acesso em: 10 set. 2016.

BRITO, M. F. P. Avaliação do processo de identificação do paciente em serviços de saúde. Ribeirão Preto: USP, EERP, 2015-a. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – USP/EERP/Programa de Pós- graduação em Enfermagem. Disponível em: <www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/.../MARIADefatimaPAIVABRITO.pdf>. Acesso em: 10 set. 2016.

BRITO, P. P.; COSTA, M. P.; ATHANÁZIO, E. M. Forma de participação dos usuários nas práticas educativas de uma equipe de saúde da família como meio de transformação. *Rev. v.18*,

n.4, p.463 – 469 2015-b. Disponível em:

<<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/viewFile/2118/929>>. Acesso em: 10 set. 2016.

BOEHS, A. E.; MONTICELLI, M.; WOSNY, A. M.; HEIDEMANN, I. B. S. GRISOTTI, M. A interface necessária entre enfermagem, educação em Saúde e o conceito de cultura. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis: v.16, n.2, p.307-14, 2007. Disponível em:

<www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a14v16n2.pdf>. Acesso em: 18 set. 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. 2004. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1342>. Acesso em: 10 set. 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Brasília: ed.2, 2007.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria 529 de 01 de abril de 2013**– Brasília: MS.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos**. Brasília: 105p. 2009

CARNEIRO, F. S.; BEZERRA, A. L. Q.; SILVA, A. E. B. C.; SOUZA, L. P.; PARANAGUÁ, T. T. B.; BRANQUINHO, N. C. S. S. Eventos adversos na clínica cirúrgica de um hospital universitário: instrumento de avaliação da qualidade. **Revista de Enfermagem**, UERJ, Rio de Janeiro, v.19, n.2, p.204-11, 2011. Disponível em:

<<http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a06.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2016.

CARVALHO, V. T.; CASSIANI, S. H. B. Análise dos comportamentos dos profissionais de enfermagem frente aos erros na administração de medicamentos. *Acta paulista de Enfermagem*, v.15, n.2, 2002. Disponível em:

<<http://www2.unifesp.br/acta/index.php?volume=15&numero=2>>. Acesso em: 20 set. 2016.

CHIBANTE, C. L. P.; SANTO, F. H. E.; AQUINO, A.C.O. As reações do familiar acompanhante de idosos hospitalizados frente às situações de estresse. **Jornal. Revista: Cuidado Fundamental online**, v.7, n.3, p.2961-2973, 2015. Disponível em:

<https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v13/n1/v13n1a09.htm>. Acesso em: 10 set. 2016.

COSTA, N. N.; SILVA, A. E. B. C.; LIMA, BARBOSA, M. R. S.; FREITAS, J. S.; BEZERRA, A. L. Q. O retrato dos eventos adversos em uma clínica médica: análise de uma década. **Cogitare Enfermagem**, v.21 n. esp., p.01-10, 2016. Disponível

em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45661/pdf>>. Acesso em: 10 set. 2016.

DA CORREGGIO, T. C.; AMANTE, L. N.; BARBOSA, S. F. F. Avaliação da cultura de segurança do paciente em Centro Cirúrgico. *Revista SOBECC*, São Paulo: v.19, n.2, p. 67-73. 2014; Disponível em:

<http://www.sobecc.org.br/arquivos/artigos/2015/pdfs/site_sobecc_v19n2/02_sobecc_v19n2.pdf>. Acesso em: 10 set. 2016.

DA CORREGGIO, Tâmi Cânova. **Recomendações para utilização da lista de verificação de segurança cirúrgica da Organização Mundial da Saúde em um hospital universitário.** Florianópolis-SC, 2012. (dissertação)

DIÓGENES, M.A.R.; PAGLIUCA L.M.F. Teoria do autocuidado: análise crítica da utilidade na prática da enfermeira. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, RS: v.24, n.3, p.286-93. 2003. Disponível em: <www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/download/4458/2399>. Acesso em: 16 ago. 2016.

DORNFELD, D.; PEDRO, E. N. R.A comunicação como fator de segurança e proteção ao parto. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [Internet], v.13, n.2, p.190-8, 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/10925/9620>>. Acesso em: 20 set. 2016.

