

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E
SOCIEDADE**

PATRICIA DE GASPERI

**O CUIDAR DE SI COMO UMA DIMENSÃO DA CULTURA DE
SEGURANÇA DO PACIENTE**

**FLORIANÓPOLIS
2013**

PATRICIA DE GASPERI

**O CUIDAR DE SI COMO UMA DIMENSÃO DA CULTURA DE
SEGURANÇA DO PACIENTE**

Tese de Doutorado submetida à banca de Exame de Doutorado em Enfermagem, do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina.

Linha de Pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Vera Radünz

**FLORIANÓPOLIS
2013**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

DE GASPERI, Patrícia

O cuidar de si como uma dimensão da cultura de segurança do paciente. / Patrícia DE GASPERI ; orientadora, Vera Radünz - Florianópolis, SC, 2013.
253 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Enfermagem. 3. Cirurgia cardíaca. 4. Segurança do paciente. 5. Cultura de segurança do paciente. I. Radünz, Vera : II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

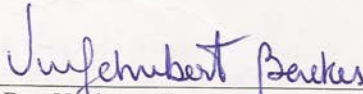
PATRÍCIA DE GASPERI

**O CUIDAR DE SI COMO UMA DIMENSÃO DA CULTURA DE
SEGURANÇA DO PACIENTE**

Esta TESE foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de:

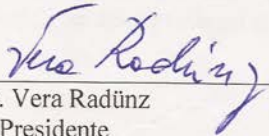
DOUTOR EM ENFERMAGEM

e aprovada em 28 de fevereiro de 2013, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade.**



Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Programa

Banca Examinadora:



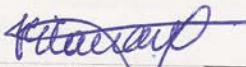
Dra. Vera Radtinz
Presidente



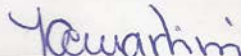
Dra. Viviane E.P. Santos
Membro



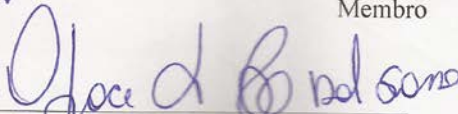
Dra. Francis Tourinho
Membro



Dra. Telma Elisa Carraro
Membro



Dra. Jussara Gue Martini
Membro



Dra. Grace T. Marcon dal Sasso
Membro

AGRADECIMENTOS

Tenho aqui a oportunidade de agradecer às pessoas mais especiais que fazem parte da minha vida e as pessoas e instituições que possibilitaram a realização desta pesquisa.

Meus Pais, Ademir e Matilde.

Sem vocês eu não estaria aqui finalizando mais um sonho. Vocês me ensinaram a não desistir, a lutar por meus objetivos e acreditar que sou capaz.

Cada um ao seu modo especial são exemplos que levarei comigo por toda minha vida.

Amo Vocês!!

Minha Irmã, Graziela (Dadi).

A tua companhia e companheirismo no primeiro ano de doutorado foi fundamental para que eu conseguisse ir em frente. Nossas conversas no final da tarde ajudavam a descontrair após as aulas de Filosofia.

Agradeço ainda as inúmeras vezes que leste e corrigiste meu trabalho. Não deve ter sido fácil, mas foi fundamental para o resultado final.

Te Adoro!

Meu Marido, Carlos Henrique

Fizeste parte desta caminhada desde o princípio. Comemoraste comigo a aprovação. Choraste comigo no momento da partida. Acompanhaste as angústias e medos no decorrer deste processo e certamente estás vibrando comigo neste momento em que finalizo mais uma etapa importante em minha vida.

Podes acreditar que as “discussões” sobre a pesquisa quantitativa, os instrumentos de coleta de dados e as análises não foram em vão. A forma tão diferente com a qual percebemos o mundo que nos cerca nos complementa e, de uma forma peculiar, ajudou no aprimoramento deste trabalho.

Te Amo Muitãããããããoooooo!

Minha Amiga, Luciana

Lú, te agradeço imensamente pela amizade, pelas muitas e diferentes situações em que me ajudaste e por me dar um cantinho aconchegante em uma segunda casa em Caxias do Sul.

Minhas Colegas da UCS e Amigas, Suzana, Taline e Tanara

O suporte nas atividades acadêmicas, as conversas, as risadas, as diversas garrafas de espumante, os pratos deliciosos e os almoços com a **Resli** foram fundamentais para que a construção desta tese fosse muito mais prazerosa. Muito Obrigada!

Minha Orientadora, Dr.^a Vera Radünz

Obrigada pelos conselhos e pelas conversas. Obrigada por entender a distância e minha ausência e ainda assim acreditar que esta tese é o primeiro passo de uma caminhada em busca de um cuidar de si e de um cuidado seguro.

Agradeço também, ao **Programa de Pós-graduação em Enfermagem** da Universidade Federal de Santa Catarina e seus docentes por proporcionar ensinamentos sólidos e construtivos e a **Universidade de Caxias do Sul** pela liberação para a realização do primeiro ano deste curso e pelo acolhimento em meu retorno.

Ao **hospital** no qual estes dados foram coletados e às pessoas que fizeram parte desta pesquisa meu Muito Obrigada por terem acreditado em mim, pela disponibilidade em participar e pela disposição na busca por uma cultura de segurança do paciente.

Finalizo agradecendo a **Deus** por ter permitido mais esta conquista e por ter colocado todas estas pessoas em minha vida.

Muito Obrigada! Cuidem-se!

DE GASPERI, Patrícia. **O cuidar de si como uma dimensão da cultura de segurança do paciente.** 2013. 253p. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

Orientadora: Dra. Vera Radünz

Linha de Pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer.

RESUMO

A ocorrência de fatores desencadeantes de eventos adversos no cuidado de enfermagem e a sua relação com a segurança do paciente que vivenciou cirurgia cardíaca parece ainda velada nos meios acadêmicos e assistenciais da enfermagem, pois ainda adotamos a cultura de que errar é inaceitável, e por isso, o erro acaba não sendo comunicado. Desenvolver uma cultura de segurança é fundamental para que tenhamos um cuidado seguro e por tanto livre de eventos adversos. O profissional da enfermagem, muitas vezes, se coloca acima da sua saúde e das suas necessidades. Cuida dos outros, mas muitas vezes esquece de si mesmo. Talvez seja necessário que alguém assuma a responsabilidade de sinalizar para estas pessoas que são seres humanos, que têm necessidades humanas básicas como qualquer outra pessoa, que precisam cuidar de si mesmos para poder cuidar de outras pessoas. Assim, este estudo tem como objetivo geral compreender o cuidar de si como uma dimensão da cultura de segurança do paciente. Este estudo configura-se em uma pesquisa de caráter qualitativo-quantitativo, do tipo exploratório-descritivo, caracterizando-se como um estudo Survey. Os dados foram coletados durante os meses de abril a agosto de 2012, através do SAQ (*Safety Attitudes Questionnaire*) e observações sistemáticas e não participantes da equipe de enfermagem atuante nos pós-operatórios imediato e mediato de cirurgia cardíaca, composta por 23 profissionais. Com o término deste estudo, pode-se compreender que, nas atuais circunstâncias em que vivemos e trabalhamos, não é viável buscarmos a Segurança do Paciente sem antes desenvolvermos uma adequada Cultura de Segurança do Paciente. Os dados apresentados neste estudo demonstram que a cultura de segurança na unidade pesquisada apresenta fragilidades importantes, que precisam ser sanadas para que se construa uma cultura de segurança do paciente adequada e para que isto aconteça é necessário que todos os envolvidos no processo

de cuidar de forma segura, ou seja, enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, gestores e demais membros da equipe multiprofissional em saúde, unam esforços em busca da concretização desta cultura. Acreditamos que a cultura de segurança do paciente não pode deixar de levar em consideração a necessidade de avaliar as atitudes que os profissionais da saúde têm com relação ao cuidar de si. Assim, refletindo sobre os dados originados deste estudo, evidenciamos que ao instrumento SAQ poderá ser acrescentada uma sétima dimensão nos critérios de avaliação, uma vez que este instrumento avalia a Cultura de Segurança do Paciente a partir das atitudes dos profissionais de saúde. Percebemos também que, para cuidarmos de forma segura, precisamos antes cuidar de nós mesmos. Finalizamos com a crença de que o cuidar de si é uma dimensão da Cultura de Segurança do Paciente.

Palavras-chave: Enfermagem. Cirurgia cardíaca. Segurança do paciente. Cultura de segurança do paciente. Cuidar de si.

DE GASPERI, Patricia. **Self-care as a dimension of patient safety culture.** 2013. 253p. Thesis (Doctorate in Nursing) Graduate Program in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

Advisor: Dr. Vera Radünz

Line of Research: Care and the process of living, being healthy and sick

ABSTRACT

The occurrence of adverse events trigger factors in nursing care and its relationship to patient safety that experienced cardiac surgery seems still veiled in academia and nursing assistance, because it is still adopted the culture that to err is unacceptable, and therefore the error ends up not being communicated. Develop a safety culture is essential so that we have a safe care and therefore free from adverse events. Nursing professionals often puts up their health and needs. Takes care of others, but often forgets himself. Maybe someone needs to assume the responsibility of signing to this people that they are human beings, who have basic human needs as anyone else, they need to take care of themselves in order to take care of other people. Thus, this study aims to understand the self-care as a dimension of culture for patient safety. This is a Survey study. Data were collected during the months from April to August 2012 through the SAQ (Safety Attitudes Questionnaire) and non-participants systematic observations of the nursing staff working on immediate and mediate postoperative cardiac surgery, composed of 23 professionals. With the completion of this study, it can be understood that, in the current circumstances in which we live and work, it is not feasible to seek the safety of the patient without first developing a proper Culture of Patient Safety. Data presented in this study demonstrate that the culture of safety in this unit presents important weaknesses that need to be remedied in order to build a culture of patient safety and for this to happen it is necessary that everyone involved in the process of safe care, i.e. nurses, doctors, physiotherapists, managers and other members of the multidisciplinary team in health, join their efforts in pursuit of building this culture. We believe that the culture of patient safety cannot fail to take into consideration the need to assess the attitudes that health professionals have regarding self-care. So, reflecting on the data from this study, we realized that the SAQ may add a seventh dimension in their evaluation criteria, since this instrument assesses the Culture of Patient Safety from

the attitudes of health professionals, and we realize that, to care safely we need first taking care of ourselves. We finish with the belief that self-care is a dimension of culture of patient safety.

Key words:Nursing. Cardiac surgery. Patient safety. Culture of patient safety. Self-care.

DE GASPERI, Patricia. **El Cuidar de Sí como una dimensión en la Cultura de la Seguridad del Paciente**. 2013. 253p. Tesis (Doctorado en Enfermería) - Programa de Posgrado en Enfermería de la Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

Orientador: Dra. Vera Radünz

Línea de Investigación: El cuidado y El proceso de vivir, ser saludable y adolecer.

RESUMEN

La existencia de factores desencadenantes de eventos adversos en el cuidado de la enfermería y su relación con la seguridad del paciente que pasó por una cirugía cardíaca parece aún vigilada en los medios académicos y asistenciales de la enfermería, pues todavía adoptamos la cultura de que errar es inaceptable, y por eso, el error acaba no siendo comunicado. Desarrollar una cultura de seguridad es fundamental para que tengamos un cuidado seguro y por lo tanto libre de eventos adversos. El profesional de enfermería, muchas veces, se coloca por encima de su salud y de sus necesidades. Cuida a los otros, pero muchas veces se olvida de sí mismo. Tal vez sea necesario que alguien asuma la responsabilidad de señalarles a estas personas que son seres humanos, que tienen necesidades humanas básicas como cualquier otra persona, que necesitan cuidarse de sí mismos para poder cuidar a otras personas. Así, este estudio tiene por objetivo general comprender o cuidar de sí como una dimensión de la cultura de seguridad del paciente. Este estudio se configura en una pesquisa de carácter cualitativo-cuantitativo, del tipo exploratorio-descriptivo, caracterizándose como un estudio Survey. Los datos fueron colectados durante los meses de abril-agosto 2012 a través de SAQ (*Safety Attitudes Questionnaire*) y observaciones sistemáticas y no participantes del equipo de enfermería actuante en pos-operatorio inmediato y mediato de cirugía cardíaca, compuesto de 23 profesionales. Con el término de este estudio, se entiende que, en las actuales circunstancias en que vivimos y trabajamos, no es viable que busquemos la Seguridad del Paciente sin antes desarrollar una adecuada Cultura de Seguridad del Paciente. Los datos presentados en este estudio demuestran que la cultura de seguridad en la unidad estudiada presenta fragilidades importantes, que necesitan ser sanadas para que se construya una cultura de seguridad del paciente adecuada, y para que esto suceda es necesario que todos los involucrados en el proceso de cuidar de forma segura, o sea, enfermeros, médicos, fisioterapeutas,

gestores y demás miembros del equipo profesional de la salud, unan esfuerzos en busca de la concretización de esta cultura. Creemos que la cultura de seguridad del paciente no puede dejar de llevar en consideración la necesidad de evaluar las actitudes que los profesionales de la salud tienen con relación al cuidado de sí. Así, reflexionando sobre los datos originados de este estudio, vemos que el instrumento SAQ podrá añadir una séptima dimensión en sus criterios de evaluación, una vez que este instrumento evalúa la Cultura de Seguridad del Paciente a partir das actitudes de los profesionales de la salud y, vemos que, para cuidar de forma segura necesitamos antes cuidar de nosotros mismos. Finalizamos con la creencia de que cuidar de sí es una dimensión de la Cultura de Seguridad del Paciente.

Palabras-claves:Enfermería. Cirugía cardíaca. Seguridad del paciente. Cultura de seguridad del paciente. Cuidar de sí.

LISTA DE SIGLAS

AENZS	<i>Adverse Events in New Zealand Public Hospitals Study</i>
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BAES	<i>British Adverse Events Study</i>
BD	Braço Direito
BE	Braço Esquerdo
CC	Centro Cirúrgico
CEC	Circulação extra-corpórea
D II	Derivação II
EA	Evento Adverso
EAS	Eventos Adversos
ECG	Eletrocardiograma
ECGI	Escala de Coma de Glasgow
ESF	Estratégias de Saúde da Família
FSG	Faculdade da Serra Gaúcha
HMPS	<i>The Harvard Medical Practice Study</i>
HSC	Health and Safety Commission
HSE	Health and Safety Executive
IIDA	Itiro Iida nomedo autor
IOM	Institute of Medicine
ISO	Internaticonal Organization for Standardization
JCI	Joint Comission International
JCR	Joint Commission Resources
MCC	Monitorização Cardíaca Contínua
MIFS	<i>The Medical Insurance Feasibility Study</i>
MS	Ministério da Saúde
Mudar	Mendes Junior 2007
NPO	nada administrado por via oral
NR	Norma Regulamentadora
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAM	Pressão Arterial Média
SPSS	Statistical Package for Social Science
QAHCS	<i>The Australia Quality Health Care Study</i>
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SAQ	Safety Attitudes Questionnaire

SF	Solução Fisiológica
UC	Unidade Coronária
UCMPS	<i>The Utah Colorado Medical Practice Study</i>
UCOR	Unidade Coronariana
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHO	World Health Organization

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Indicadores de Segurança do Paciente da AHRQ..... 51

Quadro 2: Respostas do questionário e suas respectivas pontuações 112

Quadro 3: Respostas do questionário e suas respectivas pontuações 128

ARTIGO 4

Quadro 1: Respostas do questionário e suas respectivas pontuações 179

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Diagrama do referencial teórico associado à cultura de segurança do paciente.....	95
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Características sócio demográficas dos profissionais de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva em estudo	129
---	-----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Média das dimensões daUTI.....	130
Gráfico 2: Média das dimensões por turno de trabalho.....	133
Gráfico 3: Percentual de procedimentos adequados comuns a enfermeiros e técnicos de enfermagem	150
Gráfico 4: Percentual de procedimentos adequados específicos do enfermeiro	155
Gráfico 5: Percentual de procedimentos adequados específicos dos técnicos de enfermagem.	157
Gráfico 6: Percentual de cuidados adequados por turno de trabalho .	160
Gráfico 7: Relação entre os profissionais avaliados e o cuidar de si e o cuidado adequado ao paciente.....	180

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS	15
LISTA DE FIGURAS	19
LISTA DE QUADROS	17
LISTA DE TABELAS.....	21
LISTA DE GRÁFICOS	23
INTRODUÇÃO	27
1.1 CONTEXTUALIZANDO A SEGURANÇA DO PACIENTE.....	28
1.2 PRESSUPOSTOS DO ESTUDO.....	36
2 OBJETIVOS	39
2.1 OBJETIVO GERAL	39
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	39
3 CONCEITOS ADOTADOS NESTE ESTUDO.....	41
4 REVISÃO DE LITERATURA.....	45
4.1 ERROS E EVENTOS ADVERSOS	45
4.2 SEGURANÇA DO PACIENTE E QUALIDADE DO CUIDADO	49
4.3 CULTURA DE SEGURANÇA E O <i>SAFETY ATTITUDES</i> <i>QUESTIONNAIRE</i> (SAQ).....	55
4.4 FATORES QUE INFLUENCIAM NA SEGURANÇA DO PACIENTE QUE VIVENCIOU CIRURGIA CARDÍACA	58
4.4.1 Apresentação pessoal	60
4.4.2 Lavagem das mãos	61
4.4.3 Identificação do paciente	62
4.4.4 Posicionamento do paciente no leito	63
4.4.5 Segurança no leito - riscos de quedas	64
4.4.6 Passagem de plantão	65
4.4.7 Verificação dos sinais vitais.....	66
4.4.8 Instalação da Monitorização Cardíaca Contínua (MCC) e oxímetro	67
4.4.9 Instalação e Verificação de Pressão Venosa Central (PVC)...	69
4.4.10 Verificação de PAM	72
4.4.11 Ausculta torácica/pulmonar e cardíaca.....	72
4.4.12 Avaliação vascular periférica	74
4.4.13 Avaliação da consciência e avaliação pupilar	75
4.4.14 Avaliação da dor.....	76

4.4.15 Sonda naso-gástrica em sifonagem e manutenção de NPO..	77
4.4.16 Verificação de débito urinário	78
4.4.17 Verificação das drenagens, ordenha dos drenos e troca do selo d'água	79
4.4.18 Avaliação dos cateteres - risco de infecção.....	81
4.4.19 Troca de curativos.....	83
4.4.20 Aspiração de tubo – orotraqueal e orofaringe.....	84
4.4.21 Balanço hídrico.....	86
4.4.22 Higiene do paciente	86
4.5 O CUIDAR DE SI E O CUIDADO DE ENFERMAGEM SEGURO AO PACIENTE QUE VIVENCIOU CIRURGIA CARDÍACA	87
5 REFERENCIAL TEÓRICO–FILOSÓFICO.....	93
6 METODOLOGIA	97
6.1 TIPO DE ESTUDO.....	97
6.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO	97
6.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	98
6.4 COLETA DE DADOS.....	99
6.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	102
6.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS	102
7 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	105
7.1 ARTIGO 01: O CUIDAR DE SI DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	105
7.2 ARTIGO 02: A CULTURA DE SEGURANÇA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM ATUANTES EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL DE ENSINO.....	118
7.3 ARTIGO 03: AVALIAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM REALIZADO JUNTO A PACIENTES QUE VIVENCIAM O PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA.....	143
7.4 ARTIGO 04: O CUIDAR DE SI COMO UMA DIMENSÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE	170
CONCLUSÕES.....	191
REFERÊNCIAS.....	195
APÊNDICES	223
ANEXOS.....	241

INTRODUÇÃO

A escolha do tema segurança do paciente que vivencia a cirurgia cardíaca ocorreu como um desafio em minha carreira docente assistencial.

O cuidado aos pacientes com problemas cardíacos acompanha-me desde o começo da minha profissão como enfermeira e docente, passando pela monografia de curso de graduação, na qual trabalhei diretamente com os pacientes que iriam vivenciar a cirurgia cardíaca, dando ênfase à assistência de enfermagem na unidade coronariana (UCOR) e em orientações de enfermagem consideradas importantes para os períodos pré e pós-operatórios. Este trabalho intitulou-se “A assistência de enfermagem humanizada na unidade coronariana: integrando paciente e familiar na busca da reabilitação” (DE GASPERI, 2003).

Quando tive a oportunidade de realizar uma dissertação de mestrado, dei ênfase ao cuidado de enfermagem à pessoa que vivenciou cirurgia cardíaca direcionada para a tentativa de tornar o próprio paciente e seu familiar agentes ativos na busca de sua recuperação. Para atingir este objetivo optei por realizar uma prática assistencial que reuniu dois modelos de cuidado: o referencial teórico partiu do Modelo de Cuidado McGill, originário do sistema de saúde do Canadá, e o referencial metodológico do Modelo de Cuidado de Carraro, desenvolvido pela enfermeira brasileira Telma Elisa Carraro.

Esta experiência vivenciada durante o curso de mestrado gerou os resultados esperados e todos os objetivos foram alcançados, deixando o aprendizado de que é possível promover a saúde das pessoas envolvidas na situação de cirurgia cardíaca, ajudando-as a reeducar hábitos e costumes, trabalhando com as pessoas e não apenas para as pessoas (DE GASPERI, 2005).

Refletindo sobre estas experiências e vivências da minha vida profissional, e estimulada pela orientadora deste estudo, surgiram uma nova reflexão e uma nova preocupação. Neste momento foi lançado o desafio de procurar trabalhar e conhecer um tema de grande relevância nos dias atuais, sendo um dos enfoques da Organização Mundial da Saúde (OMS) há alguns anos e que está em destaque em diversos países desenvolvidos ou não. Surge, então, o tema segurança do paciente.

1.1 CONTEXTUALIZANDO A SEGURANÇA DO PACIENTE

Segurança do paciente, eventos adversos (EAs), danos, são temas que preocupam os profissionais de saúde, autoridades e pessoas que necessitam de um serviço de saúde. No entanto, como relata Marck (2005), ainda são poucos os estudos que respondem aos desafios da segurança do paciente.

Percebe-se a relação entre a dificuldade em proporcionar um cuidado seguro ao paciente e a ocorrência de eventos adversos e iatrogenias que podem levar a danos causadores de morbi- mortalidade.

Estamos no século XXI, e, ao refletirmos sobre a história da Medicina, da Enfermagem, da humanidade, parece-nos difícil acreditar que erros, muitas vezes considerados banais, ainda ocorram em nossos hospitais e outras instituições de saúde. Quedas, erros na administração de medicamentos, erros na realização de procedimentos, erros na tomada de decisões, no atendimento a uma emergência, são mais comuns do que poderíamos imaginar.

Ferraz et al. (1982) e Silva e Padilha (2000) corroboram esta ideia ao elencarem em seus estudos os eventos adversos que podem ocorrer na realização do cuidado de enfermagem e no atendimento a uma parada cardíaca, por exemplo.

Silva e Padilha (2000) apresentam dados informando que das 126 situações de parada cardiorrespiratória acompanhadas, ocorreram 176 comportamentos negativos que poderiam levar a danos ao paciente. Destes, a maioria (58%) relacionam-se à falha na realização do procedimento, seguido pela falta de coordenação na realização do mesmo (31%).

Ferraz et al. (1982) descreveram problemas relacionados ao cuidado de enfermagem, tais como: erros de medicação, queda dos pacientes, queimaduras na realização de procedimentos, hemorragias decorrentes da realização de técnicas inadequadas ou por descuido da equipe.

Estes dados nos fazem refletir que há mais de 30 anos estes problemas foram levantados, e hoje, continuamos vivenciando muitos deles em nossa práxis diária. São problemas que evidenciam os riscos aos quais nossos pacientes podem estar expostos.

O tema segurança do paciente parece estar presente nas entrelinhas do nosso cotidiano, mas muitas vezes é esquecido no preparo acadêmico dos futuros profissionais, no aperfeiçoamento profissional, e consequentemente na execução de nossas tarefas e implementação do

cuidado de enfermagem.

Estudos realizados evidenciam que esta é uma preocupação mundial já há algum tempo, mas foi a partir do ano de 2002 que a Organização Mundial de Saúde (OMS) decidiu unir esforços com diversos países para tentar amenizar os riscos que podem afetar as pessoas que necessitam de cuidados à saúde.

Um dos primeiros estudos a respeito de eventos adversos de que se tem notícia foi realizado pela *California Medical Association e California Hospital Association*, conhecido como *The Medical Insurance Feasibility Study (MIFS)*. Segundo o estudo, realizado em 1974, a frequência de EAs atingiu 4,6 % dos usuários hospitalizados no período da pesquisa, que avaliou 21 mil prontuários de pacientes (MILLS, 1978).

Em 1984, um segundo estudo foi realizado nos Estados Unidos, o *The Harvard Medical Practice Study (HMPS)*, identificando que 3,7 % da amostra aleatória de prontuários apresentavam EAs, sendo um quarto desses devido à negligência (LEAPE et al., 1991).

Em 1992 foi realizado o *The Utah Colorado Medical Practice Study (UCMPS)*, apresentando, em ambos os estados, um índice de eventos adversos de 2,9% (GAWANDE,1999; THOMAZ, 2000). Neste mesmo ano realizou-se um estudo na Austrália, o *The Australian Quality Health Care Study (QAHCS)* no qual foram examinados cerca de 15 mil prontuários, dos quais 16,5 % apresentaram algum EA ocorrido em pacientes internados (WILSON et al.,1995).

Em 1998 foi concluído um estudo semelhante na Nova Zelândia, o *Adverse Events in New Zealand Public Hospitals Study (AENZS)*, no qual foram avaliados cerca de 6.500 prontuários, resultando em 11,33 % dos prontuários analisados apresentando EAs (DAVIS, 2003).

Em 2000 um novo estudo foi realizado na Grã-Bretanha, o *British Adverse Events Study (BAES)*, avaliando aproximadamente 1.000 prontuários. O resultado evidenciou que 10,8 % dos pacientes internados apresentaram EAs (VINCENT, 2001). Neste mesmo ano conta-se ainda com um estudo que analisou 3.800 prontuários oriundos de hospitais canadenses. Este estudo evidenciou que 7,5 % dos prontuários analisados apresentaram algum tipo de EA (BAKER et al., 2004).

Ainda no ano de 2000, Kohn, Corrigan e Donaldson (2000), lançaram o livro *To Err is Human: Building a Safer Health System (Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro)*. A apresentação destas ideias foi considerada um marco nos estudos e na busca pela segurança do paciente.

No ano de 2001 ocorreu um estudo envolvendo 1.097

prontuários, evidenciando-se que 9 % destes pacientes tiveram sua segurança posta em risco em virtude de EAs (SCHIOLER, 2001).

Na França, em 2002, conta-se com um estudo que avaliou 778 prontuários. Destes, 14,5 % evidenciaram que o paciente sofreu algum tipo de EA (MICHEL et al., 2004).

Em 2005 realizou-se um estudo na Espanha, envolvendo a avaliação de 5624 prontuários. Neste, a incidência de EAs foi de 8,4 % (ARANAZ, 2006).

Estudo realizado no Brasil, em um hospital de ensino no ano de 2003, evidenciou um total de 10,1 % de incidência de EA nos atendimentos à saúde de 385 pacientes. Destes, 29,1 % relacionados a cateterismo vesical, intubação traqueal, punção de veia profunda, endoscopia, broncoscopia e exames contrastados. Constatou-se também com este estudo que 44,2 % dos casos foram decorrentes de erros por omissão e 55,8 % de erros de ação (JUNIOR, 2007).

Em suma, o que se percebe é um número considerável de eventos adversos, oriundos do atendimento à saúde da população, que podem colocar a segurança do paciente em risco de morbidade e mortalidade.

Estima-se que nos Estados Unidos cerca de 100 mil pessoas morram em hospitais a cada ano, vítimas de EAs. Esta incidência resulta em uma taxa de mortalidade maior do que as atribuídas aos pacientes com AIDS, câncer de mama ou atropelamentos (KOHN et al., 2000).

Estudos realizados no Brasil apontam que cerca de 10 % dos pacientes internados sofrem algum tipo de EA (MENDES et al., 2005).

Em 2010, Raduenz et al (2010) realizaram um estudo sobre armazenamento de medicamentos em um hospital escola brasileiro, comprovando que a organização, distribuição e acondicionamento de medicações nos postos de enfermagem são fatores sistemáticos que podem contribuir para erros de medicação e danos aos pacientes

A ocorrência crescente de casos documentados de EAs no cuidado à saúde tem provocado debates sobre a segurança do paciente em âmbito internacional. Estudos sobre agravos causados pelo cuidado à saúde vêm sendo divulgados há muitos anos. Como exemplo, pode-se citar Florence Nightingale, que, em 1854, revolucionou a atenção hospitalar a partir da observação dos riscos para o paciente e da má higiene nos hospitais (KRITEK, 2001; MENDES et al., 2005).

Segundo Gallotti (2003) e Mendes et al. (2005), mesmo o estudo sobre EA sendo algo que preocupa estudiosos mundialmente e que está atrelado à qualidade do cuidado, poucos são os estudos brasileiros nesta área. Os estudos que existem são direcionados a um evento adverso

específico, como os provocados por medicamentos ou decorrentes de complicações de métodos terapêuticos cruentos.

Com o aprofundamento na temática segurança do paciente e a experiência profissional, compreende-se que os EAs, no que diz respeito ao cuidado de enfermagem, provêm de erros, ou seja, falhas na realização dos cuidados de enfermagem, que conseqüentemente podem colocar em risco a segurança do paciente.

Compreende-se uma cadeia de fatores, tais como, o despreparo profissional e institucional, o cansaço, o estresse, a sobrecarga de trabalho, as condições inadequadas de trabalho entre outros, que culminam com um déficit na segurança do paciente. O cuidado de enfermagem é realizado por seres humanos para seres humanos, portanto passível de erro. O erro por sua vez pode ser fator desencadeante de eventos adversos. Então, o erro por si só ou a ocorrência de EAs podem colocar em risco a segurança do paciente.

