



Español

Universidade Federal Fluminense

ESCUELA DE ENFERMERÍA
AURORA DE AFONSO COSTA



Artículos Originales



Seguridad del paciente: investigación fenomenológica de un grupo de investigación

Pétala Tuani Candido de Oliveira Salvador¹, Kisna Yasmin Andrade Alves¹, Cláudia Cristiane Filgueira Martins Rodrigues¹, Yole Matias Silveira de Assis¹, Lílian de Andrade Virgílio¹, Viviane Euzébia Pereira Santos¹

¹ Universidad Federal de Rio Grande del Norte

RESUMEN

Objetivo: desvelar el típico ideal de miembros de un grupo de investigación en el área de enfermería acerca de la seguridad del paciente. **Método:** estudio descriptivo, de enfoque cualitativo, que sigue como referencial teórico al enfoque comprensivo de la Fenomenología Social. La colecta de datos sucedió en marzo de 2015, por medio de la técnica del grupo focal. Participaron nueve miembros de un grupo de investigación de una Universidad Pública del Nordeste de Brasil. Los datos fueron analizados a partir del enfoque comprensivo de Schutz. **Resultado:** la tipificación de los miembros del grupo de investigación es discutida a partir de los motivos-para consolidar la seguridad del paciente; motivos-porque la investigación del paciente aún no es consolidada; y acciones en el mundo vida cotidiano en busca de la seguridad. **Conclusión:** los miembros del grupo de investigación apuntan acciones típicas para consolidar la seguridad del paciente, resultante de un trabajo en equipo multiprofesional y de la participación efectiva del paciente.

Descriptor: Seguridad del Paciente; Enfermería; Investigación en Enfermería.

INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente, comprendida como eje basilar de la calidad de los servicios de salud, ha sido discutida mientras un tema transversal que debe ser comprendido a partir de una visión sistémica que integre la formación de los profesionales de la salud, la asistencia en todos los niveles y la investigación⁽¹⁻³⁾.

Se busca, así, que la seguridad del paciente se coloque en el panorama sanitario mundial mientras la prioridad política de la salud, comprendiendo que la garantía de un cuidado seguro está relacionada a un contexto de múltiples facetas que ultrapasa factores estructurantes aislados referente a la problemática del error humano⁽⁴⁻⁵⁾.

De ese modo, se reconoce mundialmente que el primer paso para fomentar la seguridad en los servicios de salud está en la mejora de la cultura de seguridad, constatación ya denotado en 2003 por el *National Quality Forum* (NQF), en los Estados Unidos⁽⁶⁾. Lo que se evidencia, por lo tanto, es que la calidad de los servicios de salud debe ser resultado de una práctica imbricada de los profesionales de salud en lo que concierne al cuidado seguro.

En otras palabras, se necesita fomentar una cultura de seguridad que se guie en la comprensión del carácter multifactorial subyacente a las fallas, a la luz de la teoría del error humano, propuesta por James Reason, bien como en la comprensión sistémica de la calidad de los servicios de salud, basada en los elementos de la tríada estructura-proceso-resultado, propuesta por Donabedian⁽²⁾, efectuando, por lo tanto, acciones que superan la cultura punitiva frente a los eventos adversos, lo que promueve, en contrapartida, prácticas de salud efectivas y seguras.

Así, con el fin de fomentar la cultura de seguridad, es vital destacar el aspecto formativo de los profesionales. La literatura demuestra que, al ser presentadora la seguridad del paciente aún

en la universidad, los futuros profesionales de salud reconocen la relevancia del contenido para su formación, se muestran animados y, como consecuencia, se identifica grande impacto en la asistencia ofrecida al paciente⁽⁷⁾.

En ese sentido, la formación de los profesionales de salud es considerada factor clave para contribuir con la promoción de la seguridad del paciente. Por eso, las instituciones formadoras deben, por lo tanto, contar con un enfoque pedagógico que incorpore transversalmente la temática de calidad y seguridad, de modo que los profesionales en formación conozcan su contribución y su responsabilidad en lo que preocupa a la prevención de eventos adversos^(1,3).

La formación de los profesionales de enfermería es destacada en ese proceso porque se comprende que el equipo de enfermería ocupa espacio representativo en el ámbito del cuidado seguro, en resultado de su estancia diurna con los pacientes y de las características de sus acciones, lo que genera una potencialidad tanto para el riesgo del error como para promover la seguridad de los pacientes⁽³⁾.

Así, la participación del equipo de enfermería en todos los procesos de atención, así como su participación con todo el equipo de salud, requiere una formación que garante competencias para desarrollar acciones a favor de la calidad y de la seguridad del paciente⁽³⁾.