DURO, C. L. M.; LIMA, M. A. D. S.; LEVANDOVSKI, P. F.; BOHN, M. L. S.; ABREU, K. P. **Revista Rene**, v.15, n.3, p.447-54. 2014. Disponível em: <repositorio.ufc.br/handle/riufc/11536>. Acesso em: 30 jul. 2015.

FERRAZ, C. A.; BARROS, C. S.; VIEIRA, L. B. Utilização de instrumentos para avaliar ações educativas em saúde bucal: um relato de experiência universitária. **Revista Baiana**, v.33, n.2, 204-213, 2009. Disponível em: <<http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/view/206>>. Acesso em: 16 ago. 2016.

FERRAZ, F.; SILVA, L. W. S.; SILVA, L. A. A.; REIBNITZ, K.S.; BACKES, V. M. S. Cuidar-educando em enfermagem: passaporte para o aprender/educar/cuidar em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v.58, n.5, p.607-10, set-out, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n5/a20v58n5.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2016.

FREIBERGER, M. F.; SILVA, D. G.; PINHEIRO, E. C.; DUARTE, R. M.; SANTIAGO, P. O. Prevenção de infecção cruzada entre acompanhantes e Pacientes em ambiente hospitalar. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**. v.2, (Supl-I), p.74-76, 2011. (Resumo Expandido). Disponível em: <<http://www.faema.edu.br/revistas/index.php/Revista-FAEMA/article/view/66>>. Acesso em: 16 ago. 2016.

FREIRE, P. **Educação como prática da Liberdade**. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1967.

_____. **Educação e mudança**. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1979.

GAZINELLI, F.M.; DENER, C.R.; MARQUES, R.C. **Educação em Saúde: Teoria, Métodos e Criatividade**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006.

GIAROLA, L. B. et al. Infecção hospitalar na perspectiva dos profissionais de enfermagem: um estudo bibliográfico. **Cogitare Enfermagem**, v.17, n.1, p. 151-7, Maringá, 2012. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/26390/17583>>. Acesso em: 16 ago. 2016.

GONÇALVES, M. R. A importância das informações em estabelecimentos de saúde. Porto Alegre: IFRS, HGC, 2014. Relatório (Curso Técnico em Registros e Informações em Saúde) – IFRS/ HGC/Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde.

HARADA, M. J. C. S.; RÊGO, R. C. **Complicações locais da terapia intravenosa**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, p. 419-443, 2011.

HOFFMEISTER, L. V.; MOURA, G. M. S.S.; Uso de pulseiras de identificação em pacientes internados em um hospital universitário. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, v.23, n.1, p.36-43, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n1/pt_0104-1169-rlae-23-01-00036.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2016.

LACCHINI, A. J.B. et al. Importância das orientações do enfermeiro para pacientes no período pré – operatório. **Revista Contexto & Saúde**, v.10, n.20, p. 1021- 1024, Ijuí, 2011. Disponível em: <<https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/viewFile/1723/1427>>. Acesso em: 16 ago. 2016.

LEITE, R. A. F.; BRITO, E. S.; SILVA, L. M. C.; PALHA, P. F.; VENTURA, C. A. A. Acesso à informação em saúde e cuidado integral: percepção de usuários de um serviço público. **Interface comunicação – saúde – educação**, v.18, n.51, p.661-71, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v18n51/1807-5762-icse-1807-576220140653.pdf>>. Acesso em: 26 ago. 2015

LUNARD, V.L. Bioética aplicada à assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.51, n.4, p. 655-64, 1998.

MAGALHÃES, A. 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. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.21, (Spec), 09 telas, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_19.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2015.

MAGEROTE, N. P.; LIMA, M. H. M.; SILVA, J. B.; CORREIA, M. D. L.; SECOLI, S. R. Associação entre flebite e retirada de cateteres intravenosos periféricos. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.20, n.3, p.286-92, 2011. Disponível em: <http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/3956/art_SECOLI_Associacao_entre_flebit_e_e_retirada_de_cateteres_2011.pdf?sequence=1> . Acesso em: 30 jul. 2015.