É nesse contexto que se encontra o cuidado de enfermagem voltado às pessoas que vivenciam um problema cardíaco. O fato torna-se ainda mais relevante ao percebemos que as doenças do aparelho cardiovascular estão entre as maiores causadoras de morbimortalidade, representando 29% das mortes ocorridas no Brasil em 2009, ou seja, mais de 300 mil pessoas morreram em função de doenças do aparelho circulatório (MS, 2011).

O tratamento dessas patologias geralmente resulta em necessidade de internação em Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) ou Unidades Coronárias (UC) e a realização de procedimento cirúrgico.

O papel do enfermeiro no cuidado às pessoas que vivenciam a patologia cardíaca desenrola-se desde o momento da internação, perpassando os períodos peri-operatórios e culminando, na maioria das vezes, com a alta hospitalar, podendo ser estendido para o cuidado domiciliar por serviços especializados ou através da atenção básica por intermédio das estratégias de saúde da família (ESF).

Fundamentalmente, o paciente que passa por uma cirurgia cardíaca necessita de recuperação em unidades específicas (UTI ou UC). Nestas unidades fica ainda mais evidente a importância do desempenho do profissional enfermeiro e sua equipe.

De acordo com Meltzer (2000, p.71).

(...) a Unidade Coronária é um sistema de enfermagem especializado. Na realidade, o número de vidas salvas em uma Unidade Coronária é diretamente proporcional à competência da equipe de enfermagem; nenhum

outro elemento é tão importante para o ótimo funcionamento dos sistemas.

A função do enfermeiro, ao trabalhar com pessoas que vivenciam, irão vivenciar, ou já vivenciaram a cirurgia cardíaca é ampla, uma vez que, segundo De Gasperi e Radünz (2006), estes pacientes sentem-se desamparados, assustados e amedrontados com a internação, especialmente em uma unidade de cuidados intensivos, exigindo um cuidado integral. Segundo as autoras, não bastam apenas habilidades técnicas e conhecimento científico se o paciente e seu familiar não forem compreendidos como seres humanos.

A ocorrência de eventos adversos tem sido foco de preocupação de muitos estudiosos e está intimamente ligada à qualidade dos serviços de saúde. A relação direta entre cuidados de saúde e enfermagem requer que estudos relacionados ao cuidado de enfermagem e a ocorrência de EAs sejam realizados. No entanto, ao revisar-se a literatura existente e ao levantarem-se de dados a partir da base de dados Medline¹, percebe-se que os trabalhos relacionando diretamente o cuidado de enfermagem com a ocorrência de EAs e a segurança do paciente ocorrem em porcentagem diminuta.

Ao pesquisar-se a referida base de dados, utilizando como limites a publicação nos últimos 5 anos e estudos realizado com seres humanos, incluindo como *all fields*: segurança do paciente (*patient safety*), obtiveram-se 23.980 artigos. Ao realizar-se a pesquisa com o descritor eventos adversos (*adverse events*), encontraram-se 35.184 resultados.

Em seguida, realizou-se o cruzamento dessas palavras com o descritor enfermagem (*nursing*), ou cuidado de enfermagem (*nursing care*).

Deste cruzamento obtiveram-se os seguintes resultados: segurança do paciente e enfermagem, 2.587, ou seja, 10,7 % do total publicado sobre segurança do paciente; segurança do paciente e assistência de enfermagem ou cuidado de enfermagem, 2.523 ou 10,5 % das publicações sobre segurança do paciente; eventos adversos e enfermagem, 711, ou 2,02 % das publicações sobre eventos adversos; eventos adversos e assistência de enfermagem ou cuidado de enfermagem, 658 ou 1,87 % do total de publicações acerca de eventos

¹ Optou-se por trabalhar com a base de dados Medline por ser a que apresentou maior número de artigos relacionados ao tema, chegando a esta conclusão após realizar o levantamento em outras bases como Lilacs, Scielo e Cochrane. Data da pesquisa: setembro/2011

adversos. É relevante informar que ao utilizarem-se os termos para enfermagem ou cuidado de enfermagem, muitos artigos repetiram-se.

Realizou-se, também, a busca associando-se a estes termos as palavras cardiologia (*cardiology*) ou cirurgia cardíaca (*cardiac surgery*), obtendo-se como resultado para eventos adversos e cirurgia cardíaca um total de 1.057 artigos e, para segurança do paciente e cirurgia cardíaca um total de 1.230 artigos.

Deste total, associando-os com assistência de enfermagem obtiveram-se um total de sete artigos para eventos adversos e 30 artigos para segurança do paciente.

Diante destes dados, torna-se evidente a necessidade de unirem-se esforços para aprimorar o conhecimento dos enfermeiros e equipe de enfermagem no que diz respeito à segurança do paciente e à ocorrência de fatores desencadeantes de eventos adversos em seu cotidiano de prática assistencial, ou seja, na execução do cuidado de enfermagem.

Assim, acredita-se que este trabalho tenha sua relevância ao tratar de um assunto tão importante mundialmente, e ainda pouco discutido em nosso país.

Soma-se a isto a evidência representada pela pesquisa em base de dados e nossa experiência profissional, enquanto enfermeira e docente, de que poucos são os estudos realizados nesta área e que grande parte destes direciona-se à realização incorreta de um determinado procedimento.

O profissional enfermeiro e a equipe de enfermagem estão constantemente junto ao paciente, realizando cuidados das mais diversas ordens. Esses cuidados, muitas vezes, podem gerar eventos adversos e merecem um estudo detalhado, direcionado ao cuidado de enfermagem integral, centrado no cuidado realizado com pessoas que vivenciaram a cirurgia cardíaca e estão reestabelecendo suas funções fisiológicas, necessitando, portanto, de cuidado especializado, realizado por uma equipe de enfermagem capacitada.

A ocorrência de fatores desencadeantes de EAs no cuidado de enfermagem e a sua relação com a segurança do paciente que vivenciou cirurgia cardíaca parecem ainda veladas nos meios acadêmicos e assistenciais da enfermagem, pois ainda adota-se a cultura de que errar é inaceitável, e por isso, o erro acaba não sendo comunicado.

Leplat (1985) afirma que o erro é muitas vezes cercado de uma aura de culpa, que faz com que tanto o indivíduo que o comete quanto a instituição tenham aversão em comunicá-lo.

Hoje, esta cultura de culpa, de punição, deve ser substituída pela cultura de segurança do paciente, que é definida como a forma das

atitudes e práticas dos profissionais buscando a detectar os erros e a aprender a partir destes (HSC, 1993).

De acordo com IOM (2000), as organizações de saúde precisam desenvolver uma cultura de segurança, visando com que sua força de trabalho e os processos estejam voltados para a segurança dos cuidados aos pacientes.

Souza (2006) salienta ainda que a existência da cultura de segurança entre os profissionais de saúde proporciona um ambiente com espírito de coesão, comprometendo os diferentes profissionais que constituem a rede de cuidado na busca de um cuidado seguro.

A atitude, portanto, passa a ser algo preocupante, pois os profissionais acabam por esconder as falhas, muitas vezes com medo da repressão e punição, ou ainda, não percebem que erram, que podem estar realizando cuidados que coloquem o paciente em risco, seja pela falta de conhecimento, seja pela falta de experiência na tarefa executada.

Levando-se em consideração a definição de atitude de alguns pesquisadores (FISHBEIN, AJZEN, 1975; ROBBINS, 2001), que a definem como uma ação ou avaliação consistente, favorável ou desfavorável, a um objeto, acontecimento, pessoa ou instituição, e, consideram que nossas atitudes podem ser aprendidas, acredita-se que a mudança de atitudes dos profissionais de enfermagem possa auxiliar-nos na busca de um cuidado de qualidade e seguro.

Pois bem, se os erros, ou como se procura denominar neste estudo ‘fatores desencadeantes de eventos adversos’, não são relatados quando ocorrem, como identificá-los para que assim proponham-se alternativas para a correção e posterior prevenção destes problemas?

Os estudos de Chianca (1997, 2006) e Mansoa (2010) nos levam a crer que, no âmbito da enfermagem, desconhecem-se estudos que tenham classificado, quantificado, tipificado ou analisado os erros que já tenham ocorrido, numa tentativa de compreendê-los e predizê-los, criando estratégias de prevenção. Destaca-se que, em geral, é ausente o conhecimento sobre como os enfermeiros identificam seus erros.

Estudo recente de Mansoa (2010) reforça que, mesmo com a crescente atenção dada aos erros ocorridos nos cuidados à saúde, o conhecimento sobre este assunto se limita a pouco mais do que casos isolados de negligência relatados nos meios de comunicação, ignorando-se, muitas vezes, processos e contextos.

Percebe-se com estes relatos que não se tem estudado as causas e formas de prevenção dos erros. O que se busca é basicamente identificá-los, sem tentar compreender o motivo causal e o contexto no qual ocorreram, o que torna difícil a prevenção.

Na tentativa de compreender o motivo causador desses erros que podem desencadear EAs, pensa-se na possibilidade destes serem oriundos de profissionais que não estejam prestando atenção ao seu próprio ser. Profissionais que cuidam de pessoas que necessitam de ajuda, mas que se esquecem de cuidar de si. Então, pergunta-se: como pode um profissional que não cuida de si mesmo realizar um cuidado seguro e de qualidade?

A resposta para esta pergunta não pôde ser encontrada na literatura disponível. Partiu-se, então, da idéia de De Gasperi e Radünz (2006), que reconhecem a importância para o cuidador de compreender a necessidade do cuidar de si. Acredita-se que, dessa forma, haverá um equilíbrio no cuidado de si e do outro, evitando-se desgastes e proporcionando um cuidado efetivo, e, por conseguinte, seguro.

O profissional da enfermagem, muitas vezes, se coloca acima da sua saúde e das suas necessidades. Cuida dos outros, mas muitas vezes esquece-se de si mesmo. É necessário então, que alguém assuma a responsabilidade de sinalizar para estas pessoas que são seres humanos, que tem necessidades humanas básicas como qualquer outra pessoa, que precisam cuidar de si mesmos para poderem cuidar de outras pessoas, com segurança.

Cuidar de si, da sua dor, do seu fracasso, do medo, da raiva, da inveja, da humilhação, do sentimento de impotência perante determinada situação, cuidar de tudo o que nos abate e deprime, é o meio pelo qual podemos chegar a tocar em outro ser (LIMA, 2004).

Assim, por intermédio das revisões em base de dados realizadas até o momento e reflexões pessoais, acredita-se que o cuidar de si na execução de um cuidado de enfermagem de qualidade, consequentemente promovendo a segurança do paciente que vivenciou a cirurgia cardíaca, é algo que merece estudos.

As reflexões sobre os fatos desenhados até este momento e a inquietude profissional levaram-nos à seguinte questão norteadora: Quais as dimensões da cultura de segurança na perspectiva dos profissionais de enfermagem para o cuidado seguro ao paciente que vivenciou uma cirurgia cardíaca?

Desta questão surge a tese de que o cuidar de si é uma dimensão da cultura de segurança do paciente que vivenciou uma cirurgia cardíaca.

Salienta-se a opção por estudar o período pós-operatório por ser o momento em que o paciente precisa restabelecer o equilíbrio fisiológico, e, para tanto, a equipe que o assiste deve ser capaz de realizar uma avaliação criteriosa e tomar decisões imediatas, a fim de permitir um

retorno rápido, seguro e confortável de suas funções (DE GASPERI, 2005).

Conforme anteriormente salientado, o paciente que vivencia uma cirurgia cardíaca passa por um momento delicado e especial em sua vida, necessitando de cuidados seguros e de qualidade. Acredita-se que este cuidado somente possa ser seguramente realizado por profissionais capacitados teórica e tecnicamente, mas acima de tudo, profissionais que cuidam de si mesmos, pois para cuidar do outro é preciso cuidar de si mesmo.

1.2 PRESSUPOSTOS DO ESTUDO

Partiu-se dos seguintes pressupostos utilizados como subsídio para a coleta e análise de dados deste estudo:

- O cuidar de si e a evitabilidade do *burnout* são fatores que podem influenciar de maneira positiva a segurança do paciente, pois um profissional que não tem tempo de cuidar de sua própria saúde, bem-estar e conforto, que convive com o estresse constantemente sem conseguir amenizá-lo, pode ser responsável pela ocorrência de EAs que poderão vir a colocar a segurança do paciente em risco.

Destaca-se que, segundo Radünz (2001), para cuidar de si, é necessário um reconhecimento, por parte do enfermeiro, de um papel ativo na manutenção de sua saúde, tornando-o responsável, também, em assumir parte da responsabilidade na prevenção do *burnout*.

Lautert (1995), com base no que afirmou Maslach (1995) definiu *burnout* como síndrome da exaustão, capaz de ocasionar um desgaste físico e emocional associado ao trabalho profissional.

- O cuidado exigido por uma pessoa que vivencia uma cirurgia cardíaca é complexo, e muitas vezes minucioso, exigindo instrumentalização profissional, dando enfoque ao cuidar com razão e sensibilidade. Segundo Radünz (2001), estas exigências podem levar o profissional a uma exaustão física e mental, ocasionando muitas vezes um conjunto de ações inadequadas ou equivocadas, o que acaba por colocar em risco a segurança do paciente.
- Desenvolver e avaliar a cultura de segurança do paciente é uma das ações mais importantes para se alcançar um cuidado

seguro, pois, segundo Nieva e Sorra (2003), é a partir da avaliação da cultura de segurança da equipe de saúde que se torna possível identificar áreas com necessidades de melhorar e aumentar a consciência dos conceitos de segurança do paciente.

- O cuidar de si é uma dimensão da cultura de segurança, uma vez que, para cuidarmos de forma segura precisamos cuidar de nós mesmos como pessoas e como profissionais, pois este cuidado nos proporcionará condições de estarmos junto ao paciente no máximo de nossa integralidade.
- A promoção da cultura de segurança é uma das principais ações para reduzir danos e melhorar o cuidado prestado (WHO, 2008).

Portanto, acredita-se que a avaliação da cultura de segurança em uma unidade com profissionais que cuidam de pessoas que vivenciaram uma cirurgia cardíaca é um dos primeiros passos para se alcançar um cuidado seguro e de qualidade.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Compreender o cuidar de si como uma dimensão da cultura de segurança do paciente.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as estratégias do cuidar de si desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva.
- Identificar a cultura de segurança dos profissionais de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva.
- Identificar os fatores desencadeantes de eventos adversos oriundos do cuidado de enfermagem a pacientes que vivenciaram uma cirurgia cardíaca.

3 CONCEITOS ADOTADOS NESTE ESTUDO

Conceitos são representações cognitivas e abstratas da realidade, formados por experiências diretas ou indiretas com eventos, objetos ou propriedades (JACOBS, HUETHER, 1997; MORSE, 2004)

Os conceitos simbolizam a realidade com diferentes significados, influenciados por uma variedade de fatores externos e internos considerando a extensão do uso e a aplicação dentro de um contexto, estando em constante desenvolvimento (PENNA, 1994)

Assim, os conceitos aqui apresentados são baseados na experiência da pesquisadora, no contexto que envolve este trabalho e nas ideias da Dr^a Vera Radünz.

Enfermagem – forma-se pelo conjunto de pessoas que tem como objetivo comum o cuidar de um ser humano. O Enfermeiro é a pedra fundamental neste conjunto de pessoas, pois é a partir de seus ideais, conhecimento e cultura que se constrói o cuidado, realizado por ele e por sua equipe.

Radünz (2001, p. 106), compreende o Enfermeiro como o

Profissional que cuida do outro e que recebeu uma formação voltada para tanto. No exercício do cuidado, entretanto, o enfermeiro está exposto ao risco da co-dependência, ou seja, cuidar do outro e ignorar suas próprias necessidades (...).

Neste contexto, percebe-se a enfermagem como uma das peças chave para o cuidado de qualidade e seguro, pois acredita-se que em conjunto com a equipe multiprofissional somos capazes de proporcionar um cuidado, passível de erros sim, mas um cuidado humano, científico e em constante aprimoramento, fazendo com que o erro se torne uma possibilidade de construção e solidificação de conhecimento.

Saúde - Para Radünz (1999, p. 14)

Saúde é um processo contínuo, com estados situacionais dinâmicos e subjetivos, que permite ao ser humano o funcionamento nos seus papéis, com prazer. Este funcionar nos seus papéis depende da percepção de cada ser humano do que seja necessário para tal.

Baseando-se neste conceito, considera-se a doença como a

incapacidade de funcionamento nos seus papéis com prazer, podendo estar associado ou não a presença de alguma patologia.

Ser Humano - Para Radünz (1999) o ser humano é percebido de uma maneira ampla, é um indivíduo que pensa, sente, decide, percebe, tem crenças e valores próprios, que interage e tem capacidade para ensinar e aprender, para crescer e se desenvolver. No contexto aqui apresentado, o ser humano configura-se no profissional enfermeiro ou técnico de enfermagem, pessoas responsáveis pelo cuidado ao paciente submetido a cirurgia cardíaca.

Retomando a reflexão acerca do conceito de enfermagem, não pode-se deixar de trazer o paciente, um ser conceituado como todo ser humano, mas que no momento em que necessita de uma cirurgia cardíaca precisa ser visto como alguém que extrapola o conceito citado acima. Torna-se um ser humano que vivencia uma situação estressante, nova e angustiante, que o torna, de certa forma, dependente de um cuidado; cuidado este que será realizado pelos seres humanos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, de maneira segura.

Cuidar - Radünz (1999, p. 15) define:

CUIDAR profissionalmente ou cuidar em enfermagem é olhar enxergando o outro, é ouvir escutando o outro; observar, percebendo o outro, sentir, empatizando com o outro, estar disponível para fazer com ou para o outro aqueles procedimentos que ele não aprendeu ou não consegue executar, procurando compartilhar o saber com o paciente e seus familiares a respeito, sempre que houver interesse e condições para tal.

Nesta pesquisa associa-se ao conceito de cuidado anteriormente referido, a necessidade de realizar-se um cuidado comprometido com a qualidade, um cuidado livre de erros e eventos adversos, um cuidado realizado por seres humanos capacitados cientificamente para realizá-lo, bem como a educação e a gestão do cuidado de modo seguro.

Cuidar de si - é essencial para estar apto a cuidar dos outros de forma segura. É conhecer a si mesmo, compreendendo suas limitações e reconhecendo suas qualidades.

Radünz (2001) salienta que o Cuidar de Si é inerente ao viver humano e pressupõe o exercício da afetividade para e com o outro, tornando-se portanto, uma relação de interdependência.

Ambiente - Para Roy e Andrews (1991), o ambiente pode ser descrito como condições, circunstâncias e influências que rodeiam e

afetam o desenvolvimento e comportamento das pessoas.

Sugere-se agregar a este, o conceito de ecossistemas, por se tratar de um conceito mais amplo que abarca condições variáveis, tais como fatores físicos, ou ainda, aspectos relativos às influências culturais, históricas ou do poder econômico e político (LAUSTSEN, 2006).

Os ecossistemas são sistemas ambientais, onde os seres humanos vivem e se relacionam e que compreendem elementos vivos e não vivos, que interagem na ação e na reação para provocarem, direta ou indiretamente, a adequação ou não à vida em comunidade (CEZARVAZ, 2005).

Diante destes conceitos, o ecossistema a que pertence esta pesquisa é formado por um espaço físico no qual ocorrem variadas interações sociais, onde convivem pessoas de diferentes culturas e histórias. Trata-se de um sistema ambiental em que se devem buscar atitudes seguras diante da necessidade de agir e reagir mediante uma situação crítica, como no cuidado realizado a um paciente que vivenciou uma cirurgia cardíaca, um ambiente no qual se deve priorizar uma cultura de segurança.

Segurança do Paciente: redução de danos relacionados ao cuidado em saúde a um mínimo aceitável (OMS, 2009).

Cultura de Segurança: consiste no conjunto de comportamentos, atitudes, percepções, crenças e valores de profissionais de saúde de uma organização e em torno da mesma, em detectar e aprender a partir dos erros, determinando o empenho, estilo e competência dessa organização (HSC, 1993).

Dano associado ao cuidado de saúde: dano surgido por ou associado a planos ou ações realizadas durante o cuidado de saúde ao invés de a uma doença de base ou lesão (OMS, 2009).

Near miss: incidente que, por algum motivo, planejado ou pelo acaso, foi interceptado antes de atingir o paciente e que poderia ou não causar danos (OMS, 2009).

Erros: a não execução ou execução inadequada de um plano ou ação a qual poderá desencadear um evento adverso passível de prevenção (OMS, 2009).

Eventos Adversos: eventos que provêm de erros, portanto passíveis de prevenção e correção, que causarão danos ao paciente (KOHN, CORRIGAN e DONALDSON, 2000).

4 REVISÃO DE LITERATURA

Entende-se ser necessário aprofundar os conhecimentos em alguns tópicos que são fundamentais para o melhor entendimento desta pesquisa. Assim, são abordados a seguir fatores que influenciam a segurança do paciente que vivenciou a cirurgia cardíaca.

4.1 ERROS E EVENTOS ADVERSOS

Quando se cuida de pessoas, como profissionais de saúde, independentemente de terem-se cometido lapsos, um engano ou um erro, a pessoa que confiou seu cuidado a nós poderá sofrer algum tipo de evento adverso, que poderá ocasionar prejuízo à sua saúde.

Para um melhor entendimento dos termos “erro” e “evento adverso” no decorrer desta pesquisa, relatam-se a seguir a concepção de alguns autores acerca destes temas.

Reason (1992) explica que os erros estão intimamente ligados a intenção, podendo ser involuntários ou intencionais. Diante disto, podem-se classificar os erros como enganos, lapsos ou erros propriamente ditos.

Os enganos são os erros cometidos na ação involuntária, ou seja, quando ocorre falta de atenção, quando se executam tarefas consideradas automatizadas, como, por exemplo, quando os profissionais verificam os sinais vitais dos pacientes sem dispensar a atenção necessária, pois esta ação é considerada rotineira e simples, sendo por isto muitas vezes executada de forma automatizada. Já os lapsos são erros não intencionais, ocasionados, geralmente, quando ocorre falha de memória. Um exemplo que pode ser citado é quando os profissionais precisam fazer o “desmame” do cateterismo vesical do paciente, mas esta ação é esquecida e portanto, não realizada. Quando se executa uma ação intencional, planejada, mas que não alcança o objetivo esperado, ocorre o erro (REASON, 1992).

O mesmo autor acredita que os erros propriamente ditos são mais raros, mais complexos e menos compreendidos que os enganos e lapsos, sendo difíceis de serem detectados pela sua própria natureza (REASON, 1992).

Para Leplat (1989) os enganos são o desvio ocorrido entre a tarefa prescrita e aquela realmente desempenhada. Já os erros são os

desvios entre a tarefa prescrita e uma tarefa supostamente prescrita, sendo a fonte primária deste erro a compreensão inadequada da tarefa prescrita, ou seja, o indivíduo não compreende corretamente o objetivo da tarefa e, portanto, não o alcança. Esta dificuldade na compreensão pode estar relacionada à falta ou pouca experiência de quem executa a tarefa.

Na percepção deste autor, é possível caracterizar um erro quando algo que deveria ter sido feito não o foi, imprimindo ao erro uma conotação negativa (LEPLAT, 1989).

Para Kohn, Corrigan e Donaldson (2000), erro é definido como uma falha de planejamento, ou o uso de um plano inadequado para alcançar o objetivo pretendido. Este erro pode ocorrer em diversas etapas do cuidado, incluindo diagnóstico, tratamento e até mesmo o cuidado preventivo.

Segundo estas autoras, nem todo erro resulta em prejuízo, mas quando isto ocorre este erro pode passar a ser conhecido como evento adverso, definido como uma injúria resultante de uma intervenção médica ou de saúde, ou seja, não é um problema ocorrido pela ordem natural evolutiva da patologia ora apresentada pelo paciente (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Outros autores corroboram esta idéia e definem eventos adversos ou *adverse events* como lesões ou danos não intencionais causados pelo cuidado e não pela evolução natural da doença de base, podendo resultar em incapacidade ou disfunção, temporária ou permanente, e/ou prolongamento do tempo de permanência hospitalar ou morte como consequência do cuidado prestado (MILLS, 1978; LEAPE et al., 1991; WILSON et al., 1995; SCHIOLER et al., 2001; DAVIS et al., 2003; MICHEL et al., 2004; BAKER et al., 2004; MENDES et al., 2008) .

Magalhães e Carvalho (2000) reiteram a idéia anteriormente apresentada quando afirmam que o termo evento adverso é considerado um dano (lesão) sofrido pelo paciente e referente ao uso incorreto de medicações, à assistência médica ou de enfermagem ou a outros serviços de apoio, ocasionando falha terapêutica e complicações não previstas na internação hospitalar.

Percebe-se que EA é um fenômeno que pode ser decorrente de erros de profissionais de saúde, sejam eles médicos, enfermeiros ou outros, da má prática profissional, ou proveniente da organização hospitalar. Os EAs podem ser decorrentes da ação ou omissão dos profissionais que atuam direta ou indiretamente no cuidado aos pacientes (MENDES JUNIOR, 2007), podendo ser causados pelo déficit no gerenciamento da assistência de saúde, levando à ocorrência de

doenças secundárias ou piora das condições gerais do paciente (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Rosa e Perini (2003) salientam que é condição indispensável para a caracterização de um EA a presença de um dano à saúde do paciente, podendo este dano estar relacionado, segundo Coimbra (2004), com erros que vão desde a transfusão de sangue, cirurgias em locais errados e complicações trans e pós-operatórias, infecções hospitalares, quedas do leito e úlceras de pressão até os erros no armazenamento, preparo e administração de medicamentos.

Mesmo não sendo sinônimos, torna-se difícil dissociar eventos adversos de erros, pois os erros cometidos pelos profissionais da saúde, em especial os profissionais da enfermagem, podem colocar em risco a segurança do paciente.

Falar em erro carrega consigo uma conotação negativa, trazendo um significado de realizar algo que não é correto, algo que precisa ser corrigido.

Segundo o dicionário de língua portuguesa, o erro é um equívoco, uma incorreção, um descaminho, uma falha, um pecado (BUENO, 2007).

Quando se pensa na Enfermagem, isto se torna ainda mais evidente, pois somos “treinados” a não errar. Acredita-se que somos seres humanos não passíveis de cometer algum engano, não admitimos a falha. Pensa-se, ou quiçá, pensava-se que o erro deveria ser repreendido para que não mais ocorresse.

Biordi (1993) e Cohen et al. (1994) reiteram essa idéia quando relembram que enquanto enfermeiros e membros da equipe de enfermagem, não desejamos cometer erros pois estes violam nosso princípio ético de não causar danos.

Entende-se que o erro é, muitas vezes, cercado de uma aura de culpa, que faz com que tanto o indivíduo que o comete quanto a instituição tenha aversão em comunicá-lo (LEPLAT, 1985).

Segundo Lida (1990), diversos incidentes podem ser atribuídos ao erro humano ou ao fator humano. No entanto, quando se fala em erro humano, geralmente referimo-nos a uma desatenção ou negligência do trabalhador, o que não deixa de ser verdade, pois até o início da década de 70, os erros eram atribuídos tanto à irracionalidade como à inconsciência do indivíduo, pois as tarefas eram executadas baseando-se nas semelhanças com as já desempenhadas anteriormente e recusava-se o comprometimento com processos mais difíceis.

Entretanto, Reason (1992) destaca que nesta mesma década, desvelou-se a preocupação com os erros oriundos da limitação no

processo de informação humana, o que pode ser percebido até os dias atuais. Muitas das informações por nós recebidas não são completas, corretas ou suficientes, mas também, não se percebe em alguns profissionais a busca por informações adequadas.

Como a especialidade cardiológica é altamente complexa, os profissionais precisam estar constantemente buscando atualização, pois os equipamentos e demais tecnologias surgiram para ajudar no processo de cuidar. No entanto, para que a ação seja a esperada é preciso que os profissionais estejam aptos a trabalhar com tais tecnologias, acompanhando os avanços tecnológicos.

No meio hospitalar, em especial nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), local onde ocorre a recuperação inicial do paciente que vivenciou a cirurgia cardíaca, a abordagem dos erros que podem ocasionar EAs merece atenção. Pacientes críticos submetidos a procedimentos invasivos diversos, com condições clínicas que exigem intensa manipulação e controle, inseridos em um meio complexo, encontram-se sob risco permanente de EAs (PADILHA, 1998; SILVA, 2003).

Entende-se que o ser humano não erra sozinho, mas sim ao fazer parte de um sistema, que por sua vez não o capacita adequadamente, não faz com que este trabalhador sintam-se integrado ao ambiente, coresponsável pelo seu trabalho e apto a entender e operar a tecnologia envolvida no desempenho de sua função. Precisa-se levar em conta que o ser humano é um ser pensante, e para que ele execute esta função adequadamente é necessário que o mesmo disponha de conhecimento ou recursos que o auxiliem na tomada de decisões.

Reason (2000) destaca que existem duas abordagens distintas com relação ao erro. Uma delas o explica através das questões individuais e a outra pelos problemas apresentados pelo sistema.

A abordagem relacionada ao indivíduo explica o erro por intermédio dos processos mentais, como esquecimentos, desatenção e cansaço, ou seja, por questões relacionadas ao comportamento humano. Já a abordagem sistemática, sugere que os erros aconteçam por uma associação de fatores que pode ser melhor exemplificada pelo modelo do Queijo Suíço, desenvolvido pelo mesmo autor (REASON, 1990; 1997; 2000).

Este modelo foi desenvolvido por James Reason na tentativa de explicar a causa dos acidentes em sistemas tecnológicos complexos. Para ele, os acidentes organizacionais não ocorrem devido a um único erro humano, mas sim pela interconexão de vários fatores que ocorrem em vários níveis da organização. Destaca ainda o conceito de segurança organizacional e de como as defesas (barreiras de proteção materiais,

humanas e procedimentos) podem falhar (REASON, 1990; 1997; 2000).