La discusión acerca de la seguridad del paciente debe ser, consecuentemente, insertada en todos los niveles de enseñanza – desde los cursos profesionalizantes hasta los de post-graduación – para contribuir para la formación de profesionales de salud comprometidos con la efectucción de prácticas de salud seguras y que sean, además de eso, diseminadores de una cultura de calidad.

En ese sentido, con el fin que es necesario desvelar experiencias humanas subjetivas para que se comprenda mejor un fenómeno, buscando la sistematización del típico ideal de los individuos

investigados⁽⁸⁾, y delante de la importancia de comprenderse como de la temática seguridad del paciente ha sido discutida en el ámbito de los grupos de investigación vinculados a programas de post-graduación en enfermería, se presenta como cuestión de investigación: ¿cuál es el típico ideal de miembros de un grupo de investigación del área de enfermería acerca de la seguridad del paciente?

Nuestro objetivo es, por lo tanto, desvelar el típico ideal de miembros de un grupo de investigación del área de enfermería acerca de la seguridad del paciente.

MÉTODO

Se trata del estudio descriptivo, de enfoque cualitativo, según referencial teórico del enfoque comprensivo de la Fenomenología Social de Alfred Schutz⁽⁸⁾. Se siguieron los preceptos éticos establecidos por la Resolución nº 466/2012, del Consejo Nacional de Salud, siendo el estudio apreciado y aprobado por el Comité de Ética e Investigación de la Universidad Federal de Rio Grande del Norte, por medio del Parecer Consustanciado nº 972.905, de 27/02/2015, CAAE nº 41871915.7.0000.5537. Se obtuvo, así, anuencia de los participantes, cuyos carácter voluntario y anonimato fueron preservados.

La colecta de datos sucedió en marzo de 2015, utilizando la técnica del grupo focal. El equipo de investigación fue compuesto por un mediador, un relator y un colaborador. Participaron mientras los individuos de investigación miembros del grupo de Pesquisa en Laboratorio de Investigación del Cuidado, Seguridad, Tecnologías en Salud y Enfermería (LABTEC), vinculado al Programa de Post-Graduación en Enfermería de la Universidad Federal de Rio Grande del Norte (UFRN).

Como criterios de inclusión, fueron establecidos: ser miembro del grupo de investigación LABTEC. Además de eso, siguió la recomendación literaria de que los grupos focales deberían tener,

para garantizar su eficacia, la participación de 6 a 15 personas⁽⁹⁻¹⁰⁾. Son parte del encuentro nueve miembros del grupo de investigación, los cuales fueron identificados por la letra P – participante, seguida de un número en orden secuencial (P1, P2, P3, así sucesivamente hasta P9).

Partiendo del principio de que el uso de técnicas proyectivas colabora para una investigación de contenidos inconscientes, proporciona al diálogo y crea un ambiente favorable a la investigación de aspectos subjetivos no revelados en la verbalización⁽¹¹⁾, fue utilizada la Pedagogía Experiencial Humanescente (PVH) para facilitar la expresión de las subjetividades de los participantes.

La PVH es comprendida como un enfoque pedagógico que estimula la expresión subjetiva de los individuos, utilizando la creatividad como método de trabajo por medio de la tríada “montar-escribir-hablar” para estimular la expresión de las percepciones de los participantes a partir de las siguientes actividades de orientación: 1) montar un escenario utilizando los materiales disponibilizados (miniaturas y masas de modelar); 2) escribir la descripción del escenario construido, en un instrumento de pesquisa que contribuye para el análisis de los discursos de los individuos pesquisados; e 3) hablar acerca de sus representaciones, compartiendo ideas y opiniones. ¿Fue utilizada la técnica del sandplay, cuya pregunta clave fue “¿Qué es seguridad del paciente para usted?”.

Los discursos fueron transcritos y, para el desvelamiento del fenómeno, el análisis de los datos se configuró a partir de la propuesta de principios orientadores de una metodología de investigación con base en la propia obra de Schutz, realizada por Zeferino⁽¹²⁾.

RESULTADOS

El *típico ideal* constituye el concepto-clave que guía el estudio. Se trata de la forma como los

hombres interpretan sus actitudes y las actitudes de los otros de acuerdo con sus historias y sus relevancias, auxiliando los individuos a situarse dentro del mundo social y a mantener varias relaciones con sus semejantes y objetos culturales⁽⁸⁾.

Para trazar el ideal típico, es necesario que se desvele la *situación biográfica* de los individuos investigados. Ella es presa de la sedimentación de todas las experiencias anteriores del individuo, organizadas de acuerdo con su "reserva de conocimientos a la mano", determinando el modo como cada actor piensa y actúa en el espacio social^(8,12), lo que influencia y es influenciado por las motivaciones de los individuos, englobando sus motivos-para sus motivos-porque y, finalmente, denotando sus *acciones típicas*.