MARQUES, C. R.; SILVA, P. J. M.; MAIA, M. O. F. Comunicação entre profissional de saúde e familiares de pacientes em terapia intensiva. **Revista de Enfermagem UERJ**, v. 17, p. 5- 91, 2009.

MARTÍNEZ QUES, A. A.; HUESO MONTORO, C.; GÁLVEZ GONZÁLEZ G. Fortalezas e ameaças em torno da segurança do paciente segundo a opinião dos profissionais de enfermagem. **Revista. Latino-Americana de Enfermagem**, v.18, n.3, 08 telas. [Internet] 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_07.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2016.

MARTINO, L. C. **De qual comunicação estamos falando?** In: Hohlfeldt, A.; Martino, L. C.; França, V. V. organizadores. Teorias da comunicação: conceitos, escolas e tendências. 11ª ed. Porto Alegre, Vozes, p.11-25, 2011.

MENDONÇA, K. M.; NEVES, H.C.C.; BARBOSA, D. F.S.; SOUZA, A. C. S.; TIPPLE, A. F. V.; PRADO, M. A. Atuação da enfermagem na prevenção e controle de infecção de corrente sanguínea relacionada a cateter. Revista de enfermagem. UERJ, Rio de Janeiro, v.19, n.2, p.330-3, 2011.

MINAYO, M. C. S. & SANCHES, O. **Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade?** Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 9 (3): 239-262, jul/set, 1993.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 6 ed. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1999.

MORAIS, R. C. M.; SOUZA, T. V.; OLIVEIRA, I. C. S. (in)satisfação dos acompanhantes acerca da sua condição de permanência na enfermagem pediátrica. **Escola Anna Nery**, v.19, n3, p.401-408, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n3/1414-8145-ean-19-03-0401.pdf>>. Acesso em: 14 jul. 2016.

NASCIMENTO, C. C. P.; TOFFOLETTO, M. C.; GONÇALVES, L. A.; FREITAS, W. G.; PADILHA, K. G. Indicadores de resultados da assistência: análise dos eventos adversos durante a interação hospitalar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.16, n.4, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n4/pt_15.pdf>. Acesso em: 10 set. 2016.

NEVES, L.A.C. A identificação do paciente como indicador de qualidade. Proqualis, 2011. Disponível em: <<http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/17-736-1-PB.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2016.

NONINO, E. A. P. M. et al. Avaliação da qualidade do procedimento curativo em pacientes internados em um hospital universitário. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.16, n. 1, São Paulo, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n1/pt_09.pdf>. Acesso em: 10 set. 2016.

OLIVEIRA, R. M.; LEITÃO, I. M. T. A.; SILVA, L. M. S.; FIGUEIREDO, S. V.; SAMPAIO, R. L.; GONDIM, M. M. Estratégias para promover a segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Escola Anna Nery**, v.18, n.1, p.122-129, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n1/1414-8145-ean-18-01-0122.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2016.

OTANI, M. A. P. **Comunicação entre profissional de saúde e paciente: percepções de mulheres Com câncer de mama.** Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP, Campinas – SP, 2013. (Teses de doutorado) Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?view=000904000>>. Acesso em: 25 jun. 2016.

PAES, R. M.; MAFTUM, A. M. Comunicação entre equipe de enfermagem e pacientes com transtorno mental em um serviço de emergência. **Ciência Cuidado e Saúde**, v. 12, p.55-62, 2013. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/15830>>. Acesso em: 25 jun. 2016.

PAVÃO, B. L. A. Existe ligação entre segurança do paciente e as áreas de informação e Comunicação. **Revista Eletrônica de Comunicação Informação Inovação Saúde**, v.9, 2015. Disponível em: <<http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1057>>. Acesso em: 25 jun. 2016.

PEREIRA, M. S.; SOUZA, A. C. S.; TIPPLE, A. F. V.; PRADO, M. A. Infecção hospitalar e suas implicações para o cuidar de Enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, v.14, n.2, p. 250-7, 2005.