Estas defesas, barreiras e proteções ocupam uma posição estratégica no sistema abordado para o bom funcionamento da segurança em sistemas complexos, tais como os hospitais. Estes, por sua vez, têm muitos níveis de defesa, sendo alguns desenvolvidos pela engenharia (alarmes, barreiras físicas, dispositivos de desativação automática, entre outros), outros se relacionam com os seres humanos e seus comportamentos (cirurgiões, anestesistas, pilotos, operadores de salas de controle, etc.), e outros dependem de procedimentos e ferramentas administrativas (REASON, 1997).

O modelo do Queijo Suíço consiste de múltiplas fatias de queijo suíço colocadas lado a lado como barreiras à ocorrência de erros. Em algumas situações os buracos do queijo se alinham, permitindo que um erro passe pelas múltiplas barreiras causando o dano. Somente no momento em que várias barreiras de proteção são violadas é que o erro pode vir a acontecer. Diante disto fica claro que não é somente um indivíduo o causador do déficit na segurança dos pacientes. Assim, não existe lógica em apenas se buscar um culpado para então puní-lo e ter a sensação de que o problema foi resolvido.

Iida (1990) reitera que o erro humano é resultante das interações homem-máquina, homem-trabalho ou homem-ambiente, em que não foram atendidos determinados padrões que eram esperados. Assim, compreende-se que não se podem definir falhas e erros considerando apenas o desempenho das pessoas ou equipamentos isoladamente (RASMUSSEN, 1987).

Kohn, Corrigan e Donaldson (2000) não nos deixam esquecer e nos fazem entender ainda melhor a importância deste trabalho ao afirmarem que temos muito a aprender com relação ao levantamento e análise dos erros, mas é certo que todo evento adverso, que ocasiona sérios danos ou a morte ao paciente, precisa ser conhecido e avaliado, para que assim possamos criar meios de reduzi-los nos sistemas de saúde.

4.2 SEGURANÇA DO PACIENTE E QUALIDADE DO CUIDADO

Qualidade pode ser definida, genericamente, como o conjunto total de atributos que deve ter um determinado serviço com vista a atender as expectativas do usuário final ou superá-las (CERQUEIRA, 1994).

No cenário internacional, há décadas que preocupações com a qualidade desencadearam análises da qualidade dos serviços de saúde, com ênfase nos cuidados hospitalares. Também no contexto brasileiro, a avaliação da qualidade no desempenho dos serviços de saúde vem ganhando relevância com o passar dos tempos (MENDES JUNIOR, 2007).

O conceito de *quality of care* foi proposto, pela primeira vez, por Codman, em 1912, que partiu do princípio de que “a observação de tudo o que acontece durante e após o tratamento é a melhor maneira de avaliar a qualidade da assistência prestada” (CODMAN, 1914).

A partir deste conceito, surge, na área da saúde, a auditoria, desvelada pela primeira vez no estudo realizado pelo médico George Gray Ward, nos Estados Unidos, em 1918, no qual foi verificada a qualidade da assistência médica prestada ao paciente por meio dos registros em prontuário (KURCGANT, 1976).

A aceitação dessas idéias levou Vergil N. Slee a criar a auditoria médica, em 1943. Já em 1972, o Congresso Americano, através do *Social Security Act* criou o *Professional Standard Review Organization*, com o objetivo de regulamentar a avaliação dos serviços de Saúde (GRANT, 1987).

Na Enfermagem, segundo Setz e D’Innocenzo (2009), a auditoria pode ser considerada o instrumento de controle da qualidade do trabalho da equipe de enfermagem, sendo utilizada com o objetivo de melhorar a qualidade do serviço prestado.

É definida também como o exame oficial de registros de enfermagem com o objetivo de avaliar, verificar e melhorar a assistência de enfermagem, objetivando um incremento na qualidade do cuidado (DEEKEN, 1960).

Para Phaneuf (1964) a auditoria é um método utilizado para avaliar a qualidade do cuidado de enfermagem através dos registros de enfermagem, após a alta do paciente.

Acredita-se que para auxiliar as atividades que visam incrementar a qualidade do cuidado pode-se lançar mão da auditoria em saúde, a qual tem entre seus princípios, além do levantamento de problemas, o auxílio na busca pelas soluções. Hoje, além de apontarem-se os problemas existentes, responsabilizamo-nos por mostrar o caminho certo, a trilha correta.

Sendo assim, a auditoria, no tangente a qualidade do cuidado, e conseqüentemente a segurança do paciente, tem papel fundamental, uma vez que é através dela que tem-se instrumentos para fazerem-se estes levantamentos de problemas e buscarem-se as soluções adequadas.

Osborne et al. (1999) e Pape (2001) salientam que os EAs constituem importantes indicadores da qualidade da assistência e, diante disto, torna-se fundamental que as instituições desenvolvam programas que conheçam e monitorem as falhas com o intuito de preveni-las futuramente, o que deve ser realizado pela auditoria interna ou externa da instituição.

No Brasil, ainda são escassos os estudos que abordam o levantamento de indicadores de qualidade, mas muito se tem trabalhado com os indicadores de segurança do paciente da AHRQ – *Agency for Healthcare Research and Quality*, apresentados no quadro 1.

Complicações na anestesia	Morte em doenças ou situações de baixa mortalidade	Corpo estranho deixado no corpo durante a cirurgia
Pneumotórax iatrogênico	Infecções relacionadas à assistência à saúde	Fratura de quadril pós-operatória
Hemorragia ou hematoma pós-operatório	Alterações fisiológicas ou metabólicas no pós-operatório	Disfunção respiratória no pós-operatório
Trombose Venosa Profunda (TVP) ou embolia pulmonar no pós-operatório	Sepse pós-operatória	Deiscência de sutura no pós-operatório de pacientes de cirurgia abdominal e pélvica
Punção acidental e laceração	Reação transfusional	Trauma de nascimento: dano ao neonato
Trauma obstétrico: em parto vaginal com instrumento	Trauma obstétrico: em parto vaginal sem instrumento	Trauma obstétrico: parto por cesariana
Úlcera de decúbito	Falha de resgate	

Quadro 1: Indicadores de Segurança do Paciente da AHRQ

Fonte: AHRQ, 2012.

No ano de 2010, a ANVISA definiu a Densidade de Incidência de Infecção Primária de Corrente Sanguínea associada ao uso de Cateter venoso central, como o primeiro indicador nacional de monitoramento obrigatório para a segurança do paciente para todos os estabelecimentos de assistência à saúde que possuem 10 ou mais leitos de Unidade de Terapia Intensiva (ANVISA, 2011).

Percebe-se ser necessário o desenvolvimento de um Plano Nacional de Segurança do Paciente e qualidade em serviços de saúde, que deve, necessariamente, se dar através do conhecimento da natureza,

da extensão e da magnitude dos eventos adversos e incidentes em serviços de saúde. Em outras palavras, um plano de segurança e qualidade resulta na implantação de um conjunto de ações para garantir a ausência de EAs, erros e incidentes, ou minimizar ao máximo as suas ocorrências (ANVISA, 2011).

Estas recomendações da ANVISA vêm ao encontro de uma das definições de qualidade da assistência ou do cuidado, citadas desde 1990, a qual, segundo o *Institute of Medicine* (IOM), define qualidade da assistência como sendo o grau em que os serviços de saúde, para indivíduos e populações, aumentam a probabilidade de resultados desejados e que são consistentes com o conhecimento profissional (BLUMENTHAL, 1996).

Nas instituições empresariais, de um modo geral, e nas de saúde, em particular, a preocupação com o atendimento à clientela que promova o máximo de satisfação e o mínimo de riscos e falhas, vem sendo um dos princípios básicos na busca pela qualidade dos serviços (PADILHA, 1998; SILVA, 2003).

A trilogia mais conhecida para avaliação dos serviços de saúde foi descrita por Avedis Donabedian, em meados de 1960, na qual conceituou três aspectos dessa abordagem, sendo eles a estrutura, o processo e o resultado assistencial (DONABEDIAN, 1990; DONABEDIAN, 1999).

No Brasil, as iniciativas de melhoria da qualidade têm sido desenvolvidas através de programas de acreditação hospitalar, certificação pela ISO (*International Organization for Standardization*), sistema integrado de gestão em organizações hospitalares, realização de auditorias de prontuário, de contas, de riscos, e outros (FELDMAN, 2002; KRISTIANE, 2003).

Em busca de uma melhor qualidade na assistência, deparamo-nos, cada vez mais, com os movimentos de Acreditação Hospitalar, que visam à segurança para os pacientes e profissionais, à qualidade da assistência e à melhoria contínua de equipes. Procura-se atingir estes objetivos através de procedimentos de avaliação dos recursos institucionais, que tendem a garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente aceitos (ONA, 2010). Hoje, as instituições de saúde buscam cada vez mais essa parceria, e por isso acredita-se que o cuidado vai sendo melhorado gradativamente.

O Governo Brasileiro, através do Ministério da Saúde, está desenvolvendo o Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar com base no Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde, criado pela Portaria GM/MS 1.107, de 14 de junho de 1995. O

processo de Acreditação Hospitalar no Brasil está sendo operacionalizado pela Organização Nacional de Acreditação - ONA, com reconhecimento do MS através da Portaria 538, de 17 de abril de 2001 (AZEVEDO et al., 2002).

Há também, no Brasil, já há alguns anos, instrumentos oficiais de avaliação do desempenho das organizações hospitalares do Sistema Único de Saúde- SUS, que se utilizam um conjunto de critérios que os hospitais devem preencher, a partir de padrões preestabelecidos, tendo por base a aplicação de conceitos e técnicas da qualidade total (QUINTO NETO, 2000). Fato similar pode ser observado nos hospitais da rede privada suplementar, que fazem uso de certificações proferidas por organizações avaliadoras de reconhecimento internacional como diferencial de mercado, demonstrando uma crescente preocupação com a qualidade (GURGEL JUNIOR; VIEIRA, 2002).

A Organização Nacional de Acreditação - ONA² foi criada em maio de 1999, e tornou-se o órgão regulador e credenciador do desenvolvimento da melhoria da qualidade da assistência à saúde no âmbito nacional (ONA, 2000). Esta organização conta com um modelo de manual que utiliza três níveis de padrões de avaliação variando do mais simples ao mais complexo, incluindo a descrição de critérios que devem ser cumpridos integralmente por todos os serviços e departamentos, para que seja aceita a conformidade institucional. O primeiro nível desta acreditação diz respeito à Segurança do Paciente (MALIK, SCHIESARI, 1998; BRASIL, 2001).

Sob o enfoque da assistência hospitalar, a segurança dos pacientes constitui compromisso ético assumido pelos profissionais de saúde, sendo a ausência de EAs meta a ser cumprida na garantia de uma assistência com qualidade (PADILHA, 1998; SILVA, 2003). Assim, a discussão sobre a qualidade do cuidado nos serviços de saúde está voltando-se cada vez mais para a questão da prevenção da ocorrência de EAs (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

Na busca pela detecção e prevenção de EAs, foi desenvolvida pela ANVISA a Rede Brasileira de Hospitais Sentinela, a qual tem como finalidade notificar eventos adversos e queixas técnicas de produtos de saúde, sangue e hemoderivados, materiais e equipamentos médicos hospitalares (ANVISA, 2011; CASSIANI, 2010).

Além disto, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), no

² ONA é uma organização não governamental caracterizada como: “pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos e de interesse coletivo”, com abrangência de atuação nacional (ONA, 2010).

ano de 2005, criou a Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente. Esta iniciativa foi adotada no Brasil por um grupo de enfermeiros em 2008, dando origem a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), que tem como objetivo fortalecer a assistência de enfermagem com segurança e com qualidade (CASSIANI, 2010).

A Rede Brasileira atua em diversos polos, incluindo São Paulo, Santa Catarina e Paraná, bem como a partir da primeira reunião foram criados grupos de trabalhos estaduais, nos quais se encontra o Rio Grande do Sul (REBRAENSP, 2009).

Neste sentido, vislumbra-se a questão da segurança do paciente. Segurança é definida como estar livre de um dano ou injúria acidental, sendo considerado o primeiro passo para um cuidado ou assistência de qualidade (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

A assistência hospitalar deve estar voltada a um máximo de qualidade da assistência, o que implica na segurança do paciente. Esta segurança pressupõe um mínimo de falhas no decorrer do atendimento ao paciente e prevenção de todo e qualquer desvio que possa ocorrer durante o processo de internação (SILVA; PADILHA, 2001).

Levando-se isto em consideração foram elaboradas as Metas Internacionais de Segurança do Paciente. São elas: identificar corretamente os pacientes antes da realização de procedimentos e exames; melhorar a comunicação dos profissionais, especialmente nas ordens verbais e telefônicas; melhorar a segurança dos medicamentos de alta vigilância; assegurar a realização de cirurgias em local de intervenção, procedimento e pacientes corretos; reduzir os riscos de infecções associadas aos cuidados de saúde; reduzir os riscos de lesões ao paciente decorrentes de quedas (JCI, 2007).

Então, construir a segurança é uma forma de incrementar a qualidade da assistência. Para se chegar a este objetivo, não se devem punir os culpados, mas sim buscar-se a prevenção de erros futuros, projetando segurança no sistema de saúde (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Percebe-se que nesta perspectiva, as instituições passam a ter maior condição de identificar e compreender a ocorrência de erros que poderão levar a ocorrência de um EA, e assim, promover uma cultura de segurança e de qualidade da assistência, centrada não apenas nos recursos humanos, mas em todos os aspectos que envolvem uma instituição de saúde, entre eles os aspectos clínicos dos pacientes e a estrutura física e de material/equipamentos (TOFFOLETTO, 2008).

Os autores do livro *To Err is Human*, defendem que nenhuma

ação isolada pode resolver por completo as questões de segurança e qualidade. É necessário um trabalho em conjunto, associando o conhecimento de fatores internos, tais como a presença de uma forte liderança e de uma cultura organizacional que estimula o reconhecimento dos erros e aprende com os mesmos, e externos, definidos como a disponibilidade de conhecimentos e ferramentas que aprimorem a segurança, vinculados a realização do cuidado (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

No mundo em que se vive hoje, com o sistema de saúde ofertado, com a cultura de segurança que ainda precisa-se desenvolver, compreende-se que pesquisas, construção de novos conhecimentos, aprimoramento e desenvolvimento de ações que envolvam estes conhecimentos, compreensão do erro e de sua causa, ainda são necessários para que se atinja o objetivo de realizar-se um cuidado de qualidade.

Parece-nos oportuno finalizar esta primeira reflexão com a frase de Kohn, Corrigan e Donaldson (2000, p. 30): *“To err is human, but errors can be prevented. Safety is a critical first step in improving quality of care”*. Errar é humano, mas erros podem ser evitados. Segurança é o primeiro passo na melhoria da qualidade do cuidado (tradução própria).

4.3 CULTURA DE SEGURANÇA E O *SAFETY ATTITUDES QUESTIONNAIRE* (SAQ)

O termo cultura de segurança foi introduzido após o acidente nuclear de Chernobyl em 1986, utilizando-o de forma mais clara e objetiva (COOPER, 2000). A definição de cultura de segurança é derivada de um conceito mais amplo de cultura. A cultura compreende características de comportamentos que são exclusivas dos seres humanos, traz consigo a noção de comportamento aprendido e ensinado, em vez de instintivo ou herdado (SANTOS, 2005).

Por outro lado, a cultura tem impacto sobre o comportamento no trabalho e influencia o comportamento humano, mesmo que o ser humano não queira. A cultura influencia o modo como sentimos, agimos, pensamos e tomamos decisões. Dessa forma, quando alguém é recém inserido em uma cultura aprende o que é considerado um comportamento aceitável ou não (BARBOSA; ROCHA, 2010).

A cultura de segurança geralmente se refere a um conjunto de

crenças, valores e atitudes partilhadas por membros de uma organização, que se refletem nas suas ações diárias. Considerando esta definição, a incidência diária de múltiplos eventos adversos em hospitais e clínicas, alguns deles fatais, é o resultado da ausência de uma cultura de segurança que gera rotineiramente hábitos e práticas de segurança (FRANCO, 2005).

A cultura de segurança é cada vez mais reconhecida como uma estratégia importante para a melhoria do déficit generalizado na segurança do paciente. É definida e medida de várias maneiras, Pode-se dizer que, em essência, a cultura é o modo como fazemos as coisas por aqui, sendo que o aqui se refere à unidade de trabalho (PRONOVOST; SEXTON, 2005).

Estudos recentes do IOM alertam para as deficiências nas práticas de saúde atuais, apelando para a melhoria da cultura de segurança. Embora atualmente exista um debate quanto à definição precisa da cultura de segurança e adequação das condições do clima de segurança, há um acordo geral de que a cultura de segurança emerge das crenças compartilhadas, atitudes e valores do pessoal de uma organização (SEXTON; HUANG; CLERMONT, 2007).

A construção de uma cultura de segurança envolve o compromisso com a segurança, articulado nos níveis mais altos da organização e traduzido em valores, crenças e normas de comportamento em todos os níveis, além de recursos, incentivos e benefícios previstos pela organização para permitir que este compromisso possa ocorrer. Salienta-se, ainda, que a segurança deve ser elencada como prioridade, permitindo uma comunicação freqüente e sincera entre os trabalhadores e entre os níveis organizacionais, proporcionando abertura para o relato dos problemas e dos erros quando e como eles ocorrem. Além disso, deve-se valorizar e estimular a aprendizagem organizacional, buscando-se resolver os problemas com intuito de melhorar o desempenho do sistema, ao invés de se estabelecerem culpas individuais (SINGER et al., 2003).

Na prática diária, percebe-se que os profissionais, na sua grande maioria, persistem em apontar os culpados, omitir os fatos e tentar se excluir do cenário em que o erro ocorreu. A notificação e a aceitação da existência de eventos adversos facilitam a investigação do processo em que o erro ocorreu, pois falhas acontecem. Os erros e eventos adversos devem ser analisados para elucidar as possíveis causas, direcionando medidas de prevenção e redução de erros (BECCARIA et al., 2009).

Acredita-se que a cultura punitiva, que historicamente tem pairado nas instituições de saúde, gera mais danos que benefícios. Além

disso, acreditando-se que sempre haverá erros, a ação mais lógica e necessária para a organização deve ser dirigida para a criação de uma cultura institucional educativa e não punitiva, tendo-se como ponto de partida relatórios e análise de erros e eventos adversos (FRANCO, 2005).

As organizações de saúde precisam de esforços para superar a cultura tradicional da culpa e do castigo, e incentivar a cultura da segurança, baseada na cultura do relato e do aprendizado (QUINTO NETO, 2006). Os profissionais de saúde devem se sentir seguros ao relatarem a ocorrência de um erro (NASCIMENTO et al., 2008).

A cultura de segurança pode ser mensurada através da utilização de instrumentos de avaliação de clima de segurança, que objetivam descobrir as atitudes da força de trabalho e suas percepções em um determinado período (HSE, 2005).

O primeiro passo para avaliar-se a cultura de segurança do paciente é garantir que o instrumento de pesquisa utilizado seja validado e confiável, possibilitando-se dimensionar o que se quer medir e produzir resultados semelhantes ao repetir a medição. É importante destacar que quando o número de respondentes for inferior a 60%, os dados representam as opiniões desses profissionais, e não a cultura; desse modo os resultados devem ser utilizados com cautela (PRONOVOST; SEXTON, 2005).

O *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) é um questionário que avalia as atitudes do cuidador relevantes para a segurança do paciente. É considerado como o instrumento mais adequado, sendo utilizado em estudos em todo o mundo, o que facilita principalmente iniciar o processo para melhorar a segurança do paciente (JCI, 2007).

A recomendação é que os hospitais devem aplicar o SAQ a cada 12 a 18 meses para gerar um perfil aprofundado dos pontos fortes e fracos dentro de uma determinada área de cuidados, por meio de seis dimensões: percepções de gestão, clima de trabalho em equipe, reconhecimento de estresse, clima de segurança, satisfação no trabalho e condições de trabalho, possibilitando a implementação de intervenções apropriadas (JCI, 2007).

As pesquisas que investigam a cultura de segurança procuram interpretar os problemas relacionados à segurança do paciente que são específicos em cada unidade, buscando conhecer e incorporar as contribuições decorrentes do estudo (MARCK; CASSIANI, 2005). Além disso, a avaliação da cultura de segurança deve incluir uma apresentação dos resultados encontrados à equipe, bem como aos gestores, seguido de um plano de intervenções para promover a cultura

e, conseqüentemente, a segurança do paciente (PRONOVOST; SEXTON, 2005).

A experiência de hospitais e instituições de saúde demonstra que a partir da avaliação periódica da cultura de segurança nessas organizações, o diálogo regular e discussões sobre os pacientes tornaram-se mais freqüentes, com o objetivo de criar soluções para os problemas existentes (JCR, 2007; SEXTON et al., 2006).

A aplicação do SAQ para a identificação de pontos fortes e fracos e também para a implementação de intervenções pertinentes não significa que a ocorrência de EAs ou danos possa ser totalmente evitada. No entanto, fica assegurado que os cuidados de saúde prestados são tão seguros quanto possíveis e, que, em situações onde algo possa dar errado, as ações corretivas serão tomadas em um curto espaço de tempo e com base na melhor evidência disponível (IOM, 2000).

4.4 FATORES QUE INFLUENCIAM NA SEGURANÇA DO PACIENTE QUE VIVENCIOU CIRURGIA CARDÍACA

A cirurgia cardíaca é uma situação complexa e que exige grande preparo dos profissionais nela envolvidos. Os momentos após a realização do procedimento são de vital importância para a adequada recuperação do paciente, exigindo atenção, profissionalismo, capacidade e habilidades técnicas e científicas, em especial da equipe de enfermagem, pois são estes profissionais que passarão, a partir deste momento, a monitorar o paciente de forma contínua e sistemática, visando a sua recuperação hemodinâmica.

O tempo imediatamente após a cirurgia cardíaca é vital para a pessoa que se submete à mesma, pois é neste momento que se avalia o desempenho do coração e a estabilidade hemodinâmica (DE GASPERI, 2005).

O pós-operatório é o período durante o qual ocorre a recuperação do paciente. Nele, a assistência de enfermagem está relacionada com as intervenções destinadas a prevenir ou tratar complicações e proporcionar ao paciente o retorno às atividades do cotidiano (ROCHA; MAIA; SILVA, 2006).

Neste momento fundamental da recuperação do paciente é indispensável enfatizar o cuidado de qualidade e seguro.

Acredita-se que uma das condições indispensáveis para este cuidado seguro e de qualidade esteja nos conhecimentos específicos

necessários à equipe de enfermagem, conhecimentos estes que envolvem desde os primeiros e rotineiros cuidados a um paciente que interna em uma unidade de terapia intensiva, até a capacidade de reconhecer e saber agir diante das possíveis complicações da cirurgia cardíaca, perpassando pelas questões preconizadas pela OMS (2003). Cita-se aqui a higienização das mãos, diminuição dos riscos de quedas, comunicação efetiva entre a equipe de saúde, identificação correta do paciente e redução nos índices de infecção.

As metas preconizadas pela OMS (Organização Mundial da Saúde) e pela JCI (*Joint Commission International*) foram discutidas no capítulo anterior. Neste momento, será dada especial atenção aos cuidados de enfermagem que deverão ser realizados para e com o paciente no momento pós-operatório.

Para Smeltzer e Bare (1999), a principal finalidade do período pós-operatório é restabelecer o equilíbrio fisiológico da pessoa, promovendo conforto, alívio da dor e evitando o surgimento de complicações.

De acordo com Hudak e Gallo (1997) a assistência de enfermagem deve atentar para os seguintes aspectos: ventilação e oxigenação, ritmo cardíaco, estabilidade hemodinâmica, drenagens torácicas e sangramentos, débito urinário, hipotermia e estado neurológico.

A partir da investigação da literatura e bases de dados percebe-se que não existem protocolos de cuidado de enfermagem em pós-operatório de cirurgia cardíaca disponíveis para acesso. Cada instituição desenvolve internamente seu próprio protocolo.

Salienta-se que a instituição na qual os dados foram coletados não tem protocolo de atendimento implementado.

Assim, optou-se por desenvolver um estudo bibliográfico com o intuito de estabelecerem-se cuidados considerados indispensáveis para um cuidado seguro e de qualidade aos pacientes que vivenciaram uma cirurgia cardíaca.

Este estudo foi realizado em artigos científicos, páginas de clínicas de cardiologia e hospitais através da *internet*, protocolos de atendimento dos hospitais locais, bem como nas literaturas existentes. A partir deste estudo elaborou-se um instrumento, que foi utilizado na observação sistemática dos profissionais da enfermagem, realizada ao longo deste estudo (APÊNDICE A).

A seguir, serão abordados aspectos considerados fundamentais para um cuidado seguro e de qualidade aos pacientes que vivenciaram uma cirurgia cardíaca, explicitando seus fundamentos científicos.

Salienta-se que nem todos os procedimentos foram abordados, evidenciando-se a necessidade de ampliação do estudo.

Na percepção de que o paciente é agente ativo na realização de seu cuidado e não mero expectador, destaca-se a necessidade de orientações quanto aos procedimentos que serão realizados com esta pessoa (DE GASPERI, 2005), esteja ela consciente ou não, uma vez que, conforme Puggina e Silva (2009), não se pode ainda provar que a audição do paciente em coma está totalmente preservada, mas estudo recente realizado por estas autoras evidencia alterações fisiológicas nestes pacientes quando uma mensagem falada foi passada a eles.

Sendo assim, neste estudo, as orientações fornecidas ao paciente antes e durante a execução de qualquer procedimento, assim como a apresentação do profissional, foram consideradas para um cuidado seguro e de qualidade.

4.4.1 Apresentação pessoal

Neste item incluem-se as roupas utilizadas pelos profissionais durante o atendimento ao paciente, bem como os acessórios e penteado de cabelo.

Para El Sarraf (2004) o uso de uniformes apresenta vantagem principalmente no que diz respeito à praticidade, conforto e segurança, entre outros. No estudo que realizou, evidenciou que ao escolher-se uma vestimenta deve-se levar em consideração aspectos como funcionalidade, bem-estar, segurança, proteção contra doenças, entre outros.

De acordo com a Norma Regulamentadora 32 (NR 32), deve ser vedado aos profissionais de saúde o uso de adornos, tais como pulseiras, brincos que fiquem para fora do lóbulo da orelha, anéis, com exceção das alianças de noivado e casamento, e o uso de sapatos abertos. O empregador deve oferecer vestimentas adequadas, ficando responsável por sua adequada higienização, proporcionando ao profissional que o mesmo faça a troca de roupas no local de trabalho (BRASIL, 2011).

Leão (2007) ressalta que os adornos que podem prejudicar a lavagem das mãos devem ser evitados, assim como é importante manter as unhas curtas e com esmaltes íntegros.

A utilização de roupas adequadas para a enfermagem começou com o uso de uniformes, ainda em 1890, na Inglaterra. Nesta época as próprias estudantes de enfermagem confeccionavam suas roupas, as

quais representavam um risco para a saúde, uma vez que as saias eram longas demais e as mangas e punhos eram extremamente ajustados, impedindo uma adequada lavagem das mãos. Com a introdução da teoria microbiana, as saias e as mangas passaram a ser mais curtas, não carregando mais sujidade do chão e permitindo uma melhor lavagem das mãos. Também nesta época, instituiu-se o uso de gorros, uma vez que as mulheres tinham cabelos longos e pouco tempo para cuidá-los (ATKINSON; MURRAY, 2008).

4.4.2 Lavagem das mãos

Lavar as mãos é um ato simples, barato, rápido e que faz diferença para a segurança dos pacientes e profissionais, uma vez que se sabe que os locais de tratamento de saúde, em especial os hospitais, apresentam um número e uma variedade grande de microorganismos capazes de causar danos à saúde das pessoas. A higienização das mãos com produtos adequados reduz os riscos de transmissão de doenças.

No entanto, estudos apresentados pela ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária - sobre o tema, avaliam que a adesão dos profissionais ao ato de higienização das mãos de forma constante e rotineira, ainda é insuficiente. Destaca também a importância do incentivo e sensibilização do profissional de saúde quanto a esta questão. Todos devem estar conscientes da importância da higienização das mãos na assistência à saúde para a segurança e qualidade da atenção prestada (BRASIL, 2007).

A legislação brasileira, por meio da Portaria n. 2.616, de 12 de maio de 1998, e da RDC n. 50, de 21 de fevereiro 2002, estabelece, respectivamente, as ações mínimas a serem desenvolvidas com vistas à redução da incidência das infecções relacionadas à assistência à saúde. Estes instrumentos normativos reforçam o papel da higienização das mãos como ação mais importante na prevenção e controle das infecções em serviços de saúde (BRASIL, 2007).

A Organização Mundial da Saúde traz como primordial, desde o lançamento da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, em 2005, a higienização das mãos. Em 2009 lançou a campanha “Salve vidas – Higienize suas mãos”, a qual reforça a necessidade e importância da higienização das mãos dos profissionais de saúde, em especial à beira do leito (OPA, 2010).

Esta preocupação com o controle das infecções e da resistência

bacteriana persiste quando referimo-nos à realização de procedimentos cirúrgicos, sendo fundamental que o procedimento operatório em si seja seguro para pacientes e profissionais, incluindo os objetivos de prevenção de infecção do sítio cirúrgico, tornando-se assim fundamental a correta lavagem das mãos (OMS, 2009).

A técnica completa dos diversos tipos de lavagem das mãos pode ser acessada no manual elaborado pela ANVISA, intitulado 'Higienização das mãos em serviços de saúde', publicado em 2007 e disponível em meio eletrônico (BRASIL, 2007).

Salienta-se que para a lavagem eficiente das mãos, deve-se atentar para alguns detalhes, os quais serão abordados a seguir, baseados nas normas da ANVISA (BRASIL, 2007).

- Os produtos utilizados para tal procedimento podem variar desde água e sabão, passando pelas preparações alcoólicas, chegando ao uso de antissépticos.