Los *motivos-para* son esencialmente subjetivos, constituyen las metas que se buscan alcanzar y, por lo tanto, tiene una estructura temporal direccionada para el futuro, formando una categoría subjetiva de la acción. Ya los *razones-porque* son pautados en la objetividad, evidenciados en los acontecimientos ya concluidos, teniendo, así, una dirección temporal direccionada para el pasado, pudiendo ser comprendidos en retrospectivo, o sea, so inconscientes durante la acción⁽⁸⁾.

Así, la tipificación de los miembros del grupo de investigación acerca de la seguridad del paciente es discutida a partir de los siguientes pilares temáticos: 1) motivos-para consolidar la seguridad del paciente; 2) motivos-porque la seguridad del paciente aún no es consolidada; y 3) acción en el mundo vida cotidiano: en busca de la seguridad del paciente.

DISCUSIÓN

Motivos-para consolidar la seguridad del paciente

Teniendo por base que los motivos-para se refieren al estado de cosas a ser establecido, al

proyecto a realizar y a la voluntad de hacerlo⁽⁸⁾, los miembros del grupo de investigación reflejada sobre los motivos por los cuales se busca la consolidación de la seguridad del paciente, los cuales se sintetizan en la posibilidad de efectiva un cuidado seguro, libre de daños, conforme evidenciado en los discursos de P5, P3 e P4.

[...] y para llegar en una asistencia que nos idealizamos, que nos queremos, que nos pensamos, que es ofrecer una asistencia, un cuidado de forma segura al paciente, sin causar daños, que él salía con el mínimo de daños posibles o ninguno. (P5)

[...] la seguridad del paciente un conjunto de técnicas y acciones con la finalidad de promover una asistencia de enfermería segura y eficaz al paciente. (P3)

[...] seguridad del paciente que sería la disminución al máximo posible, no es, aceptable los riesgos. (P4)

Se sabe que la problemática del error humano y la seguridad del paciente en el sistema de salud ha sido temas de varios estudios. Históricamente, se destaca la publicación del *Institute of Medicine* (IOM), de los Estados Unidos de América, evidenciando que el número de muertes decurientes de errores durante la asistencia a la salud es mayor que las relacionadas a los accidentes de automóvil, al cáncer de mama y a la Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida combinadas. En el país en cuestión, cerca de 98.000 personas mueren por año en resultado de fallas en la asistencia a la salud⁽¹³⁾.

Así, la publicación del IOM - *To Err is Human: Building a better health system* – y la creación de la Alianza Mundial para Seguridad del Paciente por la Organización Mundial de la Salud contribuyeron para que la temática seguridad del paciente fuese

dirigido y considerada un desafío en el sistema de salud norteamericano, influenciando otros países y elevando considerablemente la importancia de la presentación de los conceptos y de los principios de la temática en cursos de formación de profesionales del área de la salud.

Reconociendo que la seguridad del paciente es un objetivo antiguo, P5 reflejado sobre las contribuciones de *Florence Nightingale* en la búsqueda de un cuidado seguro, ya en los principios de la enfermería.

[...] no es una cosa actual [...] es una cosa bien antigua, desde los tiempos de Florence ya se hablaba sobre seguridad del paciente... ella fue quien introdujo eso. (P5)

A partir de la década de 2000, la seguridad del paciente entra para la agenda de investigadores de todo el mundo y pasa a ser internacionalmente reconocida como una dimensión fundamental de la calidad en salud. Los EUA y varios otros países con configuraciones de sistemas de salud distintos, entre los cuales se destacan Inglaterra, Irlanda, Australia, Canadá, España, Francia, Nueva Zelanda y Suecia, protagonizan iniciativas como la creación de institutos, de asociaciones y de organizaciones direccionadas a la cuestión de la seguridad del paciente⁽²⁾.

El objetivo de las acciones de seguridad del paciente coincide, así, con la concepción de los miembros del grupo de investigación: se busca la calidad en salud, definida como el grado en que los servicios ofrecidos al paciente disminuyen la probabilidad de resultados desfavorables y aumentan la probabilidad de resultados favorables, siendo los resultados desfavorables comprendidos como los eventos adversos⁽²⁾.

En el continente europeo, estudios realizados sobre la atención en el hospital revelaron que cerca de un en cada diez pacientes internados es

víctima de eventos adversos en resultado de los cuidados de salud recibidos y que más de 50% de esos eventos son clasificados como evitables⁽¹⁴⁾.

En Brasil, la evaluación de la incidencia de eventos adversos fue estimada en 7,6%. Los autores observaron que, de ese total, 67% fueron clasificados como evitables, y los eventos más frecuentes estaban relacionados a la cirugía, seguidos por aquellos asociados a procedimientos clínicos⁽¹⁵⁾.