PEREIRA RCC; ZANETTI ML & RIBEIRO KP. Tempo de permanência do dispositivo venoso periférico, in situ, relacionado ao cuidado de enfermagem, em pacientes hospitalizados. **Medicina, Ribeirão Preto**, 34: 79-84, 2001. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/viewFile/1195/1214>>. Acesso em: 25 jun. 2016.

PINTO, S. A. **Fatores que influenciam a participação dos pacientes na adesão à higienização das mãos entre profissionais de saúde**. Belo Horizonte –MG, Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, 2016. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/ANDO-AAKK33/selma_de_almeida_pinto.pdf?sequence=1>. Acesso em: 25 jun. 2016.

REBRAENSP, Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. **Estratégias para segurança do paciente: manual para profissionais de saúde** – Porto Alegre. EDIPUCRS, 2013.

REGIS, L. F. L. V.; PORTO, I. S. Necessidades humanas básicas dos profissionais de enfermagem: situações de (in)satisfação no trabalho, **Revista Escola de Enfermagem, USP**, v.45, n.2, p.334-41, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a04.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2016.

ROQUE, K. E.; MELO, E. C. P. Tempo de internação e a ocorrência de eventos adversos a medicamentos: uma questão da Enfermagem. **Escola Anna Nery** (impr.); v.15, n.3, p.595-601, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000300022>. Acesso em: 16 ago. 2016.

ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. **Epidemiologia em Saúde**.ed.15, São Paulo: Medbook, 2012.

SANTOS, I.; ROCHA, R. P. F.; BERARDINELLI, L. M. M. Necessidades de orientação de enfermagem para o autocuidado de clientes em terapia de hemodiálise **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.64, n.2, p. 335-42, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a18v64n2.pd>>. Acesso em: 16 ago. 2016.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. ed.3, Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001.

SILVA, C. R. O. **Metodologia e organização do projeto de pesquisa: guia prático**. Fortaleza, CE: Editora da UFC, 2004.

SILVA, A. E. B. C. Segurança do paciente: Desafios para a prática e a investigação de Enfermagem. **Revista eletrônica de Enfermagem**, v.12, n.03, p.422, 2010-a. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n3/v12n3a01.htm>. Acesso em: 25 jun. 2016.

SILVA, C. M. C.; MENEGUIM, M. C.; PEREIRA, A. C.; MIALHE, F. L. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15,n.5, p.2539-2550, 2010-b. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a28.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2016.

SILVA, L. A.; TERRA, F. S.; MACEDO, F. R. M.; SANTOS, S. V. M.; MAIA, L. G.; BATISTA, M. H. J. Notificação de eventos adversos: caracterização de eventos ocorridos em uma instituição hospitalar. **Revista de Enfermagem UFPE on-line**. Recife v.8, n.9, p.3015-23, 2014. Disponível em: <www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/.../10355>. Acesso em: 25 jun. 2016.

SIQUEIRA, B. A.; FILIPINI, R.; POSSO, S. B. M.; FIORANO; M. M. A.; GONÇALVES, A. S. Relacionamento enfermeiro, paciente e família: fatores comportamentais associados a qualidade da assistência. **Arquivo Medicina ABC**, v. 31, p. 7-73, 2006. Disponível em: <<https://www.portalnepas.org.br/amabc/article/viewFile/243/239>>. Acesso em: 25 jun. 2016.

SOUZA, D. F. **Educação em saúde na Enfermagem: da palestra ao encontro dialógico**. Rio de Janeiro: UFRJ, EEAN, 2011. Tese (Doutorado em Enfermagem) - UFRJ/EEAN/ Programa de Pós-graduação em Enfermagem.

SOUZA, T.F. Percepção da enfermagem sobre os fatores de risco que envolvem a Segurança do paciente pediátrico. **Revista de Enfermagem UFSM**, v.4, n.1, p. 152-162, Santa Maria, 2014.

TASE, T. H.; LOURENÇÃO, D. C. A.; BIANCHINI, S. M.; TRONCHIN, D. M. R. Identificação do paciente nas organizações de saúde: uma reflexão emergente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**.v.34, n.2, p.196-200, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n3/a25v34n3.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2016.