- Ao iniciar o turno de trabalho, após as refeições, após o uso do toalete, antes de preparar medicações e quando as mãos estiverem visivelmente sujas, as mãos devem ser lavadas com água e sabão, fazendo-se fricção até no mínimo a altura do punho, durante aproximadamente sessenta segundos (BRASIL, 2003; 2007).

- A higienização com preparação alcoólica deve ser feita quando as mãos não estão visivelmente sujas, antes e após entrar em contato direto com o paciente, ao mudar de um sítio corporal contaminado para outro limpo, após contato com objetos. A preparação deve ter concentração entre 60% e 80%, colocando-se cerca de 2 a 3 ml na palma da mão e friccionando-se até a completa absorção, aproximadamente 20 a 30 segundos (BRASIL, 2003; 2007).

- Os produtos antissépticos são utilizados nos casos de precaução de contato recomendada para pacientes portadores de microorganismos multirresistentes, no pré-operatório e antes de realizar procedimentos invasivos. O procedimento deve incluir a lavagem das mãos até o antebraço e ter duração entre 3 a 5 minutos (BRASIL, 2007).

4.4.3 Identificação do paciente

A identificação do paciente é fundamental para qualquer cuidado que se venha a desempenhar, uma vez que as necessidades de cada paciente são individuais.

São vários os autores que, ao apresentarem a administração de

medicamentos, trazem a aplicação das nove certezas, entre elas, o paciente certo.

Se a identificação é importante para a medicação, é também para a realização do exame físico, dos procedimentos a serem executados, sejam eles invasivos ou não, para a coleta de dados, para o acompanhamento da evolução do estado de saúde, e, até mesmo, para criar vínculo com a pessoa que, neste momento, necessita de cuidado.

Aprende-se que ao atender-se um paciente, deve-se fazer a apresentação pessoal e chamá-lo pelo nome completo, para confirmarmos que falamos com a pessoa certa.. O preenchimento da ficha de atendimento ou prontuário também deve conter a identificação completa do mesmo.

No entanto, percebe-se que com o passar do tempo este hábito acaba por perder a devida importância. Talvez pela correria imposta no dia-a-dia não se encontre tempo para olhar a identificação do paciente, nem tempo de cumprimentá-lo e assim conhecer seu nome.

Pepper (1985) apresenta um estudo no qual se evidencia que 11,4% dos pacientes não estavam bem identificados. Outro estudo realizado por Miquelin, Cassiani e Bueno (1998), no Brasil, mostra que o erro mais freqüente cometido por profissionais foi a administração de medicamentos a pacientes equivocados.

Independentemente de ter-se ou não tempo e disposição para conhecer o paciente, fica claro, com as Metas Internacionais de Segurança, a importância de identificar corretamente o paciente. A *Joint Comission International* (JCI) orienta que, ao realizar-se qualquer procedimento, deve-se lançar mão de pelo menos duas formas de identificação do paciente, lembrando que o número do quarto e leito não é uma forma segura de identificá-lo (JCI, 2007).

4.4.4 Posicionamento do paciente no leito

O paciente que vivencia uma cirurgia de grande porte, como uma cirurgia cardíaca, permanece por aproximadamente 24 horas no leito, necessitando ser posicionado e mobilizado pelos profissionais de saúde.

Posicionar o paciente corretamente no leito é fundamental para que se possa manter uma adequada circulação, evitando-se desta forma a formação ou aumento do edema e das possíveis úlceras de pressão.

Sabe-se que o estado geral do paciente é importante, uma vez que o corpo pode enfrentar uma pressão externa maior quando está saudável

do que quando está doente. Desta forma, a mobilidade ou a atividade reduzida, como ocorre em um momento pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca, contribui para o desenvolvimento de úlceras de pressão (IRION, 2003).

O fato de não poder se movimentar diminui a capacidade do paciente em aliviar a pressão em partes do seu corpo, devido à habilidade diminuída para mudar e controlar a posição do corpo, o que aumenta a probabilidade de que ele esteja exposto à prolongada e intensa pressão e, conseqüentemente, ao desenvolvimento de úlceras por pressão (IRION, 2003).

Uma pressão de intensidade baixa, por um longo período de tempo, pode gerar dano ao tecido epitelial, assim como uma pressão de intensidade alta, por um período curto de tempo. Isto está relacionado à tolerância tissular que pode estar reduzida em função do momento peri-operatório vivenciado, que exige uma redução na mobilidade do paciente (POTTER, 2002).

O paciente que fica acamado sofre influência de fatores extrínsecos, que influenciam a tolerância tissular pelo impedimento da circulação sobre a superfície da pele, e de fatores intrínsecos, relacionados às variáveis do estado físico do paciente, que influenciam a arquitetura e integridade tanto da pele e estruturas de suporte quanto do sistema vascular e linfático (SMELTZER; BARE, 2005).

A influência negativa no sistema vascular e linfático pode levar ao desenvolvimento de edemas e trombose venosa profunda, esta última tendo como etiologia além do repouso intenso, o fluxo sanguíneo diminuído, que ocorre logo após os procedimentos cirúrgicos (RIBEIRO; NETTO; LAGE, 2006).

É evidente que existem diversas formas de profilaxia destes problemas. No entanto, para este estudo, deu-se ênfase à necessidade de prover mobilidade no leito para o paciente, atentando-se para a mudança de decúbito sistematizada de acordo com a necessidade de cada paciente, normalmente de duas em duas horas, e à importância de aliviarem-se proeminências ósseas, mantendo a posição anatômica, sempre que possível (URSI, GAVAO, 2006; SMELTZER, BARE, 2008).

4.4.5 Segurança no leito - riscos de quedas

Outro dado relevante está relacionado às possibilidades de danos ocasionados por quedas. Assim, entendemos que um leito adequado e a

atenção com as medicações que estão sendo utilizadas, uma vez que algumas medicações podem ocasionar agitação psicomotora ou relaxamento excessivo da musculatura, possibilitando a ocorrência de quedas, nos ajudam a manter o paciente seguro, enquanto este permanecer acamado.

A JCI (2007) apresenta a redução no risco de quedas como uma das metas internacionais para a segurança, salientando que é necessário avaliar constantemente o risco de queda apresentado pelo paciente, incluindo os riscos potenciais associados ao esquema medicamentoso.

Estudo realizado em 2010 mostra que a causa de quedas mais freqüente são as que ocorrem do próprio leito do paciente (55%), seguida pelas quedas de própria altura (38,8%) (PAIVA et al., 2010).

Acredita-se que algumas medidas são importantes para prevenir as possíveis quedas do leito, tais como dispor os itens pessoais ao alcance do paciente e manter o leito em condições seguras, ou seja, as rodas travadas e as grades laterais elevadas, entre outras (MARIN; BOURIE; SAFRAN, 2000).

4.4.6 Passagem de plantão

A cada final de turno de trabalho é necessário que seja feita a passagem de informações acerca do estado de saúde e recuperação dos pacientes, mas muitas vezes, na nossa opinião, estas informações são passadas de forma mecanizada e podem não expressar as reais necessidades e evoluções das pessoas que estão sendo cuidadas.

Segundo Siqueira e Kurcgant (2005), é na passagem de plantão que deve acontecer a transmissão de informações entre os profissionais que terminam e os que iniciam o período de trabalho, abordando o estado dos pacientes, tratamentos, assistência prestada, intercorrências, pendências e situações referentes a fatos específicos da unidade de internação que merecem atenção.

A passagem de plantão feita pela enfermeira do centro cirúrgico (CC) para a enfermeira da UTI, no caso de um pós-operatório de cirurgia cardíaca, deve ser a mais completa possível, abordando desde a indução anestésica, o ato cirúrgico e a finalização do procedimento, além dos sinais vitais, informando a ocorrência ou não de intercorrências.

Esta passagem de informações pode ser feita pelo telefone, antes da recepção do paciente pela enfermeira da UTI, ou no momento em que

esta vai ao centro cirúrgico buscar o paciente. Salieta-se que a passagem de plantão feita pelo telefone, com antecedência de aproximadamente 30 minutos viabiliza um preparo adequado da enfermeira, equipe de enfermagem e espaço físico para receber o paciente em pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca, idéia esta corroborada por Sampaio (2004).

Uma passagem de plantão executada de forma satisfatória torna possível desenvolver um processo de tomada de decisão que reverta em benefícios para o paciente e equipe (REDA; PENICHE, 2008).

Como já relatado, os cuidados de enfermagem numa unidade de recuperação cirúrgica exigem do enfermeiro e sua equipe tomada de decisões rápidas e conscientes. Acredita-se que isto possa ser facilitado e aprimorado ao termos informações exatas e completas sobre o estado de saúde do paciente que acabou de vivenciar a cirurgia cardíaca, ou seja, através de uma passagem de plantão realizada entre enfermeiros, com informações relevantes sobre o quadro apresentando pelo paciente.

Optou-se por apresentar um conjunto de autores que nos levaram a entender as principais informações que devem ser passadas à enfermeira da UTI pela enfermeira do CC no momento de transferência do paciente que vivenciou a cirurgia cardíaca em busca da recuperação.

Baseado nas idéias de Hudak e Gallo (1997), Sampaio (2004), Teixeira (2004), Smeltze e Bare (2008), Meeker e Rothrock (2008), conclui-se que é de fundamental importância que a enfermeira e equipe de enfermagem que irão admitir o paciente na UTI sejam informados quanto ao valor dos sinais vitais no momento da transferência e durante o procedimento cirúrgico (caso tenha ocorrido alguma alteração significativa); presença e localização de drenos; presença e localização de acessos venosos e arteriais; localização da (s) sutura (s); ocorrência de sangramento considerado aumentado para o procedimento; presença de tubo oro - traqueal; intercorrências ocorridas durante o procedimento; resultados dos balanços hídrico e sanguíneo; resultados da gasometria arterial, dosagens séricas de sódio e potássio, hematócrito e hemoglobina; medicações administradas durante o procedimento e medicações que o paciente está e deve continuar recebendo, em especial aquelas que irão necessitar de bomba de infusão.

4.4.7 Verificação dos sinais vitais

Sinais vitais são dados objetivos que indicam o grau de

funcionamento do organismo humano. Devem incluir, além da avaliação da frequência respiratória, o pulso, a pressão arterial, a temperatura e a avaliação da dor.

Sabe-se que a aferição ou verificação dos sinais vitais tem sua rotina alterada de acordo com as especificações de cada paciente e das próprias unidades de internação.

O paciente que vivenciou uma cirurgia cardíaca deve ter a rotina de verificação dos sinais vitais baseada na necessidade de verificação de um paciente que está vivenciando um pós-operatório imediato, incluindo-se a avaliação dos pulsos pedioso e tibial, além do radial (SMELTZER; BARE, 2008).

Sugere-se que, durante a primeira hora pós-cirurgia, os sinais vitais devem ser verificados a cada quinze minutos; se não houver alterações, a frequência de verificação dos mesmos passa a ser feita a cada trinta minutos na segunda hora. A partir da terceira hora passa-se a verificá-los a cada sessenta minutos, consecutivamente, até completarmos as seis ou vinte e quatro horas de permanência no Centro de Recuperação, UTI (Unidade de Terapia Intensiva) ou UCOR (Unidade Coronariana) (CUNHA et al., 1977; SMELTZER, BARE, 2008).

Já Sampaio (2004) salienta que os sinais vitais podem ser verificados a cada hora durante as primeiras 12 horas e após, podem ser verificados de duas em duas horas até a transferência do paciente para a unidade de internação.

Acredita-se, baseando-nos nas experiências profissionais e literaturas existentes, que o procedimento cirúrgico cardíaco implica em alterações severas no equilíbrio hemodinâmico e hidroeletrólítico do paciente, podendo afetar diretamente os sinais vitais. Por isso, preconiza-se a aferição a cada 15 minutos na primeira hora, a cada 30 minutos na segunda hora, a cada 60 minutos até completar as primeiras 6 horas de pós-operatório e estabilização dos sinais vitais, passando a ocorrer de acordo com a rotina da unidade de terapia intensiva nas horas subsequentes, ou seja, a cada duas horas.

4.4.8 Instalação da Monitorização Cardíaca Contínua (MCC) e oxímetro

Até por volta de 1960, as arritmias cardíacas não pareciam ter tanta importância para o paciente que se recuperava de um evento cardiológico; aparentemente não eram uma complicação freqüente do

infarto agudo do miocárdio (MELTZER, 2000).

Segundo este mesmo autor, esta idéia errônea acerca das arritmias provavelmente se deu em função de não se ter ainda disponível um monitor cardíaco. As arritmias eram avaliadas através do exame físico e dos traçados eletrocardiográficos rotineiros, ou seja, aqueles que eram feitos uma ou, no máximo, duas vezes por dia (MELTZER, 2000).

Hoje, o eletrocardiograma (ECG) do paciente pode e deve ser continuamente observado, buscando-se perceber arritmias e distúrbios de condução. Esta observação se dá por meio de um osciloscópio colocado à cabeceira do leito do paciente, ou ainda, em alguns casos, em uma estação de monitoramento central (SMELTZER; BARE, 2008).

Para realizar-se a monitorização cardíaca contínua (MCC) e a avaliação do ECG, é preciso entender os princípios dos mesmos.

Cada batimento cardíaco é resultado de um estímulo elétrico. Este impulso é conduzido através de uma rede de fibrinas que irá estimular a contração do músculo. Este mesmo impulso alcança a superfície do corpo e pode, então, ser detectado pelos eletrodos fixados na pele (MELTZER, 2000). Através destes estímulos captados pelos eletrodos pode-se identificar arritmias cardíacas e monitorar o segmento ST, possibilitando também a avaliação de alterações indicativas de isquemia ou infarto do miocárdio (SMELTZER; BARE, 2008).

A MCC é padrão para pacientes que apresentam alto risco de desenvolver algum tipo de arritmia, incluindo-se neste caso os pacientes que vivenciaram e estão se recuperando de uma cirurgia cardíaca (SMELTZER; BARE, 2008).

Para que o MCC possa desempenhar de forma adequada suas funções é necessário que a colocação dos eletrodos seja feita de maneira correta, e, para isto a pele deve ser preparada, ou seja, pode ser necessário fazer tricotomia no local de fixação do eletrodo e limpeza deste local com álcool ou solução fisiológica, bem como manter o local seco. Além disto, os eletrodos em geral são descartáveis, e já contem a geléia adesiva e condutora, sendo necessário que os mesmos sejam abertos apenas no momento da sua colocação na pele (MELTZER, 2000).

É importante, também, atentar-se para os locais de fixação destes eletrodos. A MCC pode ser realizada com três, quatro ou cinco eletrodos. Em geral utiliza-se a MCC com três eletrodos, positivo, negativo e terra.

A função dos eletrodos é variável de acordo com a derivação utilizada, no entanto a mais comum é a DII (derivação dois), na qual o eletrodo colocado no braço esquerdo (BE) corresponde ao terra, o

eletrodo colocado no braço direito (BD) corresponde ao negativo e o eletrodo colocado na perna esquerda (PE) corresponde ao positivo. É importante salientar que os eletrodos são todos dispostos no tórax e as nomenclaturas BD, BE e PE correspondem a locais reflexos destes membros (HUDAK, GALLO, 2007; KNOBEL, 2006).

Juntamente ao MCC, deve-se utilizar um oxímetro acoplado a um dos dedos da mão do paciente, lobo da orelha ou ainda ponte do nariz. O valor de saturação deve ficar entre 95% e 100% e o oxímetro deve ser mantido até a alta da UTI. A saturação abaixo de 85% indica que os tecidos não estão recebendo quantidade de oxigênio suficiente (SMELTZER; BARE, 2008).

O trabalho de contratilidade do coração consome oxigênio, evidenciando a importância de ter-se a saturação arterial adequada. De acordo com Guyton e Hal (1997) o consumo de oxigênio pelo coração está diretamente relacionado com o trabalho cardíaco, portanto, é necessária uma quantidade apropriada de oxigênio circulante para que o trabalho cardíaco, ou seja, a quantidade de sangue bombeado e a pressão arterial com a qual ele é bombeado, sejam adequadas.

Como se sabe, o pós-operatório de uma cirurgia cardíaca é cercado pela busca da estabilidade hemodinâmica e do retorno das funções fisiológicas do coração, além de ser um momento de grande estresse fisiológico e psicológico para o paciente, o que por sua vez pode elevar o consumo de oxigênio. Sendo assim, adotou-se como adequada neste estudo a saturação sugerida por Smeltzer e Bare (2008), ou seja, entre 95% e 100% de saturação de oxigênio arterial.

4.4.9 Instalação e Verificação de Pressão Venosa Central (PVC)

De acordo com Mark (1991) a pressão venosa central (PVC) é um dos mais importantes parâmetros clínicos na avaliação de pacientes que foram submetidos à cirurgia cardíaca. Equivale à pressão nas veias cava ou átrio direito e tem por finalidade fornecer informações clínicas relevantes para guiar a terapêutica dirigida por objetivos, com mínimo grau de risco, possibilitando avaliar a função ventricular direita e o retorno venoso para o lado direito do coração, informando-nos a pressão de enchimento ventricular direito (pré-carga), auxiliando a avaliação do volume de líquidos dos pacientes instáveis (SYKES, 1992; BLOT, LAPLANCHE, 2000; SMELTZER, BARE, 2008).

Para Fernandes e Pinheiro (2005), a PVC é definida como a

pressão no interior do átrio direito e das grandes veias intratorácicas, representando, portanto, a pressão de enchimento do ventrículo direito e indicando a capacidade do lado direito do coração em trabalhar com uma sobrecarga hídrica.

Habitualmente, a medida da PVC é feita por inserção de cateter por veia central posicionado na região intratorácica, havendo boa correlação entre as medidas de veia jugular interna e átrio direito (DESJARDINS, 2004; ALEMOHAMMAD, 2005). No entanto, o estudo realizado por Pacheco et al. (2008) concluiu que a PVC pode ser medida no acesso venoso femoral no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca, tendo a melhor correlação linear com as medidas feitas com a cabeceira do leito posicionada em zero grau.

A pressão venosa central pode ser medida de forma intermitente através de uma coluna de água, não requerendo equipamentos, ou continuamente por meio de um transdutor de pressão micro processável (CLUTTON-BROCK; HUTTON, 1994).

Na nossa realidade, a medida da PVC é feita através de um cateter inserido na região intratorácica, na veia cava superior, por intermédio de uma coluna de água.

A instalação do artefato e a verificação da PVC devem ser feitas pela enfermeira, uma vez que se inclui nos cuidados de enfermagem de grande complexidade e que exigem conhecimentos científicos adequados (COREN-RS, 2001).

A técnica de instalação e verificação da PVC sugeridas neste trabalho seguem as recomendações de Smeltzer & Bare (2008) e Carmagnani et al. (2009), conforme descrito abaixo:

- 1 realize a higienização das mãos, prepare o material necessário em uma bandeja, explique o procedimento ao paciente, conecte o equipo de PVC ao frasco de solução fisiológica 0,9% (geralmente utilizado SF 0,9%) e permeabilize todo o sistema;
- 2 fixe a fita graduada junto ao suporte de soro, pendure o frasco de SF 0,9% no alto do suporte e deixe pender o equipo junto à fita graduada. Fixe um ao outro e ao suporte de soro;
- 3 instale o equipo de PVC na via proximal do cateter venoso central já instalado, utilizando uma dãnula;
- 4 mantenha o paciente em decúbito dorsal e posição anatômica, sem o uso de travesseiro. A cabeceira pode ser mantida entre 0 e 45 graus;
- 5 encontre o eixo flebostático e o nível flebostático. De acordo com Smeltzer & Bare, (2008) o eixo flebostático é o

cruzamento de duas linhas de referência, sendo uma linha (1) desde o quarto espaço intercostal, no ponto onde ele se une ao esterno, desenhada até o lado do corpo abaixo da axila, e uma segunda linha (2) a meio caminho entre as superfícies anterior e posterior do tórax. O nível flebostático é uma linha horizontal, através do eixo flebostático, até o equivo de soro. Neste ponto tem-se o marco zero da fita graduada da PVC. Destaca-se que a experiência prática nos mostra que esta medida pode ser melhor localizada através de uma régua graduada, com a qual mede-se a altura do tórax do paciente, sendo a linha (2) a metade desta medida. Pode-se ainda utilizar uma régua niveladora para que a linha horizontal seja exata (CARMAGNANI et al., 2009);

- 6 feche as demais vias da cânula, permanecendo aberta apenas a via da PVC para o paciente;
- 7 aguarde a movimentação da coluna de água. Observe o valor do limite inferior da oscilação. Este será o valor da PVC do paciente;
- 8 feche a via da cânula para PVC e abra as demais vias que estão sendo utilizadas para outras soluções. Deixe o paciente em posição confortável, a unidade organizada, higienize as mãos e faça as anotações necessárias.

Lembramos que o eixo flebostático deve ser o ponto zero da fita graduada de PVC, ou o valor diferenciado precisa ser descontado ao se verificar a PVC, ou ainda a fita deslocada.

Como ocorrem movimentações da cabeceira do leito do paciente durante o período de internação, deve-se verificar sempre o nível flebostático.

Após a instalação do artefato para verificação de PVC, as demais verificações devem encontrar o novo ponto zero, de acordo com o eixo flebostático, e seguir as recomendações 6, 7 e 8.

O valor normal de PVC varia conforme os autores, tendo resultados entre 5 e 12 cm H₂O (CARMAGNANI et al., 2009) e entre 0 e 8 cm H₂O (SMELTZER; BARE, 2008). A aferição deve ser feita a cada hora nas primeiras doze horas de pós-operatório e posteriormente a cada duas horas (SAMPAIO, 2004). A UTI na qual os dados deste estudo foram coletados utiliza como normais os valores entre 8 e 12 cm H₂O.

De acordo com Smeltzer & Bare (2008), um valor de PVC diminuído pode ser indicativo de hipovolemia e um valor de PVC aumentado pode ser indicativo de insuficiência cardíaca ou hipervolemia.

4.4.10 Verificação de PAM

A pressão arterial média (PAM), verificada de forma invasiva, é outro parâmetro importante a ser avaliado em um pós-operatório de cirurgia cardíaca, uma vez que em possíveis estados de baixo fluxo, a pressão obtida diretamente de um cateter arterial permanente é mais exata do que a obtida por ausculta (HUDAK; GALLO, 2007).

Para a verificação da PAM de forma invasiva é necessário uma linha arterial, ou seja, a punção de uma artéria, em geral a radial; um sistema de transmissão de pressão; um transdutor de pressão conectado a um monitor cardíaco, possibilitando assim a visualização das curvas e valores de pressão constantes (KNOBEL, 2006).

Para que não se tenham valores de PAM equivocados, é importante que ocorra a zeragem e calibração do sistema, que deve ser realizado de quatro em quatro ou de oito em oito horas ou quando a posição do paciente no leito for alterada (KNOBEL, 2006; HUDAK, GALLO, 2007).

4.4.11 Ausculta torácica/pulmonar e cardíaca

Em alguns momentos, a responsabilidade de avaliar a função cardíaca e respiratória pode ser negligenciada. Algumas vezes isso ocorre por falta de tempo, outras por falta de conhecimento acerca da execução técnica ou da importância de tal cuidado.

Entre os diversos momentos propedêuticos que podem ser utilizados para avaliar a funcionalidade adequada ou não do coração e do pulmão, tem-se a ausculta.

Salienta-se que em pacientes acamados e internados em uma unidade de terapia intensiva ou unidade coronária, o posicionamento do paciente no leito e os parâmetros que podem ser avaliados através da ausculta são determinantes para considerar-se a ausculta cardíaca e pulmonar fundamentais para a compreensão do quadro clínico apresentado.

A palpação e a percussão são mais difíceis de serem realizadas uma vez que o paciente precisa ficar deitado e seus achados não são tão específicos quantos os encontrados nas ausculta.

Assim, neste trabalho foi dada ênfase à avaliação da ausculta, considerada como a audição para os sons do movimento dentro do corpo

humano. O coração e vasos são auscultados para que se observe o movimento do sangue e os pulmões são auscultados para que se observe o movimento do ar (CRAVEN; HIRNLE, 2006).

As mesmas autoras relembram que, para a correta execução das auscultas, é necessário que se faça uso do estetoscópio, aparelho através do qual o som é transmitido. Opta-se, preferencialmente, por aquele que possui dois tipos de cabeças: um diafragma, o qual detecta sons de alta tonalidade, como por exemplo, os sons respiratórios e os batimentos cardíacos normais, e uma campânula, a qual detecta sons graves, como por exemplo, os batimentos cardíacos anormais e sopros cardíacos. Destaca-se ainda que o diafragma precisa de uma pressão maior sobre a pele e a campânula deve ser levemente posicionada sobre a mesma (CRAVEN; HIRNLE, 2006).

A ausculta pulmonar deve ser realizada com o intuito de observar-se a correta localização do tubo oro-traqueal em pacientes com ventilação mecânica, bem como para a avaliação dos ruídos respiratórios, devendo ser realizada no tórax anterior e no tórax posterior, com o diafragma do estetoscópio, procurando-se fazer uma comparação bilateral (CRAVEN, HIRNLE, 2006; JARVIS, 2002).

Os achados devem ser de entrada e saída de ar, igualmente bilaterais, murmúrios vesiculares na região dos pulmões, brônquicos nas vias aéreas traqueais e manúbrio esternal, e som broncovesicular sobre as grandes vias aéreas centrais (BARROS, 2002; GUYTON, HALL, 1997; CRAVEN, HIRNLE, 2006; JARVIS, 2002).

Craven e Hirnle (2006) destacam que é através da ausculta pulmonar que irá-se avaliar o estado respiratório do paciente, os tipos de sons encontrados e a qualidade dos mesmos.

No que diz respeito à ausculta cardíaca, deve-se procurar por sons cardíacos normais, ou seja, as bulhas um e dois, consideradas fisiológicas e representadas pelos sons “tum” e “ta” respectivamente (GUYTON, HALL, 1997; BARROS, 2002; JARVIS, 2002; CRAVEN, HIRNLE, 2006).

Segundo Jarvis (2002), a ausculta cardíaca deve ser realizada com o diafragma e, posteriormente, com a campânula do estetoscópio, nas cinco áreas de ausculta ou cinco focos de ausculta cardíaca.

A posição do paciente, quando possível, deve ser alterada para decúbito lateral esquerdo, o que aproxima o coração da parede torácica, tornando seu som melhor audível (CRAVEN, HIRNLE, 2006; JARVIS, 2002).

As auscultas cardíaca e pulmonar devem ser realizadas a cada hora nas primeiras doze horas de pós-operatório e após, pelo menos uma

vez por turno, ou sempre que considerar-se necessário, como por exemplo, após a aspiração de secreções traqueais ou quando houver alterações nos sinais vitais (SMELTZER, BARE, 2008).

4.4.12 Avaliação vascular periférica

Engloba-se aqui a avaliação da coloração da pele, da presença de edemas, de enchimento capilar e de pulsos não avaliados na verificação dos sinais vitais.

Baseado em Smeltzer & Bare (2008), salienta-se que, assim como as auscultas, esta avaliação deve ser feita de hora em hora nas primeiras doze horas de pós-operatório e, após, pelo menos uma vez por turno ou quando necessário.

É importante que os pulsos femoral, poplíteo, tibial posterior e dorsal do pé sejam avaliados, se possível, em ambos os membros inferiores, com o intuito de avaliar a qualidade da circulação periférica (CRAVEN; HIRNLE, 2006).

Outro achado importante é a avaliação do tempo de enchimento capilar, o qual reflete a perfusão tissular periférica e o débito cardíaco.

Sua avaliação consiste em pressionar um leito ungueal até que ele se torne pálido, cessar a pressão e avaliar em quanto tempo o leito ungueal retorna a coloração original. O resultado esperado é inferior a três segundos. Caso o tempo transcorrido entre a cessão da pressão e o retorno a coloração original seja superior, poderá ser indicativo de estreitamento dos vasos sanguíneos, volume sanguíneo circulante diminuído ou débito cardíaco diminuído. A alteração no resultado deve ser comunicada aos demais membros da equipe de saúde para que exames específicos sejam realizados (JARVIS, 2002).

A coloração da pele pode e deve ser avaliada a cada momento em que o profissional olha para o paciente, podendo ser um indicativo da adequação do fluxo sanguíneo. Deve-se investigar a cianose e a palidez.

Segundo Jarvis (2002), na palidez, a pele assume a cor do tecido conjuntivo, basicamente branco, quando a cor rosada da hemoglobina oxigenada do sangue é perdida. A palidez em pessoas de cor negra deve ser pesquisada através da ausência das tonalidades avermelhadas de base, que conferem brilho a pele escura, tornando a pele negra acinzentada.

Jarvis (2002) e Barros (2002) salientam que a palidez deve ser observada em toda extensão corporal e nas mucosas, nos lábios e leitos

ungueais, podendo ser indicativo de insuficiência arterial, entre outros.

Com relação à cianose, é importante lembrar que a coloração da pele torna-se azulada, indicando redução da perfusão, podendo ocorrer por insuficiência cardíaca e cardiopatia congênita (JARVIS, 2002).

Para a avaliação de edemas sugere-se a compressão com o polegar sobre a área pré-tibial por aproximadamente dez segundos. Em seguida avalia-se o sinal de Godet ou cacifo (COELHO, 2004).

Segundo Jarvis (2002), a presença de edema com sinal de Godet deve ser avaliado de acordo com escala de cruzes, na qual uma cruz corresponde a depressão suave e quatro cruzes depressão severa e extremamente profunda, perdurando o cacifo por alguns minutos. A ocorrência de edema bilateral e com sinal de Godet positivo pode ser indicativo de insuficiência cardíaca, entre outras.

Além destes fatores, já se sabe da importância de avaliar o equilíbrio hidroeletrólítico e hemodinâmico do paciente, bem como a possível sobrecarga ao sistema renal, evidenciando-se mais uma importância da avaliação dos edemas com classificação de cruzes, preconizado para este estudo.