Además de los daños y de los perjuicios causados a los pacientes y a sus familias, los eventos adversos constituyen un encargo financiero considerable para los sistemas de salud. En 1999, se estimaba el total de costos anuales con eventos adversos evitables en EUA entre U\$ 17 millones y U\$ 29 millones de dólares⁽²⁾.

Las acciones de seguridad del paciente buscan, por lo tanto, modificar ese escenario, promoviendo un cuidado seguro y libre de daños. Todavía, los profesionales de salud aún experimentan organizacionales en su ambiente de trabajo, los cuales fueron dilucidados por los miembros del grupo de investigación mientras razones-porque las acciones de seguridad del paciente aún no son consolidadas.

Motivos-porque la seguridad del paciente aún no es consolidada

Los motivos-porque son evidenciados en los acontecimientos ya concluidos, teniendo así una dirección temporal dirigida para el pasado, pudiendo ser comprendidos en retrospectivo, o sea, son inconscientes durante la acción⁽⁸⁾. En ese sentido, los miembros del grupo de investigación reflejan y llegaron a la conclusión de que las condiciones laborales precarias de los profesionales de salud, la sobrecarga de trabajo, el multiempleo y las prácticas de salud pautadas en acciones inseguras constituyen motivos-porque la seguridad del paciente aún no es consolidada. Los discursos de P4 y P9 revelan tales aspectos.

Salvador PTCA, Alves KYA, Rodrigues CCFM, Assis YMS, Virgílio LA, Santos VEP. Patient safety: a phenomenological investigation of a research group. Online braz j nurs [internet] 2017 Mar [cited year month day]; 16 (1):37-47. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5521>

[...] El profesional él tiene un tiempo diminuto, muchas veces relacionado a la carga de trabajo porque él ya tiene dos empleos, como ya fue citado aquí, a hasta mismo la acumulación de actividades que él tiene, y eso realmente perjudica el andamio de su asistencia, no es... él hace la asistencia muchas veces "atropellada", sin tomar cuidado con lo que él puede hacer. (P4)

En relación al reloj, también tratándose del tiempo, no solamente la administración del tiempo de los cuidados que ellos van promover para el paciente, pero también el tiempo que ellos van a administrar para nuestra vida, para que nosotros no venga a quedar sobrecargado demás, desgastado y, consecuentemente, no promover una seguridad para el paciente. (P9)

Problemas como la limitación o la escasez de recursos, la sobrecarga de trabajo por insuficiencia de profesionales y la carencia de calificación en la formación son apuntados por la literatura como factores que influyen negativamente en la seguridad del paciente.

En el ámbito de la enfermería, esa problemática se hace aún más evidente por el hecho de los profesionales desarrollar actividades de cuidado directo al paciente de modo frecuente o ininterrumpido y, debido a la remuneración insatisfactoria que los lleva al múltiple empleo, se potencializan el cansancio y el estrés, lo que pueden inducir a los errores durante la asistencia⁽⁴⁾.

Estudios muestran, así, que las condiciones de trabajo del profesional de enfermería, caracterizadas, por veces, por la sobrecarga de trabajo y por la jornada en régimen de plantones son factores de riesgo para la seguridad del paciente⁽¹⁶⁾.

Estudio brasileño que objetivó analizar la carga de trabajo del equipo de enfermería y su potencial relación con la seguridad del paciente en unidades de internación de las áreas clínica y quirúrgica de un hospital universitario demostró que, para cada unidad que se aumenta en la razón paciente/enfermero, se aumenta en 0,189 la incidencia de caídas de la cama, 0,157 las infecciones asociadas con catéter venoso central, 0,171 la rotación y 0,268 el absentismo. Del mismo modo, para cada aumento de unidad en la razón paciente/auxiliar y técnico de enfermería, se observó una caída de 10,799 en la satisfacción del paciente en relación al equipo de enfermería⁽¹⁷⁾.

Una investigación realizada en Uruguay que buscó conocer los aspectos involucrados en las experiencias de enfermeras de haber sido responsables por un evento adverso reveló que la ausencia de descanso fue un factor común en los discursos de las entrevistadas, siendo que, en la mayoría de las veces, el evento adverso sucedió con profesionales sobrecargados⁽¹⁸⁾.

Los aspectos organizacionales de la asistencia en salud también fueron destacados por un estudio realizado en dos países africanos, el cual dilucidado como obstáculos para asegurar una asistencia segura en tres principales temas: contexto de material (incluyendo infraestructura física, equipos); personal y funcionarios (incluyendo cuestiones en torno de la cantidad y de la formación del personal); y contexto relacional (relaciones interprofesionales, incluyendo el trabajo en equipo)⁽¹⁹⁾.