TOMAZONI, A. et al. Identificação da criança na pediatria: percepções dos profissionais de enfermagem. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 29, n. 1, p. 5-11, Salvador, 2015. Disponível em: <earch.proquest.com/openview/398a5967f76d8a684cc3ea11a7e9ff85/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2040112>. Acesso em: 16 set. 2016.

TUGULINI, S. R.; MELO, C. A. R. M. A comunicação entre enfermeiro, família e paciente crítico. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, 2002. Disponível em: <<http://www.proceedings.scielo.br/pdf/sibracen/n8v2/v2a113.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2016.

TURRINI, R. N. T. Percepção das Enfermeiras sobre fatores de risco para a infecção hospitalar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.34, n. 2, p. 174-84, São Paulo, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v34n2/v34n2a07.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2016.

VERSA, G. L. G. S.; INOUE, K.G.; NICOLA, A. L.; MATSUDA, L. M. Influência do dimensionamento da equipe de enfermagem na qualidade do cuidado ao paciente crítico. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.20, n.4, p. 796-802, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n4/20.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2016.

VIANNA, C. O.; OPTIZ, S. P.; MIASSO, A. I.; LINHARES, J. C.; CASSIANI, S. H. B. Segurança do paciente hospitalizado: avaliação do grau de conhecimento sobre a terapêutica medicamentosa. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.8, n.2, p.235-242, 2004. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/1277/127717713010.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2016.

VINCENT, C.G.N. Eventos adversos em hospitais britânicos: preliminar, análise, retrospectiva de registros. **Medical Jornal**, n.322, p. 517-519, Londres, 2001.

WEGNER, W.; PEDRO, E. N. R. A segurança do paciente nas circunstâncias de cuidado: prevenção de eventos adversos na hospitalização infantil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v.20, n.3, 8telas. [Internet] 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt_a02v20n3.pdf>. Acesso em: 16 set. 2016.

WACHTER, R.M. **Compreendendo a segurança do paciente**. Porto Alegre: Artmed, p. 117-119, 122-123, 187-191, 2010.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. ed.2, Porto Alegre: Bookman, 2001.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

O acesso a informação é um passo essencial para inclusão de pacientes e acompanhantes na assistência segura. Considerando ser incipiente a colaboração de pacientes e acompanhantes quanto aos riscos de eventos adversos preveníveis. Faz-se necessária a adoção de ações cujo objetivo é promover a educação sobre cultura de segurança aos pacientes e acompanhantes como barreira para redução de agravos à saúde. Assim convidamos o (a) Sr. (a) para participar da Pesquisa **Acesso a informação sobre assistência segura: educação dos pacientes e acompanhantes**, tendo como pesquisadora responsável a Profa. Msc. Maria Clara Costa Figueiredo. Sua colaboração é fundamental, pois contribuirá com a prevenção dos riscos e agravos aos pacientes internados, por meio de ações educativas através de informações, ilustração e comunicação sobre o cuidado seguro. Logo, contamos com sua cooperação voluntária, para participar da intervenção educativa quanto assistência segura durante sua hospitalização. Você tem liberdade de querer permanecer ou não, podendo desistir em qualquer fase da pesquisa, sendo assegurado o respeito ao motivo e sem prejuízos, não possuindo despesas ou remuneração. No entanto, os possíveis riscos poderão ser de constrangimentos, e que serão sanados com esclarecimento dos profissionais especialistas da pesquisa. Os benefícios serão o conhecimento das medidas que minimizam os eventos adversos preveníveis para o paciente, profissionais, bem como a comunidade hospitalar. Os resultados da pesquisa serão analisados e garantido o sigilo e assegurado a privacidade de cada participante. Para maiores informações, entrar em contato com a pesquisadora ou com o Comitê de Ética em Pesquisa em seres humanos.

Comitê de Ética em Pesquisa em seres humanos do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará (CEP/ICS) – Complexo de Sala de Aula/ ICS – Sala 13 – Campus Universitário, nº 01, Guamá; CEP: 66075-7735 – 110 – Belém – Pará. Tel./Fax. 3201-7735. E-mail: cepccs@ufpa.br.