4.4.13 Avaliação da consciência e avaliação pupilar

Meeker e Rothrock (2008) e Atkinson e Murray (2008) salientam que uma das complicações comuns no pós-operatório é a alteração no estado mental, necessitando, portanto, de avaliação periódica. Entre estas ponderações destacam-se a avaliação da consciência e a avaliação pupilar.

A consciência é um dos indicadores mais sensíveis da disfunção ou insuficiência cerebral, passível de ocorrer após um procedimento cirúrgico complexo, no qual o paciente se submete a uma anestesia geral.

Para Plum e Posner (1977) a consciência pode ser dividida em despertar e conteúdo da consciência. O despertar é a capacidade de abrir os olhos, de estar acordado; o conteúdo da consciência é a somatória das funções mentais, ou seja, funções cognitivas e afetivas, é estar ciente de si e perceber as coisas em relação ao meio externo.

A consciência é avaliada pela receptividade e pela reatividade, ou seja, a receptividade é avaliada através de respostas que envolvam mecanismos de aprendizagem. A reatividade está baseada nos reflexos fisiológicos, tais como abrir os olhos ou movimentar um membro (PLUM; POSNER, 1977).

Diversos são os estados de consciência hoje conhecidos. No entanto, os termos muitas vezes utilizados para descrevê-los são subjetivos tanto na definição como na interpretação, por isso preconiza-se o uso da Escala de Coma de Glasgow (ECGI), na qual são avaliados três indicadores quantitativos.

De acordo com Barros (2002), Atkinson e Murray (2008) e Smeltzer e Bare (2008) entre outros, a ECGI é composta pela avaliação da abertura ocular, melhor resposta verbal e melhor resposta motora. Cada um destes itens é avaliado e recebe um valor numérico. O total pode variar de 15, sendo o melhor nível de consciência, até 3, indicativo de paciente aperceptivo ou arreativo. Uma pontuação $\leq 8^3$ indica coma.

Existem outras formas de avaliar o nível de consciência. Entre elas, citamos a escala de coma de Jouvet, considerada mais eficaz em algumas situações, como refere o estudo de Muniz et al. (1997). No entanto, para este estudo, a avaliação do nível de consciência se deu pela ECGI, uma vez que esta é a escala utilizada na instituição onde foi realizada a coleta de dados.

As pupilas devem ser avaliadas levando-se em consideração sua forma, simetria e tamanho, além de sua reatividade à luz. As pupilas devem ser consideradas bilateralmente. Os testes devem ser feitos com o uso de um foco de luz adequado, do tipo lanterna clínica. Deve-se fechar o olho, aguardar alguns segundos e levantar rapidamente a pálpebra, dirigindo o foco de luz sobre a área temporal da pupila (BARROS, 2002; ATKINSON, MURRAY, 2008; SMELTZER, BARE, 2008).

É importante que esta sequência seja seguida para se evitar uma fotorreagência lenta ou inadequada pelo fato de a pupila estar previamente acostumada com a luminosidade do ambiente.

A avaliação pupilar e de nível de consciência deve ser executada a cada hora, nas primeiras doze horas e após, pelo menos uma vez por turno (SMELTZER; BARE, 2008).

4.4.14 Avaliação da dor

Assim como as demais avaliações, esta também deve ser realizada de hora em hora nas primeiras doze horas (SMELTZER; BARE, 2008).

Cousins, Power e Smith (2000) e Atkinson e Murray (2008)

³ Este valor apresenta diferença entre os autores, variando de ≤ 8 a ≤ 7 .

relembrem que a dor é um estressor desnecessário que causa danos fisiológicos sobre a grande maioria dos sistemas orgânicos, influenciando a pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória, entre outros.

Diversos instrumentos têm sido desenvolvidos para a avaliação da dor, passando de uma avaliação apenas subjetiva, como sintoma, para uma avaliação objetiva, capaz de ser aferida, sendo considerada por alguns profissionais como o quinto sinal vital.

Entre os instrumentos utilizados para avaliação da dor podem-se citar o Questionário de dor McGill, de 1975, a Avaliação de McGuire, desenvolvido na década de 80, e as escalas unidimensionais, consideradas de mais fácil compreensão para o paciente. Estas escalas avaliam a intensidade da dor e são as utilizadas no local de coleta de dados desta pesquisa. Entre estas escalas, citamos as escalas analógicas visuais numerais, que consistem em uma faixa numerada de zero a dez, na qual o paciente deve assinalar ou informar o grau de sua dor (KREMER et al., 1981; JENSEN et al., 1986; PIMENTA, 1994).

Também é utilizada a Escala de Faces de Wong-Baker, que consiste numa técnica em que seis figuras de faces são apresentadas ao paciente para que o mesmo escolha a face que melhor representa sua dor (BAKER; WONG; QUEST, 1987).

4.4.15 Sonda naso-gástrica em sifonagem e manutenção de NPO

A sondagem naso-gástrica tem entre seus objetivos drenar o conteúdo gástrico, possibilitando que o estômago não fique sobrecarregado com líquidos ou ar acumulados em seu interior (CRAVEN, HIRNLE, 2006; CARMAGNANI et al., 2009).

A sifonagem ou sonda aberta em frasco para decompressão gástrica é indicada em diferentes situações, entre elas no pós-operatório de grandes cirurgias, em especial abdominais ou torácicas (CRAVEN; HIRNLE, 2006).

O estômago, ao acumular uma grande quantidade de conteúdo, seja líquido ou gasoso, pode ocasionar náuseas e estímulos de vômitos, o que para pacientes em pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca originaria contração abdominal e esforço físico que causariam dor e possível sangramento nas incisões, externas e internas, devendo, portanto, ser evitado ao máximo.

Segundo Guyton e Hal (1997), o que possibilita o não acúmulo de

conteúdo gástrico é o movimento peristáltico. Sendo assim, a sonda naso-gástrica em sifonagem deve ser mantida até o total restabelecimento destes movimentos.

Doenges, Moorhouse e Geissler (2003) afirmam que durante o período pós-operatório o paciente precisará de sonda naso-gástrica com o objetivo de prevenir a retenção de secreções gástricas. Estas sondas deverão ser mantidas abertas em drenagem por gravidade, ou sifonagem; uma vez que a sonda naso-gástrica esteja permeável, náuseas e vômitos não ocorrerão.

Durante o uso de sondas naso-gástricas, o paciente precisa permanecer sem receber alimentação, ou seja, nada por via oral (NPO) ou dieta zero. O retorno a alimentação é variável a cada caso clínico, mas em geral somente pode ser restabelecida a dieta quando os movimentos peristálticos retornarem à normalidade (ATKINSON; MURRAY, 2008).

A sonda naso-gástrica pode ser retirada quando da extubação do paciente, desde que haja retorno dos movimentos peristálticos. Após a retirada da sonda pode-se dar início à realimentação, ainda que com dieta líquida. O retorno da alimentação deve ser feito em torno de 8 a 10 horas após a extubação, uma vez que o fechamento da glote poderá ser anormal nesse período, gerando possibilidade de aspiração brônquica (SENRA; IASBECH; OLIVEIRA, 1998).

4.4.16 Verificação de débito urinário

O débito urinário, ou seja, a quantidade de urina eliminada, pode informar quão eficiente está o funcionamento renal, e, conforme comentado anteriormente, a funcionalidade renal é de fundamental importância no restabelecimento do equilíbrio hemodinâmico e hidroeletrolítico.

Segundo Castigla e Vianna (1992) e Guyton e Hall (1997) o débito urinário é a estimativa indireta do fluxo sanguíneo renal e também da filtração glomerular, sendo largamente utilizada por ser uma medida fácil e de baixo custo e de grande utilidade para o conhecimento da perfusão e da função renal.

A natureza do impacto da cirurgia cardíaca na função renal não é completamente esclarecida, mas acredita-se que a mesma pode ser alterada pelo baixo débito cardíaco ou estar relacionada a outros fatores, como idade, tempo de cirurgia, tempo de circulação extra-corpórea

(CEC) e o uso de substâncias nefrotóxicas, podendo causar disfunção de múltiplos órgãos e sistemas (JOAO, FARIA JUNIOR, 2003; LEMA et al., 1995).

Machado et al. (2009) relembram que existe uma nova definição de lesão renal, possível preditora de insuficiência renal, e que esta foi desenvolvida baseada em alterações na creatinina sérica, no débito urinário, entre outros.

Segundo Santos et al. (2004), a insuficiência renal aguda é uma complicação freqüente após cirurgia cardíaca, em especial cirurgia de revascularização do miocárdio, estando associada a altas taxas de mortalidade e permanência mais prolongada na UTI.

Estudo de Machado et al. (2009) demonstra que mesmo discretas alterações da função renal são preditoras independentes de óbito em 30 dias após a revascularização miocárdica com CEC.

Estes dados demonstram o quão importante é a avaliação da função renal de forma sistemática, para que se possa interferir previamente ou rapidamente quando da instalação de alguma lesão renal, evitando-se a insuficiência renal aguda.

De acordo com Smeltzer e Bare (2008), o débito urinário deve ser verificado a cada 30 minutos ou uma hora nas 6 primeiras horas, e após, juntamente com os sinais vitais enquanto internação na UTI, lembrando que o mesmo deve ser analisado em conjunto com o balanço hídrico do paciente.

4.4.17 Verificação das drenagens, ordenha dos drenos e troca do selo d'água

O pós-operatório de cirurgia cardíaca implica nos cuidados com os drenos torácicos, podendo os mesmos ser pleurais ou mediastínicos.

Os drenos pleurais podem ser apicais, os quais têm como objetivo a drenagem de ar, como por exemplo, nos pneumotórax, e devem ser inseridos entre o terceiro e quarto espaço intercostal na linha axilar média. Os drenos pleurais basais, mais utilizados para drenar pus, sangue ou líquidos, devem ser inseridos entre o quinto e sexto espaço intercostal na linha axilar média (ANDRADE, 1998; AULER, 2004).

Já os drenos mediastínicos são inseridos no pericárdio ou sobre ele, e têm como finalidade drenar sangue, líquidos e coágulos residuais, procurando evitar assim o tamponamento cardíaco (ANDRADE, 1998).

Em geral, as drenagens torácicas acontecem em sistemas de selo

d'água, sendo fundamental que se mantenha esta vedação constante, até a remoção dos drenos (SMELTZER, BARE, 2008; ANDRADE, 1998; CRAVEN, HIRNLE, 2006).

A verificação das drenagens deve ser feita a cada uma ou duas horas, e o médico responsável deve ser comunicado sempre que a drenagem for igual ou superior a 150 ml/h. Nas primeiras horas de pós-operatório a drenagem pode se sanguinolenta, progredindo gradativamente para serosa (SMELTZER, BARE, 2008; DUTRA et al., 2002).

Fortuna (2002) lembra que um sangramento é considerado excessivo quando sua drenagem é maior do que 3 ml/kg/h durante as três primeiras horas, e maior do que 1,5 ml/kg/h a partir da terceira hora. Os drenos somente poderão ser retirados quando a drenagem total estiver estabilizada por um período de três horas ou mais.

A ordenha dos drenos, ou aplicação de pressão sobre o dreno, deve ser realizada a cada duas horas enquanto houver secreção sanguinolenta, e tem como objetivo impedir que o dreno fique obstruído por coágulos e fibrina. A ordenha pode ser feita com o auxílio de uma pinça de ordenha que deve ser passada várias vezes sobre o dreno, ou com as mãos. Neste caso, uma das mãos com gaze embebida em álcool ou SF 0,9%, comprime (colaba) o sistema próximo ao local de inserção do dreno e a outra desliza pelo látex, promovendo sucção para a retirada de coágulos, ou ainda, é possível fazer somente uma compressão com os dedos sobre o látex (SMELTZER, BARE, 2008; CRAVEN, HIRNLE, 2006; CARMAGNANI et al., 2009).

A drenagem em selo d'água é feita de maneira asséptica, portanto sua troca também necessita de técnica asséptica. Utilizam-se luvas de procedimento, frascos coletores estéreis e água destilada estéril (SMELTZER; BARE, 2008).

O tempo com que o selo d'água deve ser trocado é variável de acordo com as rotinas e quadro clínico. Janssem (2000) e Dutra (2002) orientam a troca do selo d'água a cada 6 horas. Carmagnani et al. (2009) salientam que deve-se evitar o manuseio do sistema e sua troca deve ser feita sempre que necessário ou a cada 24 horas.

Adaptando-se o procedimento de Carmagnani et al. (2009) e Smeltzer e Bare (2008) os passos para a troca do selo d'água são os seguintes:

- 1- Higienize as mãos;
- 2- Mantenha aberto o novo frasco coletor o menor tempo possível;
- 3- Coloque água destilada estéril no novo frasco até a imersão de 2-4 cm do fundo do frasco ou, aproximadamente 500 ml;

- 4- Prenda no frasco uma fita em posição vertical, caso o frasco não tenha uma fita apropriada;
- 5- Marque o nível da água com um traço, anotando a data e a hora em que a troca foi realizada;
- 6- Higienize as mãos novamente;
- 7- Calce as luvas para a sua proteção;
- 8- Pince o dreno próximo ao local de inserção, usando uma pinça apropriada;
- 9- Retire o frasco coletor utilizado e conecte o novo frasco, sem encostar na abertura do frasco ou em seu interior, que deve permanecer estéril;
- 10- Tenha certeza que o novo frasco está completamente fechado, sem possibilidade de vazamento;
- 11- Mantenha o frasco de coleta pelo menos 60 cm abaixo do nível do paciente;
- 12- Remova a pinça;
- 13- Observe a drenagem, e se necessário faça a ordenha do dreno;
- 14- Organize o quarto ou leito do paciente, deixe-o confortável, cuidando da posição assumida pelo mesmo, evitando que se formem dobras ou alças no dreno ou látex;
- 15- Retire as luvas e faça as anotações necessárias, informando o procedimento realizado, bem como o volume e aspecto do líquido drenado.

Neste estudo, levou-se em consideração o preconizado pela comissão de controle de infecção hospitalar da instituição, que preconiza a troca do selo d'água a cada 6 horas e a verificação das drenagens de hora em hora nas primeiras 24 horas.

4.4.18 Avaliação dos cateteres - risco de infecção

A cirurgia, além de romper a barreira epitelial, interrompendo a chegada de glicose, aminoácido e oxigênio ao tecido, desencadeia uma série de reações sistêmicas que facilitam a ocorrência de um processo infeccioso (RABHAE; RIBEIRO; FERNANDES, 2000).

Como anteriormente referido, um paciente em pós-operatório precisa manter-se distante das possíveis infecções e uma das plausíveis causas destas infecções encontra-se nos cateteres.

Warren et al. (2006) referem que as infecções de acessos vasculares são menos freqüentes no ambiente intra-hospitalar, se

comparadas com as infecções do trato urinário (40,8 a 42%) e respiratório (11 a 32,9%) (BRASIL, 1998; ZAMIR et al., 2003). No entanto, a gravidade e a letalidade são maiores, podendo chegar a 30 % dos casos.

A importância da avaliação contínua e sistemática dos cateteres, em especial os relacionados ao trato urinário, para que se tenha um cuidado seguro, vêm se tornando cada vez mais evidente. No ano de 2012 a *Joint Commission* focou seu objetivo no controle de infecções relacionadas a cateteres urinários. Este plano foi elaborado em 2012 e deverá ser implementado a partir de janeiro de 2013 (JCI, 2012).

Neste estudo, incluiu-se a avaliação dos cateteres venosos, arteriais e da sonda vesical, por serem estes os dispositivos inseridos em locais que exigem esterilidade.

Encontraram-se poucas referências quanto aos cuidados necessários com os cateteres. Sendo assim, sugere-se que estes devem englobar a permeabilidade dos mesmos, bem como a avaliação dos locais de inserção quanto aos sinais flogísticos.

A associação de conhecimentos e a prática profissional nos leva a acreditar que todas as recomendações apresentadas devem ser seguidas preferencialmente uma vez ao turno de seis horas, ou sempre que o profissional presumir ser necessário, como por exemplo, antes da administração de medicamentos.

Smeltzer e Bare (2008), Craven e Hirnle (2006) e Carmagnani et al. (2009) orientam que esses cuidados sejam realizados de forma sistemática, e que se observem sinais de infecção local, tais como rubor, calor e secreção purulenta no local de inserção do cateter, além de sinais de infecção sistêmica, os quais incluem febre, calafrios, indisposição e leucócitos elevados.

Além destes, os autores referem que os sinais de flebite também são importantes para um cuidado adequado. Entre eles, citam os mesmos sinais da infecção local associado ao endurecimento do vaso, bem como a avaliação da permeabilidade dos acessos antes da administração medicamentosa, em especial em cateteres periféricos.

Quanto aos cuidados com as sondas vesicais, Craven e Hirnle (2006) e Carmagnani et al. (2009) orientam que o procedimento de inserção precisa seguir os princípios da assepsia cirúrgica, bem como reforçam que o sistema de drenagem fechado não deve ser desconectado, e a bolsa coletora deve ser esvaziada a cada oito horas pelo menos. No Brasil, usa-se o esvaziamento a cada turno, ou seja, a cada seis horas ou em um tempo menor, quando necessário.

Os autores salientam ainda que a bolsa de coleta deve permanecer

abaixo do nível da bexiga do paciente, evitando o represamento do fluxo urinário. A higiene íntima deve ser feita uma a duas vezes ao dia, evitando desta forma o acúmulo de secreções. Deve-se avaliar a região perineal quanto à dor, rubor ou escoriações.

Carmagnani (2009) lembra ainda que em pacientes acamados e com sonda vesical, após cada evacuação, é necessário que se faça higiene íntima, incluindo nova higiene perineal.

4.4.19 Troca de curativos

Assim como a avaliação dos cateteres, a troca de curativo é fundamental para reduzir o risco de infecção.

A frequência com que os curativos devem ser trocados pode ser determinada pela orientação e prescrição médica, sendo variável de cirurgião para cirurgião. No entanto, o profissional enfermeiro vem se mostrando o profissional melhor capacitado para a avaliação da frequência e características para as trocas de curativos.

Para avaliar-se a necessidade de troca ou mudança no tipo de curativo, é fundamental que se leve em consideração os princípios dos curativos que objetivarão a cicatrização e a evitabilidade da infecção (KRASNER, 1997; VOLLMAN, GARCIA e MILLER, 2005).

Segundo Dealey (1996, 2001) e Silva, Figueiredo e Meireles (2007) os princípios dos curativos são os seguintes: manter alta umidade no espaço entre ferida/curativo; remover o excesso de exsudato e componentes tóxicos; permitir trocas gasosas; promover isolamento térmico; dispor de proteção contra infecção secundária; estar livre de partículas e contaminantes tóxicos; permitir sua renovação sem trauma na troca; dispor de vários tamanhos e coberturas, e proporcionar conforto ao paciente.

Neste estudo, foi levado em consideração que a frequência com que o curativo será trocado estará sustentada pela prescrição médica em conjunto com a avaliação do enfermeiro.

Carmagnani (2009) e Potter (2002) salientam que a técnica para a troca de curativo deve ser asséptica, sendo necessário o uso de pacote de curativos estéril ou luva estéril, gaze estéril, solução fisiológica estéril, coberturas primárias e secundárias estéreis. Ainda, a limpeza deve ser realizada do local menos contaminado para o mais contaminado. Estes itens foram levados em consideração na execução deste estudo.

4.4.20 Aspiração de tubo – orotraqueal e orofaringe

O trauma ocasionado à árvore traqueobrônquica durante a cirurgia, a ventilação pulmonar diminuída e a falta do reflexo da tosse ocasionam a retenção de secreções nas vias aéreas (SMELTZER; BARE, 2008).

Nos pacientes entubados e em ventilação mecânica o acúmulo de secreções é inevitável, uma vez que a entubação endotraqueal impede alguns mecanismos de defesa das vias aéreas superiores, tais como a filtração, umidificação e aquecimento do ar (BELAND; PASSOS, 1979).

De acordo com dados coletados em Brasil (1998) e Zamir et al. (2003), entre as topografias mais importantes das infecções hospitalares apresentam-se as do trato respiratório, com 11 a 32,9 % do total de ocorrências, sendo o acúmulo de secreção fator predisponente para o surgimento de infecções respiratórias.

Até que o paciente seja capaz de expectorar as secreções por si só, é necessário que estas secreções sejam aspiradas. Em geral, nas unidades de terapia intensiva, tem-se como rotina aspirar secreção traqueal de duas em duas horas. No entanto, já é sabido há alguns anos que, durante o procedimento de aspiração, ocorre queda súbita de oxigênio circulante, o que por sua vez pode ocasionar complicações severas, incluindo, em casos extremos, a morte (BARNES; KIRCHHOFF, 1986).

Baseando-nos nestas informações, entende-se que a aspiração de secreção traqueal seja de fundamental importância. Porém, a frequência com que a mesma é realizada deve ser determinada pelo enfermeiro após avaliação dos sons respiratórios.

É importante salientar a forma correta de executar a técnica de aspiração de secreção.

Há algum tempo vem se ensinando nos cursos técnicos e superiores de enfermagem que a aspiração traqueal deve ser feita com uma luva estéril (SMELTZER, BARE, 2008; CARMAGNANI et al., 2009). No entanto, materiais recentes divulgados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária em conjunto com a Organização Mundial de Saúde informam que a aspiração de sistemas abertos de tubos traqueais não necessita ser feita com luvas estéreis, e sim com luvas de procedimento (BRASIL, 2011).

Neste estudo, levou-se em consideração a técnica realizada com luvas estéreis, uma vez que esta é a modalidade preconizada no hospital

em que os dados serão coletados.

Baseado em Smeltzer e Bare (2008) e Carmagnani et al. (2009), sugere-se os seguintes passos para a aspiração, após a avaliação do enfermeiro e a identificação de que o procedimento é necessário:

- 1 explique o procedimento ao paciente, estando ele consciente ou não;
- 2 organize o material necessário;
- 3 higienize as mãos;
- 4 se possível, mantenha o paciente em posição de Fowler ou Semi-Fowler;
- 5 oxigene o paciente por alguns minutos antes de iniciar a aspiração;
- 6 faça uso dos EPIs (equipamentos de proteção individual);
- 7 abra o invólucro da sonda e a mantenha protegida dentro do mesmo;
- 8 calce as luvas de procedimento e, sobre a mão dominante, calce uma luva estéril própria para aspiração;
- 8 retire a sonda do invólucro de modo que ela permaneça na mão com a luva estéril;
- 9 com a mão sem a luva estéril, abra a válvula de aspiração;
- 10 introduza a sonda clampeada, abra-a e volte o trajeto com a sonda em aspiração;
- 11 oxigene o paciente;
- 12 repita o procedimento quantas vezes avaliar necessário;
- 13 ao final lave o extensor e a sonda com água destilada e proteja a ponta do mesmo. A sonda deve ser desprezada em lixo branco, para materiais contaminados;
- 14 registre o procedimento realizado, incluindo intercorrências, aspecto e quantidade de secreção aspirada.

Alguns pontos importantes a serem observados: a aspiração deve ter duração de 15 segundos; a sonda não deve ser introduzida além do tubo oro-traqueal para que não haja lesão de traquéia; o diâmetro da sonda de aspiração não deve ultrapassar um terço do diâmetro do tubo-oro-traqueal (em geral usa-se sonda 14 FR); a aspiração de boca e nariz não pode ser negligenciada. É importante que se avalie, após cada aspiração, a pressão do balonete do tubo e a localização do mesmo (HOFFMAN, ASZKIEWICZ, 1997; CARMAGNANI et al., 2009).

4.4.21 Balanço hídrico

Para Bevilacqua (1998) e Modesto (2002), o balanço hídrico é a média de todos os líquidos ingeridos ou infundidos e eliminados pelo paciente, podendo a eliminação ocorrer através da urina, vômitos, perda sanguínea, drenagem de lesões, irrigações aspiradas e fezes. A infusão ou ingestão dá-se através de vias enterais e parenterais.

Todo líquido fornecido ao paciente deve ser medido antes de administrá-lo ou oferecê-lo ao paciente, incluindo as infusões venosas, intramusculares, plasma/sangue total, bem como os líquidos ingeridos por via oral e por sondas. (BEVILCQUA, 1998; MODESTO, 2002).

O estudo realizado por Silva et al. (2004) evidenciou que a incidência de fibrilação atrial em pós-operatório de cirurgia cardíaca foi de 28,5% , e, entre os fatores de risco independentes destaca-se o balanço hídrico excessivo, demonstrando a importância de um BH rigorosos e a implementação de medidas na busca do equilíbrio deste balanço.

Já Salles et al. (2010) concluíram que não transfundir o paciente e evitar balanço hídrico positivo diminuem o tempo de ventilação mecânica no pós-operatório de cirurgia cardíaca.

Autores como Smetzler e Bare (2011), Hudak e Galo (2007) e Modesto (2002) concordam que o BH deve ser fechado parcialmente a cada troca de turno e nas 24 horas, quando este fechamento deve ser feito pelo enfermeiro.

4.4.22 Higiene do paciente

Para Craven e Hirnle (2006) e Atkinson e Murray (2008) a higiene corporal é fundamental para que se mantenha a pele limpa e com isto afastem-se os microrganismos que poderão vir a causar infecção. Os autores salientam que o banho ativa a circulação e auxilia a manter a tônus muscular e a mobilidade articular, aspectos importantes para pacientes que foram submetidos a grandes cirurgias.

Pacientes submetidos à cirurgia cardíaca ficam impossibilitados de realizar sua própria higiene corporal. No entanto, passadas as primeiras 24 horas de pós-operatório, a higiene se faz necessária e passa a ser responsabilidade da equipe de enfermagem.

A realização do banho de leito e da higiene oral deve respeitar as

preferências culturais dos pacientes, mas não se pode discutir a necessidade de que a mesma seja realizada pelo menos uma vez ao dia (CRAVEN; HIRNLE, 2006).

Diversos autores como Craven e Hirnle (2006), Atkinson e Murray (2008) e Potter e Perry (2005) descrevem a técnica correta para a realização da higiene corporal e oral. Pequenas variações podem ocorrer nesta descrição, mas fica evidente com estas leituras que a higiene corporal deve seguir o princípio científico da limpeza de curativos, ou seja, a higiene deve ser realizada do local menos sujo para o mais sujo.

Estes autores sugerem que o banho deve começar pelo rosto, seguindo pelo tronco e membros, deixando axilas, e região perianal por último. Salientam também a importância da utilização de mais de um pano ou toalha de banho.

O paciente que vivencia uma cirurgia de grande porte como a cardíaca, pode apresentar fraqueza, dor e impossibilidade de movimentação, em especial nas primeiras 24 horas. Diante disto, preconiza-se o banho de leito após as primeiras 24 horas de pós-operatório. Porém, salienta-se que a higiene oral pode e deve ser realizada desde a chegada do paciente à unidade de recuperação, desde que haja estabilidade hemodinâmica.

Deve-se evitar tracionar os drenos utilizados pelo paciente durante a realização da higiene. No caso do uso de sonda vesical de demora, deve-se clampeá-la sempre que for necessária a sua movimentação.

A higiene bucal consiste na conservação e na limpeza da cavidade bucal com o objetivo da prevenção de cáries dentárias e de infecções bucais, digestivas e respiratórias (WEYNE, 2003).

Trata-se de uma condição básica para a saúde e bem-estar do indivíduo, pois as doenças dos dentes e gengivas levam a perdas de elementos dentais, afetam a digestão e são capazes de servir de focos de infecções bacterianas (PINTO, 2000).

4.5 O CUIDAR DE SI E O CUIDADO DE ENFERMAGEM SEGURO AO PACIENTE QUE VIVENCIOU CIRURGIA CARDÍACA

O cuidado é algo inerente ao ser humano. O indivíduo cuida e é cuidado desde o momento em que nasce. Historicamente, o cuidado está intimamente relacionado ao cuidado materno, feminino: as mães cuidam

dos filhos, dos esposos, da família (DE GASPERI; RADUNZ, 2006).

A enfermagem é arte e é ciência. É arte no momento em que cuida de seres humanos sadios e doentes, e tem suas ações baseadas nos princípios científicos e administrativos. É ciência, quando se fundamenta no estudo e na compreensão das leis da vida. Assim, da arte e da ciência da enfermagem emergem suas ações que são entendidas como cuidar, educar e pesquisar, as quais estão interligadas e compõem as dimensões da atuação dos enfermeiros (SILVA, 1995).

Na concepção de Boff (2001), o cuidar é mais que um ato, apresenta-se como uma atitude, ou seja, uma preocupação, uma responsabilidade, um envolvimento afetivo para com o outro e consigo mesmo.

Ao nos reportarmos a pacientes submetidos a cirurgia cardíaca, é possível perceber a necessidade de um cuidado integral, com fundamentação técnico-científica e ética. O paciente que vivencia um problema cardíaco tem o coração, um órgão repleto de representações e sentimentos, tanto de amor, quanto de vida e alegria, adoecido. Este paciente necessita de apoio emocional, espiritual e de um cuidado de qualidade e seguro.

As unidades especializadas no atendimento a este paciente são descritas como um sistema de enfermagem especializada, na qual o número de vidas salvas é diretamente proporcional à qualidade do cuidado e da segurança deste cuidado, ou seja, a competência da equipe de enfermagem (MELTZER, 2000).

Cuidar é proporcionar bem-estar e primar pela boa qualidade de vida para as pessoas que nos cercam e para nós mesmos. É olhar com olhos interessados, falar com verdade e ouvir com compaixão. É, para nós enfermeiros, realizar o trabalho com vontade de fazer o melhor, de proporcionar o melhor e de obter o melhor resultado (DE GASPERI; RADUNZ, 2006).

Então, como profissionais de Enfermagem, cuidamos. Sabemos que cuidar é algo intrínseco à profissão que escolhemos. Preparamo-nos para cuidar dos outros, cuidar de forma científica, eficiente e capaz. Mas e como fica o cuidado conosco mesmos?

Os profissionais da enfermagem necessitam de um cuidado especial para consigo, pois sabe-se que a enfermagem é classificada pela *Health Education Authority* como a quarta profissão mais estressante, devido à responsabilidade pela vida das pessoas e a proximidade com pacientes em sofrimento, exigindo dedicação no desempenho de suas funções, aumentando a probabilidade de ocorrência de desgastes físicos e psicológicos (MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005).