Es de destacar, así, que la seguridad del paciente está insertada en un contexto ampliado, denotando como principales barreras para su concretización: la organización y la infraestructura de la asistencia sanitaria; la escasa protocolización y la ausencia de liderazgo; los recursos materiales escasos; la insuficiencia de proporción de profesional y la falta de trabajo en equipo; la presión asistencial y el tiempo; la falta de incentivos y de

motivación; además de la ausencia de indicadores confiables de seguridad⁽²⁰⁾.

Con referencia a las prácticas inseguras como acciones que necesitan ser modificadas, P1 refleja sobre la existencia de barreras de formación de los profesionales de salud.

[...] nosotros sabemos que aún tenemos que cambiar la mentalidad de muchos profesionales que están en el servicio.
(P1)

Una investigación futura que tuvo como objetivo identificar la comprensión de alumnos de graduación en enfermería y en medicina de una universidad pública del Municipio de São Paulo sobre error humano y seguridad del paciente trajo como resultado el hecho de 100 alumnos (91,6%) están de acuerdo que existe una grande diferencia entre lo que los profesionales saben, lo que es cierto y lo que es visto en el día a día de la asistencia a la salud⁽⁵⁾.

De forma semejante a la preocupación resaltada por P1, esa investigación revela que profesionales de salud capacitados producen mejores resultados en el cuidado al paciente, aumentando la satisfacción y la confianza de usuario con el sistema de prestación de asistencia, mas, sobretudo, reduciendo morbilidad y mortalidad. Esa aún no es una realidad vivida por los alumnos en el contexto brasileño, aspecto que puede desfavorecer la asimilación de los contenidos teóricos presentados por la inexistencia de correlación con la práctica⁽⁵⁾.

Se destaca, aún como razón-porque la seguridad del paciente aún no es consolidada, una preocupación resaltada por P4: las distracciones en el ambiente de trabajo.

[...] distracción dentro del ambiente de trabajo, que yo coloque la bebida, pero puede ser representado por un sonido, por conversas paralelas y otros tipos de

situaciones que pueden suceder que dificultaban... es muy común eso sucede... Entonces eso acaba realmente haciendo con que los profesionales pierdan su rumbo. (P4).

Una investigación realizada en la Colombia que buscó identificar las distracciones del profesional de enfermería durante el proceso de administración de medicamentos reveló que, dos 192 procesos observados, existieron, en media, 18 distracciones por procesos realizados. Las distracciones más frecuentes fueron: otros miembros del equipo multiprofesional y estudiantes (34,9%), conversas (32%), llamadas telefónicas y médico (10,5%)⁽²¹⁾.

Es evidente, de ese modo, que la prevención de acciones inseguras envuelve factores múltiples: desde un profesional de salud capacitado, en condiciones laborales adecuadas de trabajo, hasta aspectos estructurales e organizacionales, principalmente relacionados a la existencia de recursos humanos y de materiales apropiados. Frente a las barreras destacados, los miembros del grupo de investigación apuntaron acciones típicas que pueden contribuir para la efectucción de la seguridad del paciente.

Acciones en el mundo vida cotidiano: en busca de la seguridad del paciente

La vida cotidiana es el mundo en espacio en que los hombres se sitúan con sus problemas diarios en una relación de intersubjetividad con sus semejantes, no integrando solamente un mundo natural pero también un mundo social, histórico y cultural^(8,12). Se trata de un espacio donde hacerse eco de los orígenes de las experiencias de los individuos, y, en ese sentido, constituye, en el micro espacio de la investigación en tela, la posibilidad de visualizar las estrategias para efectivarse la seguridad del paciente. La figura 1 retrata las

acciones típicas evidenciadas por los individuos y sus discursos.

En ese sentido, es importante que la prevención de los eventos adversos en salud debe venir de una visión sistémica, superando la visión minimalista, individual y punitiva de la problemática. Tal visión sistémica se caracteriza por la promoción de la cultura de seguridad del paciente, definida como el producto de valores, de actitudes, de competencias y de normas de comportamiento individuales y grupos, los cuales determinan el compromiso, el estilo y la proficiencia de la administración de una organización saludable y segura⁽⁶⁾.

El uso de estrategias prioritarias y subyacente, por lo tanto, a los protocolos y a los programas definidos mundialmente como norteadores de las acciones de seguridad del paciente, destacándose la Alianza Global para Seguridad del Paciente, en ámbito global, y el Programa Nacional de Seguridad del Paciente, en el contexto brasileño, que define como acciones prioritarias: 1) identificación del paciente; 2) comunicación efectiva; 3) prescripción, uso y administración de medicamentos; 4) cirugía segura; 5) higienización de las manos; e 6) prevención de caídas y úlceras por presión⁽²²⁾.