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário João de Barros Barreto (CEP/HUJBB), 1º andar, Rua dos Mundurucus, 4487– Guamá. CEP: 66073-000. CNPJ 34.621.748/0004-76 – Belém – Pará. Tel./Fax. 3201-6754/3201-6652. Email: cephujbb@yahoo.com.br. Atendimento segunda à sexta, 09:00 as 15:00.

Maria Clara Costa Figueiredo - Pesquisador Responsável
 Contato: 3201- 6652
 Rua dos Mundurucus, 4487 – Guamá. CEP: 66073-000. CNPJ
 Consentimento Pós-Informado

Eu, _____, fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, concordo em participar do estudo, sabendo que não vou ganhar nada e que posso desistir quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com ambas as partes.

Data: __/__/____

Assinatura do participante

APÊNDICE B

INSTRUMENTO: Acesso a informação sobre assistência segura: educação dos pacientes e acompanhantes.

Protocolo: _____ Paciente () Acompanhante () Data: __/__/____.

INFORMAÇÕES DO PARTICIPANTE.

1) Sexo:

() Masculino

() Feminino

Faixa etária

() 18-19 anos

() 20-59 anos

() 60 anos ou mais

2) Escolaridade

() Analfabeto

() Ensino fundamental

() Ensino médio

() Ensino superior

3) Marque com X:

- COMO VOCÊ PODE COLABORAR COM O CUIDADO SEGURO?

(a) Confirmando seu nome ao receber um cuidado;

(b) Conversando com seu médico sobre o tratamento;

(c) Manuseando cateter e/ou sonda.

- COMO EVITAR RISCOS DURANTE A INTERNAÇÃO:

(a) Lavar as mãos;

(b) Sentar ou deitar no leito de outro paciente;

(c) Seguir as recomendações da equipe de saúde.

O quanto o tema Segurança do paciente contribuiu para o seu conhecimento de cuidado seguro?

(a) Ruim;

(b) Regular;

(c) Bom;

(d) Excelente.

Sugestões do participante:

ANEXOS

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA – ICS

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARÁ - ICS/



Continuação do Parecer: 1.436.092

Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	19:43:30	Costa	Aceito
Declaração do Patrocinador	DOF.pdf	14/10/2015 23:54:01	Jamyle Guedes da Costa	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DC.pdf	14/10/2015 23:49:05	Jamyle Guedes da Costa	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	14/10/2015 23:35:12	Jamyle Guedes da Costa	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELEM, 03 de Março de 2016

Assinado por:

Wallace Raimundo Araujo dos Santos
(Coordenador)

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.

Bairro: Campus Universitário do Guamá **CEP:** 66.075-110

UF: PA **Município:** BELEM

Telefone: (91)3201-7735

Fax: (91)3201-8028

E-mail: cepccs@ufpa.br

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA – HUIBB

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
JOÃO DE BARROS BARRETO -
UFPA



Continuação do Parecer: 1.568.081

Outros	TCDJ.pdf	14/11/2015 20:04:12	Jamyle Guedes da Costa	Aceito
Outros	EncaminhamentoCEP.pdf	14/11/2015 19:58:09	Jamyle Guedes da Costa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	14/11/2015 19:56:41	Jamyle Guedes da Costa	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TCOA.pdf	14/11/2015 19:46:42	Jamyle Guedes da Costa	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TCOJ.pdf	14/11/2015 19:46:12	Jamyle Guedes da Costa	Aceito
Declaração do Patrocinador	DOF.pdf	14/10/2015 23:54:01	Jamyle Guedes da Costa	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DC.pdf	14/10/2015 23:49:05	Jamyle Guedes da Costa	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	14/10/2015 23:35:12	Jamyle Guedes da Costa	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELEM, 31 de Maio de 2016

Assinado por:
João Soares Felício
(Coordenador)

Rafaela Regina Silva da Fonseca
Coordenador Adjunto do
CEP / HUIBB - UFPA

Endereço: RUA DOS MUNDURUCUS 4487

Bairro: GUAMA

UF: PA

Município: BELEM

CEP: 66.073-000

Telefone: (91)3201-6754

Fax: (91)3201-6663

E-mail: cephujbb@yahoo.com.br