Os problemas que afetam os profissionais da Enfermagem são os mesmos desde a época do trabalho de Beland e Passos, em 1978. Há mais de 30 anos sofremos com a falta de pessoal e material. Tem-se a responsabilidade sobre o paciente, o contato quase diário com o sofrimento, a dor e a morte. Estas questões, ainda presentes no dia-a-dia do enfermeiro, interferem na qualidade do cuidado que a Enfermagem realiza com pacientes, uma vez que pode afetar diretamente a saúde dos cuidadores, e assim, desencadear um cuidado inseguro e de qualidade reduzida (BELLAND, PASSOS, 1978; DE GASPERI, RADUNZ, 2006).

Acredita-se que estas questões precisam ser resolvidas. No entanto, compreende-se que estes são problemas históricos na profissão. Portanto, de nada adianta manter os braços cruzados, esperando que a falta de pessoal seja solucionada, que a valorização do cuidado de enfermagem se torne efetiva, que a dor, a doença e a morte deixem de fazer parte do cotidiano do profissional. Para muitos destes fatores não há solução, e por este motivo, acredita-se que o profissional precisa ter sua valorização própria, aumentar sua auto-estima, confiar no seu trabalho, aprimorar-se e cuidar de si como um ser humano que também precisa ser cuidado e não apenas se instrumentalizar para cuidar dos outros.

Radünz (2001, p. 22) afirma que “cuidar de si mesmo implica reconhecimento, por parte do enfermeiro, de um papel ativo na manutenção da saúde (...), fato que o conduz a buscar viver, com qualidade, cada dia de sua vida cuidando de si”.

Cuidar de si refere-se à promoção de saúde, estando ligado ao processo de viver e ser saudável, ou seja, abrange todos os aspectos da vida da pessoa, em que a pessoa assume responsabilidades sobre sua saúde, através do estilo de vida que adota. Assim, o cuidar de si envolve o conhecimento de si, de suas potencialidades, necessidades e limitações (RADUNZ, 2001).

Para Radünz (2001), a busca pelo cuidar de si está atrelada às crenças e valores das pessoas, podendo ser demonstrada pela autoestima e respeito para consigo. É preciso o autoconhecimento e a autovalorização do/a enfermeiro/a como ser humano que age, reage e interage com outros seres e com o meio ambiente, buscando caminhos que possam favorecer suas práticas cotidianas (RADUNZ, 2001; SOUZA, 2007).

Destaca-se o referido por Radünz (1999) e Beneri, Santos e Lunardi (2001), ao descreverem o cuidar de si como pré-requisito para cuidar do outro. Enfermeiros ou não, tem-se o cuidado como algo nato

ao ser humano. Percebe-se a necessidade de nos sentirmos cuidados, valorizados, capazes, motivados. A pessoa que escolhe exercer uma profissão que torna científico o ato nato ao ser humano, o ato de cuidar, não deve esquecer as suas necessidades de cuidado, pois somente desta forma poderá estar completa ao exercer o cuidado para e com o outro.

Os profissionais da área da saúde vivenciam, em alguns momentos, situações de alegria e comemoração da vida, mas, em muitos outros momentos vivenciam o sofrimento, a dor, a desesperança. Estes sentimentos negativos podem levar os profissionais ao desgaste emocional, à desmotivação, ao estresse, e conseqüentemente, ocasionar um cuidado não seguro.

Remen (1993) diz que o profissional de saúde é alguém que sofreu profundas modificações resultantes de treinamento especializado, do conhecimento e da experiência. São pessoas diariamente expostas à dor, à doença e à morte, para quem essas experiências não são mais conceitos abstratos, mas sim, realidades comuns.

Vivenciando as mais diversas situações, experienciando os mais diversos sentimentos, convivendo com diferentes pessoas, sofrendo cobranças das mais diversas ordens, sendo um ser humano participante de uma sociedade e de uma família, os profissionais da saúde, em especial no caso deste estudo, integrantes da equipe de enfermagem, sofrem o que podemos chamar de “amnésia do cuidar de si”. Alega-se falta de tempo para o cuidado de si mesmo, como se tudo e todos fossem mais importantes do que seu próprio bem estar.

Martins (2003) reafirma o que diz um antigo provérbio: ninguém pode dar ao outro o que não tem. Portanto, é fato que a arte de cuidar será realizada de forma mais eficaz se for feita a promoção do bem-estar do outro sem esquecer-se do seu próprio bem-estar.

O cuidado realizado com o paciente, normalmente, exige do profissional de enfermagem, além de técnica e cientificidade, o envolvimento humano. É este fato o que determina a complexidade que pode estar inserida no mais simples cuidado (NASCIMENTO, 2004).

Refletindo sobre diversos estudos, tais como os de Toffoletto (2008), Mendes Junior (2007), Coimbra (2004) e Galloti (2003), pode-se compreender que a segurança faz-se da associação entre pessoas e hábitos seguros. Das pessoas depende a forma como elas agem ou reagem à dada situação; dos hábitos seguros dependem as atitudes e tipos de cuidados executados, em especial pelos profissionais da enfermagem.

De Gasperi e Radünz (2006) afirmam que é fundamental que os enfermeiros compreendam a importância do cuidar de si para realizar um cuidado livre de estresse e efetivo, ou seja, um cuidado seguro e de

qualidade.

Diante desta afirmação, transparece a importância do cuidar de si para que se tenha um cuidado seguro e de qualidade.

Percebe-se também, que o bem estar do profissional influencia de maneira importante a qualidade do cuidado realizado, sendo determinante, portanto, para a segurança do paciente atendido.

Feldman e Cunha (2006) corroboram a idéia ao mencionar que o bem-estar profissional é um dos fatores que influenciam na qualidade do cuidado prestado ao paciente, sendo um dos responsáveis para a consecução da acreditação hospitalar.

Considera-se oportuno lembrar que o bem-estar profissional pode ser entendido, também, como qualidade de vida do trabalhador de enfermagem. Um estudo realizado no ano de 2002 identificou que existe uma forte relação entre a qualidade de vida dos profissionais da enfermagem e a sua capacidade para executar o trabalho de forma adequada (MARTINS, 2002).

No processo de formação e/ou capacitação, os profissionais de saúde não são preparados para avaliar e prevenir erros. Na verdade, o que ocorre é o “des-cuido”, que leva à situação de risco por uma atitude ou decisão, que pode ser desencadeada por uma série de fatores psíquicos, físicos e culturais (HARADA, 2006). Ao levar-se em consideração que a qualidade de vida é um constructo multifacetado que integra o comportamento individual e as capacidades cognitivas, o bem-estar emocional e físico, que se manifesta no desempenho doméstico, profissional e nos papéis sociais do indivíduo (MEERBERG, 1993), fica claro que a prevenção dos erros, a qualidade do cuidado e a segurança do paciente estão diretamente relacionadas à qualidade de vida, ao bem estar e ao cuidar de si dos profissionais.

Diante da realidade do cuidado a pacientes que passaram por cirurgia cardíaca, percebe-se ser fundamental que o profissional seja capaz de realizar tal cuidado de forma segura e qualificada. Para que isto se torne possível, é necessário que o profissional lembre-se e pratique o cuidado de si mesmo.

O desempenho de um cuidado seguro e de qualidade está intimamente relacionado com as atitudes que estes profissionais têm frente as mais diversas situações apresentadas no cotidiano pessoal e profissional de cada um.

Talvez seja necessário repensarmos nossas crenças, nossas atitudes e nossos comportamentos frente a determinadas situações, para que assim possamos realmente desempenhar um cuidado profissional seguro ao paciente que, neste momento, depende de nós.

5 REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO

Com o intuito de auxiliar a compreensão da influência do cuidar de si na qualidade e segurança do cuidado realizado com e para o paciente, optou-se por utilizar um referencial teórico que traz em sua essência conceitos como crenças, atitudes, intenções e comportamentos. Acredita-se que para haver um comportamento seguro, deve-se partir do conhecimento que a pessoa tem de si mesma e do contexto em que está inserida. Neste estudo, o contexto é o cuidado cardiológico intensivo ao paciente que vivenciou a cirurgia cardíaca, culminando com atitudes e comportamentos que promovam a segurança deste paciente.

O referencial teórico-filosófico escolhido foi o elaborado por Martin Fishbein e Icek Ajzen, publicado em livro, no ano de 1975, intitulado *Belief, Attitude, Intention and Behavior: An introduction to Theory and Research* (Crenças, Atitudes, Intenções e Comportamento: uma introdução à Teoria e Pesquisa).

Para compreender-se este referencial no contexto da segurança do paciente que vivenciou a cirurgia cardíaca, é fundamental que primeiramente conheçamos os conceitos adotados por este referencial, bem como a inter-relação entre eles. O texto que segue foi elaborado a partir das idéias de Fishbein e Ajzen (1975), com contribuições e reflexões pessoais.

Diversos estudos foram realizados na tentativa de avaliar e chegar-se a um consenso a respeito do conceito de atitude, mas esta tarefa demonstrou-se bastante difícil. Hoje, os estudiosos procuram compreender a diversidade destes significados e não mais buscar a definição de um conceito. Alguns estudos sobre o comportamento das pessoas têm sido focados na compreensão das atitudes destas pessoas. Assim, pode-se pensar que definir um conceito de atitude seja um pré-requisito mínimo. No entanto, na visão filosófica da ciência entende-se conceito como a definição de algo em algum contexto, sendo a relação destes conceitos com a teoria estudada ou proposta, fundamental para tal definição (FISHBEIN; AJZEN, 1975).

Sendo assim, traz-se a compreensão de alguns autores sobre atitude, entendida como uma pré-disposição aprendida para responder de forma consistentemente favorável ou não a um dado objeto. É um dos fatores que influenciam o comportamento (FISHBEIN, AJZEN, 1975; AJZEN, 2002). A definição de atitude tem três principais características: é aprendida, é uma ação predisposta, e tal ação é consistentemente favorável ou não para um determinado objeto (FISHBEIN; AJZEN,

1975).

Entre as diversas pesquisas que versam sobre atitude, percebe-se o enfoque na aquisição e formação das crenças, levando-nos à compreensão de que para a formação e mudança de atitudes e intenções é necessário investigar o processo de formação das crenças que nos acompanham.

Entende-se que a crença sobre um determinado objeto fornece a base para a formação da atitude que se terá para este determinado objeto, e as atitudes são, normalmente, medidas pela avaliação das crenças das pessoas.

De modo geral, crenças referem-se à probabilidade subjetiva de julgamento de uma pessoa sobre algum aspecto discriminável de seu próprio mundo. Lidam com a compreensão que a pessoa tem de si mesma e do seu ambiente (FISHBEIN; AJZEN, 1975).

Quando uma pessoa forma crenças sobre um dado objeto, ela automaticamente e simultaneamente adquire uma atitude para com este objeto. Cada crença liga o objeto a algum atributo e as atitudes pessoais para o objeto têm a função de validar estes atributos (FISHBEIN; AJZEN, 1975).

Ao longo da vida, as pessoas vão formando crenças a partir de suas experiências. Algumas crenças podem perdurar por toda vida, outras podem mudar, algumas podem ser esquecidas e novas crenças podem ser formadas. Percebe-se também, uma forte relação entre intenção e atitude. Quanto mais favorável é a atitude de uma pessoa acerca de um objeto, maior será sua intenção de realizar um comportamento positivo sobre este objeto, sem esquecer-se que as atitudes são formadas, de forma favorável ou não, a partir de uma crença (FISHBEIN; AJZEN, 1975).

Intenção é a localização da pessoa em uma dimensão de probabilidade subjetiva que envolve a relação entre a pessoa e alguma ação. A intenção comportamental refere-se à probabilidade subjetiva da pessoa executar alguns comportamentos, ou seja, o comportamento de cada pessoa é determinado pela sua intenção em realizar tal comportamento (FISHBEIN; AJZEN, 1975). Embora a atitude de uma pessoa sobre um determinado objeto possa estar relacionada com a totalidade do seu comportamento em relação a este objeto, isso não é necessariamente relacionado a algum determinado comportamento (FISHBEIN; AJZEN, 1975). O comportamento apresentado pela pessoa com relação a um determinado objeto é, em grande parte, determinado por sua atitude com relação ao objeto em questão. A união de crenças, atitudes e comportamentos nos remete a cultura. No caso deste estudo, a cultura de segurança do paciente.

Franco (2005) menciona que a cultura de segurança se refere a um conjunto de crenças, valores e atitudes partilhadas por membros de uma organização, e que se refletem nas suas ações diárias. Singer et al. (2003) complementam que estas crenças e atitudes se refletem, também, no comportamento do indivíduo.

Pronovost e Sexton (2005) salientam que a cultura de segurança vem sendo reconhecida como uma importante estratégia na busca pela melhoria da segurança do paciente. A cultura para estes autores é o modo como as coisas são realizadas em determinado local.

Ao direcionarem-se estas informações para a realidade pesquisada, pode-se dizer que as crenças sobre a importância da segurança do paciente levam a atitudes seguras, que por sua vez originarão intenções positivas na busca pela segurança do paciente, que culminarão com comportamentos seguros, ou seja, comportamentos que procurem evitar eventos adversos. Esta cascata de fatores entrelaçados originará uma cultura segura, e, portanto, um cuidado livre de erros. A compreensão deste referencial associado à Cultura de Segurança do paciente encontra-se ilustrado na figura 1.

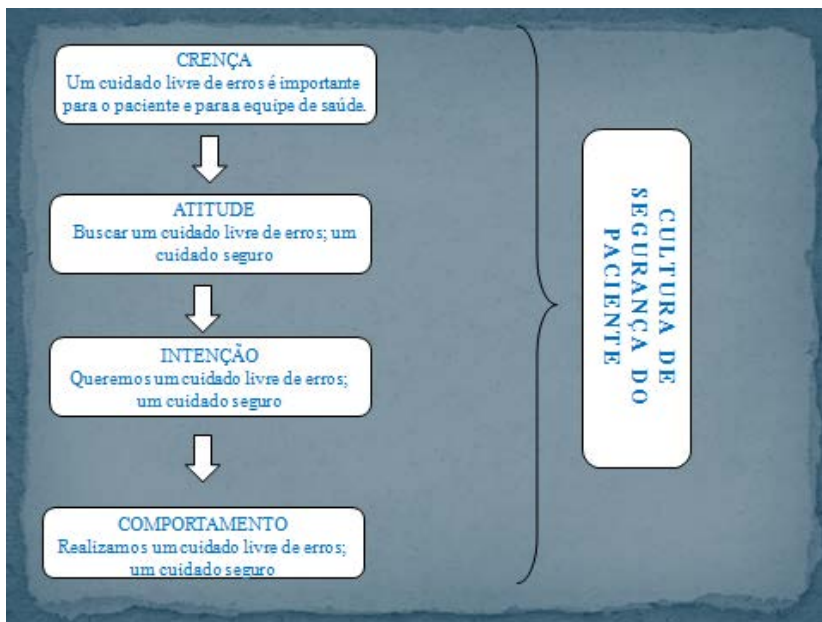


Figura 1: Diagrama do referencial teórico associado à cultura de segurança do paciente.

6 METODOLOGIA

Para Minayo (2000, p.22) “a metodologia é entendida como o caminho e o instrumental próprio para abordagem da realidade”. Deslandes (2002) complementa referindo que a metodologia é mais que uma descrição dos métodos e técnicas que poderão ser utilizados. Ela indica as opções e a leitura operacional que o pesquisador fez do quadro teórico, não contemplando somente a fase exploratória de campo, mas também a definição de instrumentos para a análise dos dados.

6.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo configura-se em uma pesquisa do tipo Survey.

A pesquisa Survey, de acordo com Dyniewicz (2009) e Gil (2009), é geralmente utilizada para responder a questões associadas a opiniões, valores e comportamento das pessoas e ocorre por meio da interrogação direta das pessoas cujo comportamento se deseja conhecer.

Para Polit, Beck e Hungler (2004) o Survey permite obter informações sobre o *status* de uma dada situação; e as informações coletadas fazem referência a ações, conhecimentos, atitudes e valores das pessoas envolvidas como sujeitos da pesquisa.

Esta pesquisa caracteriza-se também como um estudo transversal, uma vez que a coleta dos dados ocorreu em uma determinada época, possibilitando assim, a obtenção de um recorte momentâneo do que foi pesquisado (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

6.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO

Esta pesquisa foi realizada em Caxias do Sul, cidade localizada na região serrana do Rio Grande do Sul e que conta com aproximadamente 450.000 habitantes, tendo sua economia baseada na indústria metal-mecânica.

Os dados foram coletados em um hospital de referência na serra gaúcha, que se caracteriza por ser um hospital filantrópico e público, atendendo exclusivamente pacientes do SUS. Tornou-se um hospital de

ensino ao firmar convênio com a Fundação Universidade de Caxias do Sul.

Sua atuação engloba as áreas gerais de clínica e cirurgia, além da Hemodinâmica, Hemodiálise, Oncologia Adulto e Pediátrica, Transplante de Fígado, Banco de Olhos, Gestantes de Alto Risco, Psiquiatria Infantil, Neonatologia, Cirurgia Cardíaca Adulto e Pediátrica e Infectologia.

Além de atender a cidade na qual se localiza, em articulação com a Secretaria Municipal de Saúde e a 5ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado, atende outros 48 municípios.

Os dados foram coletados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto. Esta se localiza no terceiro andar do prédio principal do referido hospital. Geograficamente, é próxima ao centro cirúrgico, o que é um dado importante, uma vez que os pacientes submetidos a cirurgias cardíacas devem ser recuperados em unidades cardiológicas ou UTI.

A unidade conta com 10 leitos, sendo todos individualizados; a localização do posto de Enfermagem permite a visualização total de aproximadamente 06 leitos, sendo necessário deslocar-se para visualizar os demais.

6.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Fizeram parte deste estudo os profissionais da equipe de enfermagem que atuam na UTI-adulto do referido hospital.

Fazem parte deste quadro 1 enfermeiro em cada turno, compreendendo manhã, tarde, noite A e noite B; 6 técnicos pela manhã, 2 técnicos a tarde, 6 técnicos na noite A e 6 técnicos na noite B. Todos os profissionais foram convidados a participar da pesquisa, mediante a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APENDICE B), que foi assinado pelos participantes da pesquisa.

Foram excluídos deste estudo os profissionais que não tiveram a oportunidade de cuidar de pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca no referido hospital, e que não concordaram em participar do estudo.

6.4 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados no local e horário de trabalho da população deste estudo, ficando o pesquisador responsável por comparecer ao HG para realizar a coleta de dados. Quando necessário, o participante poderia responder o questionário fora do local de trabalho, entregando-o no próximo encontro com o pesquisador responsável.

Os dados foram coletados por intermédio da observação sistemática não participante e a utilização do instrumento SAQ (*Safety Attitudes Questionnaire*), para avaliação das atitudes de segurança. Seu uso fica justificado ao avaliar-se a cultura de segurança, uma vez que esta geralmente se refere a um conjunto de crenças, valores e atitudes partilhadas por membros de uma organização, e que se refletem nas suas ações diárias (FRANCO, 2005)

Na observação sistemática não participante, identificaram-se os principais eventos adversos oriundos do cuidado de enfermagem ao paciente que vivenciou uma cirurgia cardíaca. O instrumento utilizado para guiar a observação foi baseado nas recomendações da Organização Mundial de Saúde sobre segurança do paciente (OMS, 2003) associando-as com os cuidados de enfermagem necessários aos pacientes que se recuperam de uma cirurgia cardíaca (APÊNDICE A).

A observação ocorreu em todos os dias em que esteve internado pelos menos um paciente que tenha vivenciado a cirurgia cardíaca, e permaneceu até a exaustão dos dados. A pesquisadora principal acompanhou os cuidados realizados com este paciente, sem, no entanto, interferir na realização dos mesmos.

O SAQ é um instrumento de pesquisa psicométrico, que foi desenvolvido e validado por Bryan Sexton, Eric Thomas e Robert Helmreich, do Centro de Excelência em Pesquisa e Prática em Segurança do Paciente (*Center of Health Care and Safety – Memorial Hermann Hospital*), da Universidade do Texas. Este instrumento tem como objetivo avaliar a cultura de segurança dos profissionais, por meio de suas atitudes. (SEXTON et al., 2006) (ANEXO B).

Este instrumento já foi adaptado para a utilização em diferentes unidades de cuidado. Nele, é explicitada a atitude dos profissionais através de 6 dimensões: percepções de gestão, clima trabalho em equipe, o reconhecimento de estresse, o clima de segurança, satisfação no trabalho e condições de trabalho. É composto por dados de informação demográfica (idade, sexo, experiência profissional) e 64 itens que deverão ser respondidos usando uma escala Likert de cinco pontos

(discordo totalmente, discordo parcialmente, neutro, concordo parcialmente e concordo totalmente), e 1 questão discursiva (SEXTON et al., 2006).

Para Sexton e Thomas (2003), as dimensões do SAQ podem assim ser compreendidas: Clima do trabalho em equipe – compreende a qualidade de colaboração entre os membros da equipe; Clima de segurança – avalia as percepções dos profissionais quanto ao compromisso e dinâmica organizacional voltados para a segurança; Satisfação no trabalho – diz respeito à visão positiva do local de trabalho; Reconhecimento do estresse – refere-se ao fato dos profissionais entenderem o quanto os fatores estressantes interferem no desenvolvimento do seu trabalho; Percepções da gestão – diz respeito à aprovação, por parte dos profissionais, do trabalho exercido pela gestão hospitalar e, Condições de trabalho – relaciona-se à percepção da qualidade percebida quanto ao ambiente de trabalho e apoio logístico, como recursos humanos, equipamentos, entre outros.

A **Dimensão 1: Clima do trabalho em equipe** compreende os seguintes itens do questionário:

Item 3. As contribuições da enfermagem são bem recebidas nesta unidade.

Item 26. Nesta unidade, é difícil falar se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente (item reverso).

Item 32. Discordâncias nesta unidade são resolvidas apropriadamente (ou seja, não quem está certo, mas o que é melhor para o paciente).

Item 36. Eu tenho o suporte necessário de outras pessoas para cuidar dos pacientes.

Item 37. É fácil para a equipe desta unidade fazer perguntas quando há algo que não é compreendido.

Item 40. Os médicos e enfermeiros aqui trabalham como uma equipe bem coordenada.

Fazem parte da **Dimensão 2: Clima de segurança**, os itens:

Item 4. Eu me sentiria seguro sendo tratado aqui como paciente.

Item 5. Erros médicos são gerenciados apropriadamente nesta unidade.

Item 11. Eu recebo *feedback* (retorno) adequado sobre meu desempenho.

Item 12. Nesta unidade é difícil discutir erros (item reverso).

Item 22. Eu sou encorajado pelos colegas a relatar qualquer preocupação que eu tenha relativa à segurança do paciente.

Item 23. A cultura nesta unidade torna fácil aprender com o erro

dos outros.

Item 30. Eu conheço os canais apropriados para encaminhar questões relacionadas à segurança do paciente nesta unidade.

A **Dimensão 3: Satisfação no trabalho** é composta pelos seguintes itens:

Item 2. Gosto do meu trabalho.

Item 8. Trabalhar neste hospital é como ser parte de uma grande família.

Item 15. Este hospital é um bom local para trabalhar.

Item 31. Tenho orgulho de trabalhar neste hospital.

Item 44. A moral da equipe desta unidade é alta.

Já a **Dimensão 4: Reconhecimento do estresse** contempla os itens:

Item 27. Quando minha carga de trabalho torna-se excessiva, meu desempenho é prejudicado.

Item 33. Sou menos afetivo no trabalho quando estou cansado (a).

Item 34. Sou mais propenso (a) a cometer erros em situações hostis ou tensas.

Item 50. A fadiga prejudica o meu desempenho durante o cuidado de rotina.

Para a **Dimensão 5: Percepções da gestão** conta-se com os seguintes itens:

Item 10. A administração do hospital apóia meus esforços diários.

Item 18. A administração do hospital não compromete intencionalmente a segurança dos pacientes.

Item 19. O tamanho da equipe desta unidade é suficiente para gerenciar o número de pacientes.

Item 28. Eu recebo informação adequada e em tempo sobre eventos no hospital que possam afetar meu trabalho.

E por fim, a **Dimensão 6: Condições de trabalho** é composta pelos itens 6, 7, 24 e 45 descritos a seguir.

Item 6. Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novo pessoal.

Item 7. Toda informação necessária para decisões terapêuticas e diagnósticas estão disponíveis para mim rotineiramente.

Item 24. Este hospital lida construtivamente com o problema de pessoal

Item 45. Os profissionais em treinamento na minha área são adequadamente supervisionados.

Este instrumento conta ainda com questões referentes ao perfil sócio-demográfico dos participantes, questões relacionadas à qualidade de comunicação e colaboração entre os profissionais da equipe de saúde, e uma questão discursiva que versa sobre as recomendações que o profissional sugeriria para melhorar a segurança dos pacientes.

Neste trabalho, utilizou-se a versão do SAQ para Cuidados Intensivos, já traduzida para o português e com autorização para uso (ANEXO C) acrescido de questões relacionados ao Cuidar de Si (APÊNDICE B).

6.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos a partir da observação sistemática e do questionário SAQ foram avaliados com estatística descritiva, digitados em planilhas do Excel e analisados com software spss, versão 16.

Utilizou-se também análise reflexiva qualitativa, baseada no referencial teórico de Fishbein e Ajzen (1975), intitulado *Belief, Attitude, Intention and Behavior: An introduction to Theory and Research* (Crenças, Atitudes, Intenções e Comportamento: uma introdução a Teoria e Pesquisa).

A análise dos dados está explicitada em cada um dos artigos apresentados no capítulo Resultados.

6.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

A realização desta pesquisa foi permeada pela preocupação com os valores que cada pessoa traz consigo. Sendo assim, compreende-se a liberdade de decisão dos sujeitos envolvidos no que diz respeito à sua participação em um trabalho realizado durante sua atividade profissional. Foi assegurado aos participantes o anonimato durante a coleta de dados, sua apresentação ao público e às chefias do hospital.

Para garantir o anonimato dos profissionais, os enfermeiros foram representados pela letra E, seguido do número representativo da sequência em que foram apresentados ao estudo. Os técnicos de enfermagem foram representados pelas letras TE seguidos de números, seguindo a mesma lógica.

Para que esta pesquisa fosse colocada em prática, o projeto inicial

foi submetido ao Conselho Científico e Editorial do próprio hospital e ao Comitê de Ética em Pesquisa Círculo-FSG, tendo sido aprovado sob o número 0221 (ANEXO A).

Após aprovação pelos mesmos, o trabalho foi exposto à enfermeira chefe da unidade e aos demais membros da equipe de saúde.

As determinações da lei 196/96, que dizem respeito aos aspectos éticos que permeiam o trabalho com seres humanos, foram todas observadas e seguidas na realização da pesquisa, bem como se procedeu com o uso do Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C).

7 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A Instrução Normativa 10/PEN/2011, de 15 de junho de 2011, determina que os resultados das Teses de Doutorado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina devem ser apresentados no formato de artigos, sendo exigido no mínimo três artigos.

Seguindo esta Instrução, a seguir serão apresentados quatro artigos, os quais visam responder aos objetivos desta pesquisa.

O primeiro artigo, intitulado **O CUIDAR DE SI DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**, relaciona-se ao objetivo “Identificar as estratégias do cuidar de si desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem”.

O segundo artigo refere-se ao objetivo “Identificar a cultura de segurança do paciente dos profissionais de enfermagem” e tem como título **A CULTURA DE SEGURANÇA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM ATUANTES EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL DE ENSINO**.

Já o terceiro artigo avalia os cuidados de Enfermagem realizados com pacientes que vivenciaram uma cirurgia cardíaca, tendo sido intitulado **AVALIAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM REALIZADO JUNTO A PACIENTES QUE VIVENCIAM O PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA**, respondendo ao objetivo “Identificar os fatores desencadeantes de Eventos Adversos oriundos do cuidado de enfermagem”.

Por fim, apresenta-se o quarto e último artigo, o qual visa responder ao objetivo geral desta pesquisa “Analisar o cuidar de si como uma dimensão da cultura de segurança do paciente” e tem como título **O CUIDAR DE SI COMO UMA DIMENSÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE**.

7.1 ARTIGO 01: O CUIDAR DE SI DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

O CUIDAR DE SI DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

NURSING PROFESSIONAL SELF-CARE AT THE INTENSIVE CARE UNIT

CUIDAR DE SI DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

Patricia De Gasperi⁴
Vera Radünz⁵

RESUMO: Cuidar de si é essencial para estar apto a cuidar dos outros de forma segura; é conhecer a si mesmo, compreendendo suas limitações e reconhecendo suas qualidades. Percebe-se que o bem estar profissional influencia de maneira importante a qualidade do cuidado realizado, sendo determinante, portanto, para a segurança do paciente atendido. Os objetivos desta pesquisa foram: identificar se os profissionais de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva de um hospital escola cuidam de si mesmos e como realizam este cuidado. Trata-se de um estudo Survey, no qual os dados foram coletados na unidade de terapia intensiva adulto (UTI) de um hospital escola, localizado na serra do Rio Grande do Sul, Brasil. Fizeram parte do estudo os membros da equipe de enfermagem desta unidade. Com o término deste estudo pôde-se perceber que 52% da amostra atingiu um cuidar de si adequado e que as formas de cuidar de si mais desenvolvidas por estes profissionais foram as relacionadas ao aumento da autoestima e a preocupação com seu cuidado pessoal, tendo como médias respectivamente 96 e 94 pontos; as atividades que proporcionam prazer, com média de 85 pontos e o estabelecimento de prioridades, alcançando média de 82 pontos. Por outro lado, percebeu-se a falta de cuidado para consigo mesmo no que se refere à prática regular de

⁴ Enfermeira, Mestre e Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Especialista em Auditoria Pública e Privada. Docente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade de Caxias do Sul. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidando & Confortando. E-mail: patrigasper@yahoo.com.br.