El uso de protocolos y de acciones prioritarios es comprendido, así, como estrategia fundamental y, por eso, la planificación es etapa prioritaria. Por lo tanto, la identificación de incidentes es un desafío, pero se sabe que ella es fundamental para mejorar la seguridad del paciente, tanto que esfuerzos para superar el problema de la subregistro tiene resultado significativo en el desarrollo de sistemas informatizados como medio de mejorar tal realidad⁽²³⁾.

Además de eso, la aplicación de *checklist* y la implantación de protocolos, además de la Sistematización de la Asistencia de Enfermería, son resaltados como herramientas importantes y efectivas. Un estudio realizado en India que tuvo por evaluar el alcance la aplicación de un *checklist* de cirugía segura denoto que la implementación de una lista de verificación de la OMS modificada sobre segu-

ridad quirúrgica fue asociada a una disminución de la mortalidad y al número de complicaciones. La mortalidad fue significativamente menor en el grupo en que esta lista fue usada en comparación al grupo en que no fue (10 vs 5,7%; $p = 0,04$)⁽²⁴⁾.

Una investigación realizada en Taiwan sobre administración de medicamentos quimioterápicos también revelo que la falta de protocolos y el subyacente conocimiento deficiente de los profesionales fueron las principales causas de eventos adversos, siendo que la intervención con la implantación de protocolos trajo una disminución significativa de los errores de medicamentos⁽²⁵⁾.

Los recursos tecnológicos, así, son evidenciados mientras elementos promotores de la seguridad del paciente, siendo fundamental que haya la capacitación de los profesionales de salud para que los recursos sean utilizados de forma efectiva.

El aspecto educativo fue, por lo tanto, destacado como acción fundamental para consolidar la seguridad del paciente, lo que también es evidenciado por la literatura^(3-5,26). Un estudio realizado en la Nigeria que anhelado evaluar intervención educativa sobre higienización de las manos denoto un aumento en la realización de la práctica de lavado de las manos después de la acción educativa⁽²⁶⁾, comprobando que el aspecto formativo constituye acción basilar para la promoción de la seguridad del paciente no solamente en el ambiente académico, pero también en el ámbito de la educación permanente y en servicio.

Se destaca, por fin, la seguridad del paciente mientras resultante de un trabajo en equipo multiprofesional y de la participación del propio paciente. Un estudio sobre la participación activa de los pacientes internados en su terapéutica encuentro una relación positiva entre el involucramiento de pacientes internados en hospitales en la participación de sus cuidados, su juicio favorable sobre la calidad del cuidado recibido y la reducción de los riesgos de sufrir un evento adverso durante la hospitalización⁽²⁷⁾.

Figura 1 - Acciones típicas para efectivizar la seguridad del paciente. Natal, 2015.

Acción típica	Discursos
<p>Uso de estrategias prioritarias</p> <p>ESTRATEGIAS DESTACADAS: identificación del paciente, administración correcta de medicamentos, prevención de úlceras por presión, higienización de las manos y uso de EPI's, comunicación eficaz, prevención de caídas</p>	<p>[...] precisamos seguir pasos aún para que eso sea efectivo en nuestro medio, principalmente aquí en Brasil. (P5)</p> <p>[...] yo intente identificar [...] algunos pasos [...] que componen, no es, la seguridad del paciente. (P3)</p> <p>[...] representa los pasos para la seguridad del paciente: las medidas relacionadas a la administración de medicamentos, de higiene de las manos, involucrar los pacientes, la concientización [...]. (P4)</p>
<p>Uso correcto de tecnologías</p>	<p>[...] el uso correcto de tecnologías, porque na saca nada de usted tener una nueva... ¡la mejor y la más nueva tecnología se usted no sabe utilizar! (P3)</p> <p>[...] la gente tiene hoy en día, cada vez más avances en los recursos que van a facilitar la cuestión de la seguridad del paciente [...] yo pensé en la parte de la tecnología, de recursos tecnológicos que la gente puede estar implantando para facilitar la prestación de ese cuidado. (P6)</p>
<p>Capacitación del profesional de salud</p>	<p>[...] para usted prevenir, usted tiene que tener una base teórica científica, de la asistencia que usted va a ofrecer, entonces usted tiene que estar bien preparado para que usted aplique una asistencia de calidad y mejorar la seguridad del paciente. (P2)</p> <p>[...] representa en buen conocimiento que él tiene y en relación también a la dirección que él tiene que tener para ver los cuidados, siempre pensando en la forma como él va a actuar, cuál va a ser la primera acción. (P9)</p>
<p>Participación efectiva del paciente</p>	<p>[...] como también el desarrollo del paciente, familia y profesional, porque no basta el profesional él estar cuando allí si el paciente no participa, nosotros tenemos que dar responsabilidad del cuidado del paciente también para él mismo. (P6)</p> <p>[...] paciente con el profesional, que ellos deben caminar juntos, el profesional explica [...] la parte educativa de explicar al paciente y tal forma para él poder ofrecer los cuidados con él mismo, para la recuperación de él. (P7)</p>
<p>Uso de la Sistematización de la Asistencia de Enfermería</p>	<p>[...] las etapas del proceso de enfermería, ahí fueron los piecitos que yo coloque, es una forma que nosotros tenemos de promover un cuidado seguro, porque, a partir del momento que usted sistematiza su cuidado, que usted sistematiza su práctica, usted consigue realizar paso a paso, con cuidado, con la revisión de cada situación, conseguir juzgar las necesidades prioritarias de aquel paciente y, consecuentemente, realizar una intervención eficaz, no es... haciendo siempre la reevaluación. (P6)</p>
<p>Trabajo en equipo multiprofesional</p>	<p>[...] la cuestión del trabajo en equipo multiprofesional, donde tiene a reunión de diversos profesionales para que usted tenga ofrezca un cuidado seguro. (P6)</p> <p>[...] y también un equipo multiprofesional, que es muy importante, ellos deben también caminar juntos para una mejor asistencia. (P7)</p>