⁵ Enfermeira, Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina, Pós-Doutora pela University of Alberta, Edmonton, Canadá, Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina, Especialista em Drug Phenomenon, University of Alberta, Edmonton, Canadá e Enfermagem Oncológica, University of California, San Francisco, EUA. Docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina e Coordenadora do Grupo de Pesquisa Cuidando & Confortando.

atividades físicas, com média de 58,3, seguida pelo atendimento de suas necessidades de eliminação durante as atividades profissionais, com escore de 62,5 e o fato de acordar descansado após o período de sono, alcançando valor de 66,7. Pode-se constatar, com base nestes dados, que os profissionais deste estudo acreditam que o fato de cuidar de si é importante. Diante disto, em sua maioria, buscam atitudes que gerem comportamento de cuidado consigo mesmo. No entanto, em alguns momentos este cuidado é dificultado pela falta de tempo e sobrecarga de trabalho.

Palavras-chave: Enfermagem. Unidade de terapia intensiva. Cuidar de si.

ABSTRACT: Self-care is essential to be able to safely care for others; is to know yourself, understanding its limitations and recognizing its qualities. It is noticed that the professional well-being influences so important to the quality of care, being therefore determinant for the safety of the patient attended. The objectives of this research were: to identify if the nursing professionals of an intensive care unit of a school hospital take care of themselves and how to accomplish this. This is a Survey, in which data were collected in adult intensive care unit (ICU) of a school hospital, located in the South of Brazil. Were part of this study the members of the nursing staff of this unit. With the completion of this study it could be realized that 52% of the sample has reached a suitable self-care and the more developed ways to self-care were related to increased self-esteem and concern for their personal care, having as average respectively 96 and 94 points, pleasure activities, with average of 85 points and priority-setting, reaching average of 82 points. On the other hand, it was realized the lack of self-care regarding the regular practice of physical activities, with average of 58.3, followed by meeting their needs for elimination during professional activities, with a score of 62.5 and wake up rested after the sleep period, reaching the value of 66.7. One can conclude, based on these data, that the professionals of this study believe that the fact of self-care is important. On this, most seek attitudes that generate behavior of self-care. However, at times this is hampered by lack of time and workload.

Key words: Nursing. Intensive care unit. Self-care.

RESUMEN: Cuidar de sí es esencial para estar apto a cuidar de los otros de forma segura; es conocer a sí mismo, comprendiendo sus limitaciones y reconociendo sus cualidades. Se ve que el bien estar profesional influencia de manera importante en la calidad del cuidado realizado, siendo determinante, por tanto, para la seguridad del paciente

atendido. Los objetivos de esta pesquisa fueron: identificar si los profesionales de enfermería de una unidad de terapia intensiva de un hospital escuela cuidan de sí mismos y como realizan este cuidado. Se trata de un estudio Survey, en el cual los datos fueron recolectados en la unidad de terapia intensiva adulto (UTI) de un hospital escuela, localizado en el sur de Brasil. Hicieron parte del estudio los miembros del equipo de enfermería de esta unidad. Con el término de este estudio podemos ver que 52% de la muestra alcanzó un cuidar de sí adecuado y que las formas de cuidar de sí más desarrolladas por estos profesionales fueron: las relacionadas al aumento de la autoestima y a la preocupación con su cuidado personal, teniendo como promedios respectivamente 96 y 94 puntos, las actividades que proporcionan placer, con promedio de 85 puntos y establecer las prioridades, alcanzando un promedio de 82 puntos. Por otro lado, se vio la falta de cuidado para consigo mismo en lo que se refiere a la práctica regular de actividades físicas, con promedio de 58,3, seguido por atendimento de sus necesidades de eliminación durante las actividades profesionales, con un promedio de 62,5 y el hecho de despertar descansado después del período de sueño, alcanzando un valor de 66,7. Podemos entender, con base en estos datos, que los profesionales de este estudio creen que el hecho de cuidar de sí es importante. Frente a esto, la mayoría, busca actitudes que generen un comportamiento de cuidado consigo mismo, sin embargo en algunos momentos este cuidado es dificultado por la falta de tiempo y sobrecarga de trabajo.

Palabras-claves: Enfermería. Unidad de terapia intensiva. Cuidar de si.

INTRODUÇÃO

É de praxe, em especial na enfermagem, salientar-se que o cuidado é algo inerente ao ser humano. Cuida-se desde o princípio da humanidade. Antes o cuidado era realizado por intermédio dos instintos, em especial os maternos, sendo direcionado à proteção e alimentação. Hoje, o cuidado tornou-se profissional, e busca-se um cuidado científico, ético, seguro e de qualidade.

Cuidar é proporcionar bem-estar e primar pela boa qualidade de vida para as pessoas que nos cercam e para nós mesmos. É olhar com olhos interessados, falar com verdade e ouvir com compaixão. É, para os profissionais da Enfermagem, realizar o trabalho com vontade de fazer o melhor, de proporcionar o melhor e de obter o melhor resultado (DE GASPERI; RADUNZ, 2006).

Na concepção de Boff (2001), o cuidar é mais que um ato.

Apresenta-se como uma atitude, ou seja, uma preocupação, uma responsabilidade, um envolvimento afetivo para com o outro e consigo mesmo.

Cuidamos. Sabemos que cuidar é algo intrínseco à profissão que escolhemos. Preparamo-nos para cuidar dos outros, cuidar de forma científica, eficiente e capaz. Mas e o cuidado conosco mesmos?

Os profissionais da enfermagem necessitam de um cuidado especial para consigo, pois se sabe que a enfermagem é classificada pela *Health Education Authority* como a quarta profissão mais estressante, devido à responsabilidade pela vida das pessoas e a proximidade com pacientes em sofrimento, exigindo dedicação no desempenho de suas funções, o que aumenta a probabilidade de ocorrência de desgastes físicos e psicológicos (MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005).

Os problemas que afetam os profissionais da Enfermagem são os mesmos desde a época do trabalho de Beland e Passos, em 1978. Há mais de 30 anos sofre-se com a falta de pessoal e material. Tem-se a responsabilidade sobre o paciente, o contato quase diário com o sofrimento, a dor e a morte. Estas questões, ainda presentes no dia-a-dia dos profissionais, interferem na qualidade do cuidado que a Enfermagem realiza com pacientes, uma vez que pode afetar diretamente a saúde dos cuidadores, e assim, desencadear um cuidado inseguro e de qualidade reduzida (BELLAND, PASSOS, 1978; DE GASPERI, RADUNZ, 2006).

Acredita-se que estas questões precisam ser resolvidas. No entanto, compreende-se que estes são problemas históricos da profissão. Portanto, de nada adianta ficar de braços cruzados, esperando que a falta de pessoal seja solucionada, que a valorização do cuidado de enfermagem se torne efetiva, que a dor, a doença e a morte deixem de fazer parte do cotidiano. Para muitos destes fatores não haverá solução, e por este motivo, acredita-se que o profissional precisa ter sua valorização própria, aumentar sua auto-estima, confiar no seu trabalho, aprimorar-se e cuidar de si como um ser humano que também precisa ser cuidado e não apenas se instrumentalizar para cuidar dos outros.

É sabido também que as mais diversas profissões apossaram-se do termo cuidado/cuidar, mas acredita-se que o profissional melhor preparado para o cuidar do ser humano é o profissional enfermeiro e sua equipe. No entanto, não se pode deixar de salientar que, muitas vezes, o profissional da enfermagem se coloca acima da sua saúde e das suas necessidades. Cuida dos outros, mas muitas vezes esquece-se de si mesmo. É necessário que alguém assuma a responsabilidade de sinalizar

para estas pessoas que são seres humanos, que têm necessidades humanas básicas como qualquer outra pessoa, que precisam cuidar de si mesmos para poder cuidar de outras pessoas com segurança.

Cuidar de si refere-se à promoção de saúde, estando ligado ao processo de viver e ser saudável, ou seja, abrange todos os aspectos da vida da pessoa, em que a pessoa assume responsabilidades sobre sua saúde, através do estilo de vida que adota. Assim, o cuidar de si envolve o conhecimento de si, de suas potencialidades, necessidades e limitações (RADUNZ, 2001; WALDOW, 2004).

Radünz (2001, p 22) afirma que “cuidar de si mesmo implica reconhecimento, por parte do enfermeiro, de um papel ativo na manutenção da saúde (...), fato que o conduz a buscar viver, com qualidade, cada dia de sua vida cuidando de si”.

Vivenciando as mais diversas situações, experienciando os mais diversos sentimentos, convivendo com diferentes pessoas, sofrendo cobranças das mais diversas ordens, sendo um ser humano participante de uma sociedade e de uma família, os profissionais da saúde, em especial no caso deste estudo integrantes da equipe de enfermagem, sofrem o que pode-se chamar de “amnésia do cuidar de si”. Alega-se não haver tempo para cuidar de si mesmo, como se tudo e todos fossem mais importantes para nós do que nosso próprio bem estar. Agindo desta forma como será o nosso cuidado para com o outro?

Cuidar de si, da sua dor, do seu fracasso, do medo, da raiva, da inveja, da humilhação, do sentimento de impotência perante determinada situação, cuidar de tudo o que abate e deprime, é o meio pelo qual pode-se chegar a tocar em outro ser (LIMA, 2004).

Cuidar de si é essencial para estar apto a cuidar dos outros de forma segura; é conhecer a si mesmo, compreendendo suas limitações e reconhecendo suas qualidades.

De Gasperi e Radünz (2006) afirmam que é fundamental que os enfermeiros compreendam a importância do cuidar de si para realizar um cuidado efetivo e livre de estresse, ou seja, um cuidado seguro e de qualidade.

A partir destas reflexões, transparece a importância do cuidar de si para que se tenha um cuidado seguro e de qualidade.

Percebe-se também, que o bem estar profissional influencia de maneira importante a qualidade do cuidado realizado, sendo determinante, portanto, para a segurança do paciente atendido.

Diante desta realidade desvela-se a pergunta de pesquisa deste estudo: como os profissionais de enfermagem cuidam de si mesmos?

A partir desta pergunta têm-se os seguintes objetivos: identificar

se os profissionais de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva de um hospital escola cuidam de si mesmos, e como eles realizam este cuidado.

MÉTODO

Este estudo é parte integrante de uma tese de doutorado intitulada “O Cuidar de Si como uma dimensão da Cultura de Segurança do Paciente”, a qual teve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa Círculo-FSG, sob o número 0221.

Trata-se de um estudo do tipo Survey, no qual os dados foram coletados na unidade de terapia intensiva adulto (UTI) de um hospital escola, localizado na serra gaúcha.

A pesquisa Survey, de acordo com Dyniewicz (2009) e Gil (2009), é geralmente utilizada para responder a questões associadas a opiniões, valores e comportamento das pessoas e ocorre por meio da interrogação direta das pessoas cujo comportamento se deseja conhecer.

Fizeram parte do estudo os membros da equipe de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva, sendo a amostra composta por 4 enfermeiros e 19 técnicos de enfermagem. Todos foram convidados a participar e aceitaram fazer parte desta pesquisa, procedendo à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com o preconizado pela lei 196/96 que regulamenta as pesquisas com seres humanos.

Visando uma melhor adesão dos profissionais, optou-se por coletar os dados através de um questionário, o qual foi elaborado baseando-se nos estudos de Radünz (2001), associado ao questionário SAQ (*Safety Attitudes Questionnaire*), elegido como instrumento para coleta de dados da tese na qual este artigo está inserido.

O SAQ é um instrumento de pesquisa psicométrico que foi desenvolvido e validado por Bryan Sexton, Eric Thomas e Robert Helmreich, do Centro de Excelência em Pesquisa e Prática em Segurança do Paciente (*Center of Health Care and Safety – Memorial Hermann Hospital*), da Universidade do Texas (SEXTON et al., 2006).

Foi permitido aos profissionais que respondessem o questionário em domicílio e que após procedessem à entrega do mesmo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados foram analisados com base em estatística descritiva simples e apresentados em forma de tabelas para uma melhor

compreensão. Levou-se também em consideração a análise qualitativa baseada nas referências literárias utilizadas, na experiência e vivência da pesquisadora e no referencial teórico de Fishbein e Ajzen, 1975, intitulado *Belief, Attitude, Intention and Behavior: An introduction to Theory and Research* (Crenças, Atitudes, Intenções e Comportamento: uma introdução a Teoria e Pesquisa).

Para identificar o cuidar de si adequado, optou-se por seguir as mesmas instruções do instrumento SAQ, ou seja, foram elaboradas afirmativas sobre o cuidar de si. O profissional deveria responder utilizando-se de uma escala Likert de 5 pontos, que oscilava entre “discordo fortemente” até “concordo fortemente”. A pontuação da escala Likert foi convertida em pontos que variavam de zero a 100 e após calculou-se a média para obtenção do escore final.

Neste estudo, optou-se por considerar o escore final maior ou igual a 75 como resultado positivo para o cuidar de si, seguindo a proposta de Sexton e seus colaboradores para avaliação do SAQ (SEXTON et al., 2006).

O quadro 2 mostra as respostas que o profissional tinha como opção e suas respectivas pontuações.

Respostas	Discordo fortemente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo fortemente
Escala Likert	1	2	3	4	5
Pontuação	0	25	50	75	100

Quadro 2: Respostas do questionário e suas respectivas pontuações

As afirmativas elaboradas quanto ao cuidar de si englobaram assuntos como a manutenção das necessidades fisiológicas de alimentação, sono e repouso e eliminações, bem como quanto à possibilidade de manter-se atualizado em relação a questões profissionais, disponibilidade para atividades físicas e que dão prazer, até a autoestima e a permanência junto a familiares e amigos.

Foram elaboradas quinze afirmativas sobre o tema cuidar de si, sendo a última “Quando consigo cuidar bem de mim mesma (o) trabalho com mais atenção e empenho”.

Quanto ao primeiro objetivo, percebe-se que os profissionais cuidam de si na média de 65,47 pontos ($\pm 15,34$), identificando que existe uma variação considerável na qualidade do cuidado realizado

consigo mesmo.

Dos 23 participantes da pesquisa, 52 % (12) obtiveram escore igual ou superior a 75, identificando um cuidar de si adequado.

Percebe-se, a partir deste dado, que alguns profissionais compreendem a importância de cuidar de si mesmos e conseguem desempenhar este cuidado de forma adequada, tornando-se mais aptos a cuidarem do outro, conforme salientam Costenaro e Lacerda (2002, p. 84) ao referirem que “(...) para assumirmos a posição de cuidadores, é indispensável estarmos bem cuidados (...)”.

Com relação à forma como estes profissionais realizam seu cuidado, as respostas com maiores escores foram as relacionadas à manutenção da auto-estima elevada e a preocupação com seu cuidado pessoal, seja ele físico, mental, afetivo ou espiritual. A média para estas afirmativas foi de respectivamente 96 e 94 pontos.

De acordo com Carvalho et al. (2005), a autoestima faz parte da avaliação que cada um faz de si mesmo. Santos e Radünz (2011) e Webler e Ristow (2006) salientam que pessoas com baixa autoestima são pessoas infelizes, incapazes de aceitarem-se como criaturas significativas e, portanto, não entendem o cuidar de si como algo necessário.

Na realidade deste estudo, percebe-se que os profissionais envolvidos têm uma avaliação positiva quanto a sua auto-estima, o que nos leva a entender que uma vez que gosto de mim mesma (o) e preocupo-me comigo, compreendo que é necessário que eu cuide de mim de maneira efetiva.

Em segundo lugar, encontraram-se as afirmativas que dizem respeito às atividades que proporcionam prazer, com média de 85 pontos.

Radünz (2001) salienta que buscar o lazer nas suas mais variadas formas é uma forma de cuidar de si, e Foucault (1985) já defendia que o cuidar de si mesmo está intimamente relacionado ao prazer.

Desenvolver atividades que nos dão prazer é sem dúvida uma forma de cuidar bem de nós mesmos, pois se sabe que estas atividades, segundo Moran & Schultz (1996), liberam endorfinas e ativam o sistema imunológico.

Em suma, as atividades que nós dão prazer nos deixam mais felizes, mais receptivos ao convívio social, mais engajados nas atividades do dia-a-dia, mais empolgados com a vida. Para Boff, (2001) cuidar da vida é cuidar de si.

Outro dado relevante demonstra que os profissionais envolvidos neste estudo conseguem estabelecer prioridades, tanto diante das

atividades da vida profissional quanto da vida pessoal, e talvez essa condição de estabelecimento de prioridades proporcione a estas pessoas a possibilidade de uma auto-estima elevada e da busca por atividades que lhes proporcionam prazer.

Radünz (2001) salienta que é necessário que aprendamos a estabelecer prioridades, determinar o que precisa ser feito primeiro e assim utilizar o tempo de forma adequada.

O estabelecimento de prioridades alcançou média de 82 pontos, evidenciando que mesmo com sobrecarga de trabalho, dupla ou tripla jornada, os profissionais conseguiram definir para suas vidas quais são suas prioridades, diminuindo desta forma o estresse gerado pelo acúmulo de funções e a ansiedade em talvez não conseguir cumprir tarefas fundamentais para sua vida profissional e pessoal.

Já as afirmativas que obtiveram menor escore foram àquelas relacionadas à prática regular de atividades físicas, com média de 58,3 pontos, seguida pelo atendimento de suas necessidades de eliminação durante as atividades profissionais, com escore de 62,5, e o fato de acordar descansado após o período de sono, alcançando valor de 66,7.

Estas evidências preocupam, uma vez que dizem respeito a atividades essenciais para a manutenção da vida, sendo consideradas necessidades humanas básicas prioritárias por Maslow (1954).

Wanda de Aguiar Horta (1979), teórica brasileira, desenvolveu seus estudos baseando-se na teoria de Maslow, e afirma que necessidades não atendidas ou atendidas de forma inadequada trazem desconfortos e, se estes problemas persistirem, poderão desencadear doenças.

Percebe-se a importância do atendimento das necessidades humanas básicas para que se possa viver de forma adequada. Quando não se podem suprir essas necessidades, o indivíduo pode enfrentar situações desconfortáveis, que colocam em risco sua saúde, e consequentemente, a realização do cuidado para com o outro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a conclusão deste estudo pôde-se perceber que 52 % da amostra obteve um cuidar de si adequado e que as formas de cuidar de si mais desenvolvidas por estes profissionais foram as relacionadas ao aumento da auto-estima e a preocupação com seu cuidado pessoal, tendo como médias respectivamente 96 e 94 pontos.

Em segundo lugar, encontram-se as afirmativas que dizem respeito às atividades que proporcionam prazer, com média de 85

pontos. O estabelecimento de prioridades também aparece com uma forma de cuidar de si, alcançando média de 82 pontos.

Por outro lado, percebe-se a falta de cuidado para consigo mesmo no que se refere à prática regular de atividades físicas, com média de 58,3, seguida pelo atendimento de suas necessidades de eliminação durante as atividades profissionais, com escore de 62,5, e o fato de acordar descansado após o período de sono, alcançando valor de 66,7.

Pode-se entender, com base nestes dados e na reflexão feita a partir do referencial teórico de Fishbein e Ajzen (1975), que os profissionais desta unidade têm a crença de que o fato de cuidar de si é importante. Diante disto, em sua maioria buscam atitudes que gerem comportamentos de cuidado consigo mesmo.

Alguns estudos sobre o comportamento das pessoas têm sido focados na compreensão de suas atitudes. A definição de atitude tem três principais características: a atitude é aprendida, é uma ação predisposta, e tal ação é consistentemente favorável ou não para um determinado objeto. No caso deste estudo, o objeto se configura no cuidar de si. Já o comportamento apresentado pela pessoa com relação a este objeto é, em grande parte, determinado por sua atitude com relação ao objeto em questão (FISHBEIN e AJZEN, 1975).

Ou seja, as nossas crenças e atitudes com relação ao cuidar de si é que serão responsáveis por termos ou não um comportamento que nos leve ao cuidar de si.

Entre as diversas pesquisas que versam sobre atitude, percebeu-se o enfoque na aquisição e a formação das crenças, levando-nos à compreensão de que, para a formação e mudança de atitudes e intenções, é necessário investigar o processo de formação das crenças que nos acompanham. Na Enfermagem, segundo Soares et al. (2011) e Baggio (2006), tem-se a crença de que primeiramente deve-se cuidar do outro em detrimento do cuidado consigo mesmo.

No entanto, ao longo da vida as pessoas vão formando crenças, a partir de suas experiências. Algumas crenças podem perdurar por toda vida, outras podem mudar, algumas podem ser esquecidas e novas crenças podem ser formadas.

A partir desses dados conclui-se que 52% dos membros da equipe de enfermagem da unidade em estudo conseguiram ou estão a caminho de compreender a importância do cuidar de si e tentam realizá-lo. No entanto, muitas vezes a falta de tempo, a sobrecarga de trabalho, as jornadas plurais destes profissionais dificultam o cuidado efetivo, mas desvela-se, ainda que timidamente, a nova crença de que é fundamental que o profissional cuide de si.

Espera-se que as reflexões que este trabalho gerou nos participantes e quiçá as reflexões que gerará nos gestores da instituição e nos leitores, possibilitem que se busquem cada vez mais atitudes pessoais e institucionais que levem ao comportamento de cuidar de si.

REFERÊNCIAS

BAGGIO, M. A. O significado de cuidado para profissionais da equipe de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 08, n. 01, p. 09 – 16, 2006. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>>. Acessado em: 05 out. 2012.

BELLAND, I. L.; PASSOS, J. Y. **Enfermagem clínica: aspectos fisiopatológicos e psicossociais**. São Paulo: EPU/ Edusp, 1978. v. 1.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética humana – compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 2001.

CARVALHO, A. M. P. et al. Auto conceito e imagem cor por al em crianças obesas. **Paidéia: cadernos de psicologia e educação**, v. 15, n. 30, 2005.

COSTENARO, R. G. S.; LACERDA, M. R. *Quem cuida de quem cuida? Quem cuida do cuidador?* Santa Maria: Centro Universitário Franciscano, 2002.

DE GASPERI, P.; RADUNZ, V. Cuidar de si: essencial para enfermeiros. **REME rev. min. Enferm.**, v. 10, n. 1, p. 82-87, jan.-mar. 2006.

DYNIWICZ, A. M. **Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes**. Caetano do Sul: Difusão Editora, 2009.

FISHBEIN, M.; AJZEN, I. **Belief, attitude, intention ad behavior: an**

introduction to theory and research. Massachusetts: ADDISON – Wesley 1975.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade 3: O cuidado de si.** Rio de Janeiro: Graal, 1985.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

HORTA, W. A. **O processo de enfermagem.** São Paulo: EPU/EDUSP, 1979.

LIMA, E. **Cuidar de si.** Disponível em: <<http://jbonline.terra.com.br/jb/pape/colunas/>>. Acesso em: 11 ago. 2004.

MASLOW, A. H. *Motivación y personalidad.* Barcelona: Sagitário, 1954.

MORAN, B.; SCHULTZ, K. **Finding the healer within.** New York: NLN, 1996.

MUROFUSE, N. T.; ABRANCHES, S. S.; NAPOLEÃO, A. A. Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 13, n. 2, mar./abr. 2005.

RADÜNZ, V. **Uma filosofia para enfermeiros: o cuidar de si, a convivência com a finitude e a inevitabilidade do burnout.** Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

SEXTON, J. B. *et al.* The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric

properties, benchmarking data, and emerging research. **BMC Health Services Research**, p. 6-44, 2006.

SOARES, R. J. de O et al . Fatores facilitadores e impeditivos no cuidar de si para docentes de enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 4, Dec. 2011 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000400015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 nov. 2012.

WALDOW, V. R. **O cuidado na saúde** - as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Petrópolis: Vozes, 2004.

WEBLER, R. M.; RISTOW, M. R. O mal-estar e os Riscos da profissão docente. **Ciências Sociais Aplicadas em Revista**, v. 6, n. 11, 2006.

7.2 ARTIGO 02: A CULTURA DE SEGURANÇA DOS
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM ATUANTES EM UMA
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL DE
ENSINO

**A CULTURA DE SEGURANÇA DOS PROFISSIONAIS DE
ENFERMAGEM ATUANTES EM UMA UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA DE UM HOSPITAL DE ENSINO**

**CULTURE OF SAFETY FOR NURSING PROFESSIONALS
WORKING AT A TEACHING HOSPITAL INTENSIVE CARE
UNIT**

**LA CULTURA DE SEGURIDAD DE LOS PROFESIONALES DE
ENFERMERÍA ACTUANTES EN UNA UNIDAD DE TERAPIA
INTENSIVA DE UM HOSPITAL ESCUELA**

Patricia De Gasperi⁶
Vera Radünz⁷

RESUMO: Ao cuidarmos de pessoas, enquanto profissionais de saúde, independentemente de termos cometido um lapso, um engano ou um erro, a pessoa que confiou seu cuidado a nós poderá sofrer algum tipo de evento adverso, ocasionando ou não, prejuízo à sua saúde. O paciente que vivencia o pós-operatório de uma cirurgia cardíaca precisa de um cuidado livre de eventos adversos. Acredita-se que a identificação da cultura de segurança de uma unidade com profissionais de Enfermagem que cuidam de pessoas que vivenciaram cirurgia cardíaca é um dos primeiros passos para se alcançar um cuidado seguro e de qualidade. Para tanto, traçou-se o objetivo de identificar a cultura de segurança dos profissionais de enfermagem envolvidos no cuidado pós-operatório ao paciente que vivenciou cirurgia cardíaca. Os dados deste estudo foram coletados por intermédio do *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ), na unidade de terapia intensiva de um hospital de médio porte na serra do Rio Grande do Sul, Brasil. Fizeram parte deste estudo os profissionais que compunham a equipe de enfermagem da unidade, totalizando quatro enfermeiros e 19 técnicos de enfermagem. A avaliação da cultura de

⁶ Enfermeira, Mestre e Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Especialista em Auditoria Pública e Privada. Docente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade de Caxias do Sul. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidando & Confortando. E-mail: patrigasper@yahoo.com.br.

⁷ Enfermeira, Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina, Pós-Doutora pela University of Alberta, Edmonton, Canadá, Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina, Especialista em Drug Phenomenon, University of Alberta, Edmonton, Canadá e Enfermagem Oncológica, University of California, San Francisco, EUA. Docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina e Coordenadora do Grupo de Pesquisa Cuidando & Confortando.

segurança nesta unidade de terapia intensiva mostrou-se deficitária em cinco das seis dimensões que compõem o instrumento SAQ, utilizado para avaliar a cultura de segurança.

Palavras-chave: Enfermagem. Cultura de segurança do paciente. Unidade de terapia intensiva.

ABSTRACT: When taking care of people, as health professionals, regardless of having committed a mistake, a lapse or an error, the person whom entrusted your care may suffer some form of adverse event, which could cause injury to his health. The patient who experience postoperative of cardiac surgery needs a care free of adverse events. It is believed that the identification of the safety culture of a unit with nurses who take care of people who went through heart surgery is one of the first steps to achieving a safe and quality care. To this end, it was drew up the objective of identify the culture of safety nursing professionals involved in the care of the postoperative patient who underwent cardiac surgery. The data from this study were collected through the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), in the intensive care unit of a mid-size hospital in South Brazil. Were part of this study the professionals who made up the nursing staff of the unit, summing four nurses and 19 nurse technicians. The evaluation of the safety culture in this intensive care unit was shown to be deficient in five of the six dimensions that build up the SAQ, instrument used to assess the safety culture.

Key words: Nursing. Patient safety culture. Intensive care unit.

RESUMEN: En enfermería, cuando cuidamos de personas, la palabra escrita no es lo más importante, pues independiente de haber tenido un lapsus, un engaño o haber cometido un error, la persona que nos confió su cuidado podrá sufrir algún tipo de evento adverso, que podrá ocasionar perjuicio a su salud. El paciente que pasa por el pos-operatorio de una cirugía cardíaca precisa también de un cuidado libre de eventos adversos. Por tanto, creemos que la identificación de la cultura de seguridad de una unidad que cuida de personas que pasan por una cirugía cardíaca es uno de los primeros pasos para alcanzar un cuidado seguro y de calidad. Frente a esto trazamos el objetivo de identificar cual es la cultura de seguridad del paciente, dos profesionales de enfermería involucrados en el cuidado pos-operatorio al paciente que pasó por la cirugía cardíaca. Los datos de este estudio fueron recolectados por intermedio del *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ), en la unidad de terapia intensiva de un hospital de porte medio en la sierra el sur de Brasil e hicieron parte de este estudio los profesionales

que componían el equipo de la enfermería de esta unidad, totalizando cuatro enfermeros y 19 técnicos de enfermería. La evaluación de la cultura de seguridad en esta unidad de terapia intensiva se mostró deficitaria en cinco de las seis dimensiones que componen el instrumento SAQ, utilizado para evaluar la cultura de seguridad.

Palabras-claves: Enfermería. Cultura de seguridad del paciente. Unidad de terapia intensiva.

INTRODUÇÃO

Lapsos, enganos, erros, eventos adversos, danos, são muitas vezes compreendidos como sinônimos.

Para Kohn, Corrigan e Donaldson (2000), erro é definido como uma falha de planejamento, ou o uso de um plano inadequado para alcançar o objetivo pretendido. Este erro pode ocorrer em diversas etapas do cuidado, incluindo diagnóstico, tratamento e até mesmo o cuidado preventivo.

Segundo estas autoras, nem todo erro resulta em prejuízo, mas quando isto ocorre este erro pode passar a ser conhecido com evento adverso (EA), definido como uma injúria resultante de uma intervenção médica ou de saúde, ou seja, não é um problema ocorrido pela ordem natural evolutiva da patologia apresentada pelo paciente (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Outros autores corroboram esta idéia, e definem eventos adversos, ou *adverse events*, como lesões ou danos não intencionais causados pelo cuidado e não pela evolução natural da doença de base, podendo resultar em incapacidade ou disfunção, temporária ou permanente, e/ou prolongamento do tempo de permanência ou morte como consequência do cuidado prestado (MILLS, 1978; LEAPE et al., 1991; WILSON et al., 1995; SCHIOLER et al., 2001; DAVIS et al., 2003; MICHEL et al., 2004; BAKER et al., 2004; MENDES et al. 2005).