Fuente: datos de la investigación

De ese modo, promover un cuidado seguro significa incentivar la participación del paciente por medio de su empoderamiento, lo que se traduce en la necesidad de contribuir para que el paciente comprenda su papel en la promoción, en la vigilancia y en el restablecimiento de su salud, lo

que hace imperativa la promoción de un ambiente facilitador⁽²⁸⁾, de modo que el paciente sea la última barrera para la interceptación de un incidente, bien como un importante evaluador de la seguridad y de la calidad de la asistencia recibida.

CONCLUSIÓN

En este estudio, se dio a conocer la tipificación de los miembros del grupo de investigación acerca de la seguridad del paciente: ellos apuntan los motivos-para consolidar la seguridad del paciente mientras camino para efectivizar un cuidado seguro, pero reconocen que aún existen motivos-porque que explican la no efectución de tales acciones, que se traducen en un mundo vida aún permeado por condiciones laborales pérdidas; defienden la transformación de ese mundo vida por medio de acciones típicas que contribuyan para la efectución de un cuidado seguro, resultante de un trabajo en equipo multiprofesional y de la participación efectiva del paciente.

El énfasis está, entonces, que los resultados presentados representan una realidad específica, influenciada por el currículo de formación de los miembros del grupo de investigación, aspecto bastante para justificar la limitación del estudio. En esa perspectiva, se sugiere que las reflexiones sean reproducidas en otros espacios de formación de profesionales de enfermería.

Se espera contribuir para que la temática de la seguridad del paciente sea discutida en el ámbito de los espacios de formación de los profesionales de salud, de modo a elucidar, cada vez más, acciones típicas que puedan nortear la efectución de prácticas seguras en la asistencia en salud.

CITAS

1. Urbanetto JS, Gerhardt LM. Segurança do paciente na tríade assistência ensino pesquisa. *Rev Gaúcha Enferm.* 2013;34(3):8-9.
2. Reis CT, Martins M, Laguardia J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde – um olhar sobre a literatura. *Ciência Saúde Coletiva.* 2013;18(7):2029-36.
3. Monsivais MGM. Calidad y seguridad de la atención. *Ciencia y Enfermería.* 2013;19(1):7-9.
4. Inoue KC, Matsuda LM. Segurança do paciente: abordando um antigo problema. *Cienc Cuid Saude.* 2013;12(2):208-9.
5. Yoshikawa JM, Sousa BEC, Peterlini MAS, Kusahara DM, Pedreira MLG, Avelar AFM. Compreensão de alunos de cursos de graduação em enfermagem e medicina sobre segurança do paciente. *Acta Paul Enferm.* 2013;26(1):21-9.
6. Gama ZAS, Oliveira ACS, Hernández PJS. Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles. *Cad Saúde Pública.* 2013;29(2):283-93.
7. Bianchi M, Bressan V, Cadorin L, Pagnucci N, Tolotti A, Valcarenghi D, Watson R, Bagnasco A, Sasso L. Patient safety competencies in undergraduate nursing students: a rapid evidence assessment. *J Adv Nurs.* 2016;72(12):2966-79.
8. Schutz A. *Sobre fenomenologia e relações sociais.* Petrópolis: Vozes; 2012.
9. Backes DS, Colomé JS, Erdmann RH, Lunardi VL. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. *O mundo da saúde.* 2011;35(4):438-42.
10. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
11. Silva SA, Herzberg E, Matos LAL. Características da inserção da psicologia nas pesquisas clínico-qualitativas: uma revisão. *Bol Psicol.* 2015;65(142):97-111.
12. Zeferino MT, Carraro TE. Alfred Schütz: do referencial teórico-filosófico aos princípios metodológicos de pesquisa fenomenológica. *Texto Contexto Enferm.* 2013;22(3):826-34.
13. World Health Organization. *World Alliance for Patient Safety.* Geneva: WHO; 2011
14. Sousa P, Uva AS, Serranheira F, Nunes C, Leite ES. Estimating the incidence of adverse events in Portuguese hospitals: a contribution to improving quality and patient safety. *BMC Health Services Research.* 2014;14(311):1-6.
15. Mendes W, Martins M, Rozenfeld S, Travassos C. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. *Int J Qual Health Care.* 2009;21(4):279-284.
16. Van Bogaert P, Timmermans O, Weeks SM, van Heusden D, Wouters K, Franck E. Nursing unit teams matter: impact of unit-level nurse practice environment, nurse work characteristics, and burnout on nurse reported job outcomes, and quality of care,

- and patient adverse events—a cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud*. 2014;51(8):1123-34.
17. Magalhães AMM, Dall'Agnol CM, Marck PB. Carga de trabalho da equipe de enfermagem e segurança do paciente - estudo com método misto na abordagem ecológica restaurativa. *Rev Latino-Am Enferm*. 2013;21(Spec).
 18. Ferreira-Umpiérrez AH, Chiminelli-Tomás V. Aspectos significativos surgidos de la experiencia de haber sido responsable de un evento adverso en salud. *Aquichan*. 2014;14(3):294-302.
 19. Aveling EL, Kayonga Y, Nega A, Dixon-Woods M. Why is patient safety so hard in low-income countries? A qualitative study of healthcare workers' views in two African hospitals. *Global Health*. 2015;11(6):1-10.
 20. Serra JN, Barbieri AR, Cheade MFM. The situation of reference hospitals for the establishment and operation of patient safety centers. *Cogitare Enferm*. 2016;21(esp.):1-9.
 21. Ramos DY, Lesmes VIS. Identificar distracciones en el proceso de administración de medicamentos garantiza una práctica segura. *Avances en Enfermería*. 2014;32(1):44-52.
 22. Brasil. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
 23. Capucho HC, Arnas ER, Cassiani SHBD. Segurança do paciente: comparação entre notificações voluntárias manuscritas e informatizadas sobre incidentes em saúde. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013;34(1):164-72.
 24. Chaudhary N, Varma V, Kapoor S, Mehta N, Kumaran V, Nundy S. Implementation of a Surgical Safety Checklist and Postoperative Outcomes: a Prospective Randomized Controlled Study. *J Gastrointest Surg*. 2015;19:935-42.
 25. Huang YY, Liao MC, Chen YH, Deng CH. Promoting the accuracy of chemotherapy medication administration for nurses: an application of root cause analysis. *Hu Li Za Zhi*. 2009;56(3):57-65.
 26. Uneke CJ, Ndukwe CD, Oyibo PG, Nwakpu KO, Nnabu RC, Prasopa-Plaizier N. Promotion of hand hygiene strengthening initiative in a Nigerian teaching hospital: implication for improved patient safety in low-income health facilities. *Braz j infect dis*. 2014;18(1):21-7.
 27. Weingart SN, Zhu J, Chiappetta L, Stuver SO, Scheneider EC, Epstein AM, David-Kasdan JA, Annas CL, Fowler Jr FJ, Weissman JS. Hospitalized patient's participation and its impact on quality of care and patient safety. *Int J Qual Health Care*. 2011;23(3):269-77.
 28. Díaz CA, Braem V, Giuliani A, Restelli E. Patient safety – a current and ongoing problem. *Medwave*. 2014;14(3):1-4.

Todos los autores participaron de las fases de esa publicación en una o más etapas a continuación de acuerdo con las recomendaciones del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, 2013): (a) participación substancial en la concepción o confección del manuscrito o de la recolecta, análisis o interpretación de los datos; (b) elaboración del trabajo o realización de la revisión crítica del contenido intelectual; (c) aprobación de la versión sometida. Todos los autores declaran para los debidos fines que es de su responsabilidad el contenido relacionado con todos los aspectos del manuscrito sometido al OBJN. Garantizan que las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del artículo fueron debidamente investigadas y resueltas. Eximiendo por lo tanto el OBJN de cualquier participación solidaria en eventuales procesos judiciales sobre la materia en aprecio. Todos los autores declaran que no poseen conflicto de intereses, de orden financiera o de relacionamiento, que inflencie la redacción y/o interpretación de los resultados. Esa declaración fue firmada digitalmente por todos los autores conforme recomendación del ICMJE cuyo modelo está disponible en http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE_final_13-06-2013.pdf

Recibido: 05/04/2016
 Revisado: 31/01/2017
 Aprobado: 02/02/2017