A ocorrência destes eventos adversos prejudica de forma consistente a segurança dos pacientes atendidos nos serviços de saúde.

Segurança é definida como estar livre de um dano ou injúria accidental, sendo considerado o primeiro passo para um cuidado ou assistência de qualidade (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Segurança do paciente, de acordo com a Organização Mundial de Saúde - OMS é o fato de um paciente estar livre de danos desnecessários ou danos potenciais associados à saúde (OMS, 2009).

Sob o enfoque da assistência hospitalar, a segurança dos

pacientes constitui compromisso ético assumido pelos profissionais de saúde, sendo a ausência de EAs meta a ser cumprida na garantia de uma assistência de qualidade (PADILHA, 1998; SILVA, 2003).

A assistência hospitalar deve estar voltada a um máximo de qualidade da assistência, o que implica na segurança do paciente. Esta segurança pressupõe o mínimo de falhas no decorrer do atendimento ao paciente e prevenção de todo e qualquer desvio que possa ocorrer durante o processo de internação (SILVA; PADILHA, 2001).

Levando-se isto em consideração foram elaboradas as Metas Internacionais de Segurança do Paciente, sendo elas: identificar corretamente os pacientes antes da realização de procedimentos e exames; melhorar a comunicação dos profissionais, especialmente nas ordens verbais e telefônicas; melhorar a segurança dos medicamentos de alta vigilância; assegurar a realização de cirurgias em local de intervenção, procedimento e pacientes corretos; reduzir os riscos de infecções associadas aos cuidados de saúde; reduzir os riscos de lesões ao paciente decorrentes de quedas (JCI, 2007).

Então, construir a segurança é uma forma de melhorar a qualidade da assistência. Para se atingir este objetivo, não se devem punir os culpados, mas sim buscar a prevenção de erros futuros, projetando segurança no sistema de saúde (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

A cultura de culpa e punição deve ser substituída pela cultura de segurança do paciente, que é definida como a forma das atitudes e práticas dos profissionais buscando detectar os erros, aprendendo a partir dos mesmos (HSC, 1993).

A cultura de segurança prega que não devemos buscar um culpado e sim procurar entender os fatores que levaram ao erro, entendendo que quando determinado erro ocorre, o mesmo foi originado por um conjunto de fatores que aconteceram de forma equivocada, assim como propõe o Modelo do Queijo Suíço de Reason (REASON, 1997).

Este modelo consiste de múltiplas fatias de queijo suíço colocadas lado a lado como barreiras à ocorrência de erros. Em algumas situações os buracos do queijo se alinham, permitindo que um erro passe pelas múltiplas barreiras causando o dano. Nesta perspectiva, o erro somente acontecerá no momento em que várias barreiras de proteção forem violadas (REASON, 1997).

O modelo do Queijo Suíço evidencia que a ocorrência do erro não é culpa de apenas um indivíduo, mas sim de todo um sistema, que por sua vez é formado por indivíduos na sua essência, deixando claro

que a cultura de culpa, de buscar um culpado para punir não deve mais ser aplicada nos dias atuais. Precisa-se abolir a cultura de culpa em favor da cultura de segurança, que visa compreender os fatores que desencadearam o erro (REASON, 1997).

De acordo com IOM (2000), as organizações de saúde precisam desenvolver uma cultura de segurança, visando com que sua força de trabalho e os processos estejam voltados para a segurança dos cuidados aos pacientes.

Souza (2006) salienta que a existência da cultura de segurança entre os profissionais de saúde proporciona um ambiente com espírito de coesão, comprometendo os diferentes profissionais que constituem a rede de cuidado na busca de um cuidado seguro.

Desenvolver e avaliar a cultura de segurança do paciente é uma das ações mais importantes para se alcançar um cuidado seguro, pois segundo Nieva e Sorra (2003), é a partir da avaliação da cultura de segurança da equipe de saúde que se torna possível identificar áreas com necessidades de melhorar e aumentar a consciência dos conceitos de segurança do paciente. Segundo a OMS, a promoção da cultura de segurança é uma das principais ações para reduzir danos e melhorar o cuidado realizado (WHO, 2008).

Quando referirmo-nos aos cuidados necessários aos pacientes que vivenciam uma cirurgia cardíaca, a preocupação com a segurança destes pacientes se torna primordial, sendo o tempo imediatamente após a cirurgia cardíaca vital para o indivíduo, pois é neste momento que se avalia o desempenho do coração e a estabilidade hemodinâmica (DE GASPERI, 2005).

O pós-operatório é o período durante o qual ocorre a recuperação do paciente. Nele a assistência de enfermagem está relacionada com as intervenções destinadas a prevenir ou tratar complicações e proporcionar ao paciente o retorno às atividades do cotidiano (ROCHA; MAIA; SILVA, 2006).

Neste momento crucial da recuperação do paciente é primordial enfatizar o cuidado de qualidade e seguro.

As unidades especializadas no atendimento ao paciente submetido à cirurgia cardíaca são descritas como um sistema de enfermagem especializado, no qual o número de vidas salvas é diretamente proporcional à qualidade do cuidado e da segurança deste cuidado, ou seja, evidenciando a competência da equipe de enfermagem (MELTZER, 2000).

Portanto, acredita-se que a identificação da cultura de segurança de uma unidade com profissionais que cuidam de pessoas que

vivenciaram uma cirurgia cardíaca é um dos primeiros passos para se alcançar um cuidado seguro e de qualidade.

Os ensaios em alguns hospitais e instituições de saúde demonstram que a partir da avaliação periódica da cultura de segurança nessas organizações, o diálogo regular e discussões sobre os pacientes tornaram-se mais frequentes, com o objetivo de criar soluções para os problemas existentes (JCI, 2007; SEXTON et al., 2006).

Diante do exposto traçou-se o objetivo de identificar a cultura de segurança dos profissionais de enfermagem envolvidos no cuidado pós-operatório ao paciente que vivenciou cirurgia cardíaca.

CULTURA DE SEGURANÇA E INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

A cultura de segurança geralmente se refere a um conjunto de crenças, valores e atitudes partilhadas por membros de uma organização, que se refletem nas suas ações diárias. Considerando esta definição, a incidência diária de múltiplos eventos adversos em hospitais e clínicas, alguns deles fatais, é o resultado da ausência de uma cultura de segurança que rotineiramente gera hábitos e práticas de segurança (FRANCO, 2005).

A cultura da segurança é reconhecida como uma estratégia importante para a melhoria do déficit generalizado na segurança do paciente. É definida e medida de várias maneiras. Podemos dizer que em essência a cultura é o modo como fazemos as coisas por aqui, sendo que o aqui se refere à unidade de trabalho (PRONOVOST, SEXTON, 2005).

Estudos recentes do IOM (Institute of Medicine) alertam para as deficiências nas práticas de saúde atuais, apelando para a melhoria da cultura de segurança. Embora exista um debate quanto à definição precisa da cultura de segurança e adequação das condições do clima de segurança, há um acordo geral de que a cultura de segurança emerge das crenças compartilhadas, atitudes e valores do pessoal de uma organização (SEXTON; HUANG; CLERMONT, 2007).

A construção de uma cultura de segurança envolve o compromisso com a segurança, articulado nos níveis mais altos da organização e traduzido em valores, crenças e normas de comportamento em todos os níveis, além de recursos, incentivos e benefícios previstos pela organização para permitir que este compromisso possa ocorrer. Salienta-se que a segurança deve ser elencada como prioridade, permitindo uma comunicação frequente e sincera entre os trabalhadores e entre os níveis organizacionais,

proporcionando abertura para o relato dos problemas e dos erros quando e como eles ocorrem. Além disso, deve-se valorizar e estimular a aprendizagem organizacional, buscando-se resolver os problemas com intuito de melhorar o desempenho do sistema, ao invés de se estabelecer culpas individuais (SINGER et al., 2003).

Na prática diária percebe-se que os profissionais, na sua grande maioria, persistem em apontar os culpados, omitir os fatos e tentar se excluir do cenário em que o erro ocorreu. A notificação e a aceitação da existência de EA facilitam a investigação do processo em que o erro ocorreu, pois falhas acontecem. Os erros e eventos adversos devem ser analisados para elucidar as possíveis causas, direcionando medidas de prevenção e redução de erros (BECCARIA et al., 2009).

Acredita-se que a cultura punitiva, que historicamente tem pairado nas instituições de saúde, gera mais danos que benefícios. Além disso, acreditando que sempre haverá erros, a ação mais lógica e necessária para a organização deve ser dirigida para a criação de uma cultura institucional educativa e não punitiva, tendo como ponto de partida relatório e análise de erros e EA (FRANCO, 2005). As organizações de saúde precisam de esforços para superar a cultura tradicional da culpa e do castigo e incentivar a cultura da segurança, baseada na cultura do relato e do aprendizado (QUINTO NETO, 2006). Por outro lado, os profissionais de saúde devem se sentir seguros ao relatarem a ocorrência de um erro (NASCIMENTO et al., 2008).

A cultura de segurança pode ser mensurada através da utilização de instrumentos de avaliação de clima de segurança, que objetivam descobrir as atitudes da força de trabalho e suas percepções em um determinado período (HSE, 2005). O primeiro passo para avaliar a cultura de segurança do paciente é garantir que o instrumento de pesquisa utilizado seja validado e confiável, possibilitando dimensionar o que se quer medir e produzir resultados semelhantes ao repetir a medição. É importante destacar que quando o número de respondentes for inferior a 60%, os dados representam as opiniões desses profissionais, e não a cultura, devendo ser usados com cautela (PRONOVOST; SEXTON, 2005).

O *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) é um questionário que avalia as atitudes do cuidador relevantes para a segurança do paciente. É considerado como instrumento adequado e utilizado em estudos em todo o mundo, o que facilita principalmente iniciar o processo para melhoria da segurança do paciente (JCR, 2007).

A recomendação é que os hospitais devem aplicar o SAQ a cada 12 a 18 meses para gerar um perfil aprofundado dos pontos fortes e

fracos dentro de uma determinada área de cuidados, através de seis dimensões: percepções de gestão, clima de trabalho em equipe, o reconhecimento de estresse, o clima de segurança, satisfação no trabalho e condições de trabalho, possibilitando a implementação de intervenções apropriadas (JCR, 2007).

A aplicação do SAQ para a identificação de pontos fortes e fracos e também para a implementação de intervenções pertinentes, não significa que a ocorrência de EA ou danos possa ser totalmente evitada. No entanto, fica assegurado que os cuidados de saúde prestados são tão seguros quanto possível e, que, em situações onde algo possa dar errado, as ações corretivas serão tomadas em um curto espaço de tempo e com base na melhor evidência disponível (IOM, 2000). De posse destas informações optou-se por escolher o SAQ como instrumento de coleta de dados para esta pesquisa.

MÉTODOS

Apresenta-se aqui um recorte da tese de doutorado intitulada “O Cuidar de Si como uma dimensão da Cultura de Segurança do Paciente” tendo a pesquisa sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Círculo - FSG, sob o número 0221.

Os dados foram coletados na unidade de terapia intensiva de um hospital de médio porte na serra gaúcha. Fizeram parte deste estudo os profissionais que compunham a equipe de enfermagem desta unidade, totalizando quatro enfermeiros e 19 técnicos de enfermagem. Todos os profissionais foram convidados a participar e aceitaram o convite, procedendo a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, conforme preconiza a lei 196/96 que regulamente a pesquisa com seres humanos.

Os dados foram coletados por intermédio do *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ), o qual é um instrumento de pesquisa psicométrico que foi desenvolvido e validado por Bryan Sexton, Eric Thomas e Robert Helmreich, do Centro de Excelência em Pesquisa e Prática em Segurança do Paciente (*Center of Health Care and Safety – Memorial Hermann Hospital*), da Universidade do Texas. Este instrumento tem como objetivo avaliar as atitudes do profissional, que são relevantes para a segurança do paciente (SEXTON, et al; 2006).

O instrumento original foi adaptado para a utilização em diferentes unidades de cuidado com a devida autorização para tal. Além de explicitar as atitudes dos profissionais através das seis dimensões do instrumento, contém dados de informação demográfica (idade, sexo,

experiência profissional) e 64 itens que deverão ser respondidos usando uma escala Likert de cinco pontos (discordo totalmente, discordo parcialmente, neutro, concordo parcialmente e concordo totalmente), além de uma questão discursiva (SEXTON et al., 2006).

Para Sexton e Thomas (2003), as dimensões do SAQ podem assim ser compreendidas: **Clima do trabalho em equipe** – compreende a qualidade de colaboração entre os membros da equipe; **Clima de segurança** – avalia as percepções dos profissionais quanto ao compromisso e dinâmica organizacional voltado para a segurança; **Satisfação no trabalho** – diz respeito à visão positiva do local de trabalho; **Reconhecimento do estresse** – refere-se ao fato dos profissionais entenderem o quanto os fatores estressantes interferem no desenvolvimento do seu trabalho; **Percepções da gestão** – diz respeito à aprovação, por parte dos profissionais, do trabalho exercido pela gestão hospitalar e, **Condições de trabalho** – relaciona-se à percepção da qualidade percebida quanto ao ambiente de trabalho e apoio logístico, como recursos humanos, equipamentos, entre outros.

Este instrumento conta ainda com questões referentes ao perfil sócio demográfico dos participantes, questões relacionados à Qualidade de Comunicação e Colaboração entre os profissionais da equipe de saúde e uma questão discursiva que versa sobre as recomendações que o profissional sugeriria para melhorar a segurança dos pacientes.

Neste trabalho, foi utilizada a versão do SAQ para Cuidados Intensivos, traduzida para o português e validada no Brasil. Os dados foram analisados por intermédio da estatística descritiva simples e a luz do referencial teórico de Fishbein e Ajzen (1975), intitulado *Belief, Attitude, Intention and Behavior: An introduction to Theory and Research* (Crenças, Atitudes, Intenções e Comportamento: uma introdução à Teoria e Pesquisa).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados foram inseridos no software *Microsoft Office Excel 2010*[®] e processados pelo *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 16.0.

A análise do SAQ parte da média de escores realizada através das dimensões de cultura de segurança. Para que exista uma cultura adequada de segurança o escore deve ser maior ou igual a 75 pontos, salientando-se que para o cálculo desta média é necessário realizar a recodificação dos itens reversos do questionário. Por exemplo, para a questão que afirma “nesta unidade é difícil discutir erros”, ao marcar

discordo totalmente a escala likert nível 1 passa a corresponder 100 pontos.

O quadro 3 mostra as respostas que o profissional tinha como opção e suas respectivas pontuações, com exceção das reversas.

Respostas	Discordo fortemente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo fortemente
Escala likert	1	2	3	4	5
Pontuação	0	25	50	75	100

Quadro 3: Respostas do questionário e suas respectivas pontuações

A cultura de segurança foi avaliada em todos os turnos de trabalho. O turno da manhã contempla um enfermeiro e 5 técnicos de enfermagem; o turno da tarde que, no momento da coleta de dados, era composto por um enfermeiro e 2 técnicos de enfermagem e os turnos da noite A e noite B, dispondo de um enfermeiro e 6 técnicos de enfermagem cada um.

Não fizeram parte da população deste estudo os enfermeiros que cobriam as folgas dos enfermeiros da UTI. Sendo assim, obtivemos a participação de 100% da amostra de 23 sujeitos.

Diante do exposto por Sexton e Thomas, (2003) e Pronovost e Sexton, (2005), uma participação entre 65 e 85% é considerada como boa para se avaliar cultura. Já participações inferiores a 60% expressam as opiniões dos profissionais e não a cultura de segurança da unidade. Assim, pode-se afirmar que os dados aqui apresentados dizem respeito ao nível de cultura de segurança desta unidade de terapia intensiva.

Quanto ao perfil sócio demográfico dos participantes deste estudo, pode-se perceber que a maioria é do sexo feminino (95,7%) e pertencentes à categoria profissional de técnicos de enfermagem (82,6%), com idade média de 35,52 (+ 6,94) e tempo de trabalho médio de 4,15 (+3,99), conforme representado na tabela 1.

Tabela 1: Características sócio demográficas dos profissionais de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva em estudo

Características sócio demográficas	n (%)
Categoria profissional (n=23)	
Enfermeiro	4 (17,4)
Técnico de enfermagem	19 (82,6)
Sexo (n=23)	
Feminino	22 (95,7)
Masculino	1 (4,3)
Idade (n=23)	
22-29	9 (39,1)
30-37	7 (30,4)
38 -45	7 (30,4)
Tempo de experiência profissional UTI (n=23)	
0 ano – 4 ano	15 (65,2)
4 anos e 1 mês – 9 anos	5 (21,7)
9 anos e 1 mês – 14 anos	3 (13,1)

Fonte: Resultados da própria pesquisa.

A predominância do sexo feminino ainda é marcante na realidade da enfermagem, embora, os homens venham ocupando um espaço importante nos últimos anos. Nos dados aqui apresentados o gênero masculino é representado por apenas um técnico de enfermagem.

O número de técnicos de enfermagem e enfermeiros está de acordo com a portaria 3432 de agosto de 1998 (BRASIL, 1998), com exceção do turno da tarde. De acordo com esta portaria em uma unidade de terapia intensiva como a do estudo em questão, é necessário que se tenha um enfermeiro responsável pela unidade e um técnico de enfermagem para cada dois leitos.

A unidade de terapia intensiva deste estudo é composta por 10 leitos, incluindo os leitos destinados a isolamentos. Sendo assim, o número mínimo de profissionais exigido por turno é de um enfermeiro e 5 técnicos de enfermagem.

Chama atenção também o grande número de profissionais jovens em idade e com pouco tempo de experiência em UTI. Pensa-se que isto ocorra devido aos altos índices de estresse a que estes profissionais são submetidos no seu cotidiano e a remuneração insuficiente em muitos casos.

Sabe-se que a Enfermagem é considerada a quarta profissão mais estressante pela *Health Education Authority*. Isto, associado à baixa

remuneração, a sobrecarga de trabalho, a necessidade de dupla ou tripla jornada, pode ser uma das razões que levam as pessoas a abandonarem a Enfermagem, em especial as unidade de terapia intensiva, em busca de atividades mais rentáveis e menos desgastantes (MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005).

Quanto à análise das seis dimensões que compõem o SAQ e através das quais pode-se avaliar a cultura de segurança da unidade, percebe-se que somente a dimensão Satisfação no Trabalho alcançou a média proposta por Sexton et al (2006) para uma cultura de segurança adequada, conforme evidenciado no gráfico 1.

O Gráfico 1 mostra a média das dimensões da cultura de segurança a partir da avaliação dos profissionais de enfermagem que atuam na unidade de terapia intensiva.

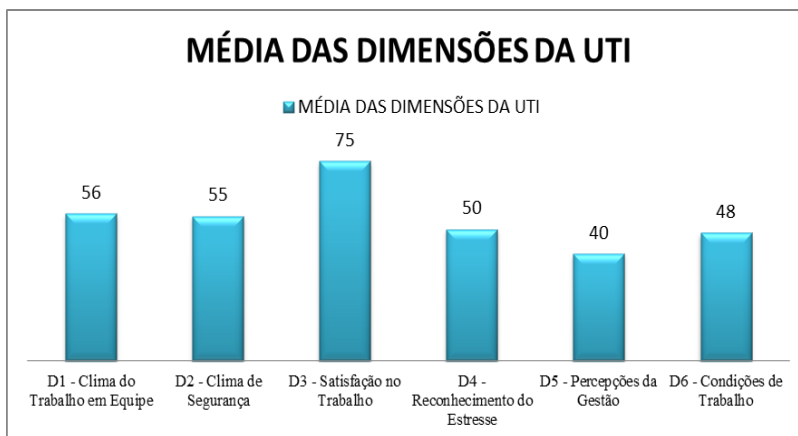


Gráfico 1: Média das dimensões daUTI

Fonte: Resultados da própria pesquisa.

A Satisfação no Trabalho foi representada com escore igual a 75 pontos, portanto considerada adequada para a cultura de segurança desta unidade. Esta satisfação está diretamente relacionada à afirmativa *Gosto do meu trabalho*, a qual obteve escore 95,4, seguida pela afirmativa *Este hospital é um bom local para trabalhar*, com escore de 81 pontos.

Conforme já referido, acredita-se que os profissionais da enfermagem realmente gostam das atividades que exercem, talvez pela significação social de fazer parte de uma pequena porção da sociedade que, de alguma forma, detêm em suas mãos o poder de ajudar o

próximo, de cuidar do outro, de melhorar a saúde do semelhante.

Estudo realizado por Batista et al. (2004) evidencia que o gostar do que faz é o primeiro fator motivador para os profissionais da enfermagem, corroborando com os dados encontrados neste estudo.

Zakari (2011) salienta que a satisfação no trabalho pode aumentar o desempenho do profissional, proporcionando conseqüentemente melhora na segurança do paciente.

Não se pode deixar de salientar que os profissionais que atuam na instituição hospitalar na qual os dados foram coletados dispõem de benefícios financeiros para si e seus dependentes diretos no tângente a cursar cursos de graduação na universidade à qual o hospital é vinculado, sendo isto sem dúvida um forte fator relacionado ao fato de considerar este hospital um bom local para se trabalhar.

Fica evidenciado também que os profissionais perceberam déficit nas questões relacionadas à gestão hospitalar. A dimensão Percepções da Gestão apresentou o menor escore, totalizando 40 pontos.

A afirmativa com menor pontuação foi relacionada ao tamanho da equipe de enfermagem em relação às necessidades da unidade. Grande parte dos profissionais afirmou que o tamanho da equipe não é suficiente para o desempenho adequado do trabalho. No entanto, de acordo com a legislação vigente, a equipe tem número suficiente de profissionais, com exceção do turno da tarde.

A equipe avaliou também de forma insatisfatória o apoio fornecido pela administração hospitalar com relação aos esforços de seus funcionários, evidenciando que existe descontentamento da equipe com relação aos gestores.

Estes baixos índices relacionados à percepção da gestão também foram encontrados em outros estudos que avaliaram a cultura de segurança, tais como os estudos de Marinho (2012), Paese (2010) Mello (2011).

Wiegmann et al. (2002) revela que quando a gestão da instituição está comprometida com a segurança do paciente, procura fornecer recursos e apoio adequados, bem como avalia rotineiramente questões diretamente relacionadas a segurança do paciente, tais como equipamentos, procedimentos, seleção e treinamento de pessoal, e propõem mudanças quando necessário.

Em consonância com estes dados evidencia-se o baixo escore da dimensão Condições de Trabalho, com 48 pontos.

A equipe descontente com suas chefias diretas e indiretas, também considera as condições insatisfatórias para que o cuidado seja realizado, em especial as condições relacionadas ao treinamento de

novos funcionários e as dificuldades com recursos humanos insuficientes.

Acredita-se que os profissionais sobrecarregados ficam mais predispostos a cometer erros que colocam a segurança do paciente e a qualidade do cuidado em risco.

Os estudos de Madalosso (2000) e Santana et al. (2012) corroboram estes dados, evidenciando que a sobrecarga de trabalho, a falta de reconhecimento, o estresse e a delegação de cuidados sem supervisão são fatores predisponentes a ocorrência de erros nos cuidados de enfermagem.

Santana et al. (2012) salientam a importância do aprimoramento do conhecimento para que se possa desempenhar um cuidado de qualidade e seguro. Silva et al. (2007) destacam que uma dúvida mal esclarecida pode desencadear erros que prejudicam o paciente, evidenciando a importância da educação continuada dos profissionais.

Por sua vez, a dimensão Reconhecimento do Estresse obteve escore 50. Este resultado mostra que o profissional não compreende e reconhece que o estresse e o cansaço podem influenciar no desempenho de suas funções.

Com escore de apenas 29 pontos, a afirmativa *A fadiga prejudica meu desempenho durante o cuidado de rotina*, traz à tona um dado importante, uma vez que o profissional não reconhece seu cansaço físico e mental como um fator predisponente a falta de atenção e, portanto, ao risco na execução de cuidado de rotina. Salienta-se que os cuidados de rotina de unidade de terapia intensiva (UTI) são diferenciados se comparados a uma unidade de internação. Na UTI, frequentemente as emergências são transformadas em rotinas, e, portanto, este ambiente configura-se insalubre para os profissionais que lá atuam (BENATTI, NISHIDE, 2000; OLIVEIRA, 2002).

De modo geral, pode-se afirmar que a equipe desta UTI desenvolve ações significativas para a Cultura de Segurança apenas nas questões referentes à satisfação no trabalho, sendo necessário que os gestores desta instituição unam esforços em busca de uma cultura de segurança.

Ao analisarem-se as dimensões por turno de trabalho, sugeriram alguns dados que julgamos necessários serem discutidos. O gráfico 2 representa as seis dimensões separadas por turno de trabalho.

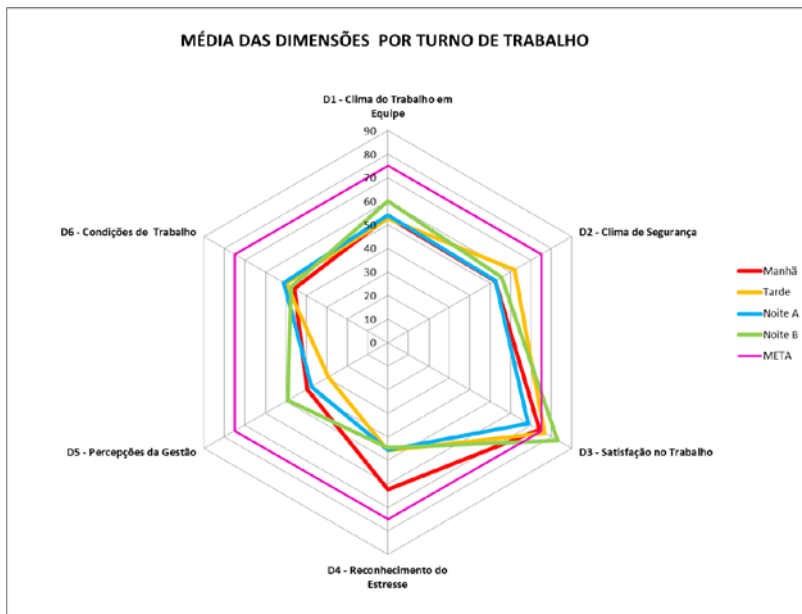


Gráfico 2: Média das dimensões por turno de trabalho

Fonte: resultados da própria pesquisa, 2012

Optou-se por apresentar estes dados no gráfico radar, pois segundo Costa (2007) ele possibilita a verificação da real situação da instituição, como se fosse a radiografia da organização, além de permitir análises comparativas.

O primeiro ponto que deve ser observado diz respeito à falta de alinhamento entre as unidades e as dimensões da cultura de segurança. De acordo com Sexton et al. (2006) para que se tenha um adequada cultura de segurança é necessário que todas as dimensões estejam harmônicas e com score igual ou superior a 75 pontos.

Observando-se este gráfico, acredita-se que a primeira ação na busca da cultura de segurança seja alinhar os escores das seis dimensões. Talvez em um primeiro momento não seja possível alcançar a meta proposta por Sexton et al. (2006), mas ao passo que unirmos as equipes na busca da harmonização das dimensões faremos as pessoas envolvidas refletirem sobre suas ações, as quais podem levar a uma cultura de segurança adequada. Chama atenção também a avaliação do turno noite B com relação a dimensão Percepções da Gestão. Mesmo ainda longe do

escore ideal para a cultura de segurança, apresentando apenas 49 pontos, se percebe uma diferenciação com os outros turnos.

O estudo de Domingos e Chaves (2005) evidenciou que o conhecimento científico é importante para as enfermeiras, pois confere segurança na tomada de decisões, tanto com relação ao paciente quanto com sua equipe.

Certamente ainda não é o ideal que se busca em relação à gestão hospitalar, mas é um caminho que pode ser seguido pelos outros turnos de trabalho. Quando há segurança na chefia direta, tornamo-nos mais corajosos para lutar por nossos direitos e assim conseguir melhores condições de trabalho.

O turno da tarde, composto por apenas um enfermeiro e dois técnicos de enfermagem, expressa um escore baixíssimo em relação à percepção da gestão, sendo de 29 pontos. É possível que os profissionais deste turno se sintam “esquecidos” pelos gestores, pois trabalham sobrecarregados, com pouco reconhecimento e sob constantes cobranças.

Chama atenção também que a equipe que menos reconhece o seu estresse é a da noite B. Em contrapartida, é também a equipe que apresenta maior escore na dimensão que avalia o trabalho em equipe. Diante disto, pode-se concluir que uma equipe que faz um bom trabalho percebe-se menos estressada.

O trabalho em equipe reduz a sobrecarga de trabalho, tornando, portanto as tarefas menos desgastantes. Este dado fica evidenciado neste turno de trabalho ao analisar-se a afirmativa que se refere ao desempenho prejudicado quando há excesso de carga de trabalho.

Já o turno da manhã é o que melhor pontuou a dimensão Reconhecimento do Estresse. Por outro lado, foi o turno que obteve menores escores com relação à dimensão Condições de Trabalho e Clima de Segurança.

Sabe-se que é durante a manhã que as unidades do hospital escola têm maior circulação de profissionais, alunos e professores. É também neste período que a maioria dos exames é solicitada, originando assim o aumento de atividades desempenhadas na UTI, sobrecarregando, geralmente, a equipe de enfermagem.

Pode-se perceber a partir destes dados que condições de trabalho inadequadas, em especial as relacionadas ao treinamento impróprio de pessoal, e as relacionadas ao clima de segurança ao se executar o trabalho, tais como a dificuldade em discutir erros e aprender a partir dos mesmos, estimula um maior reconhecimento do estresse, pois o profissional passa a vivenciar situações em que sua sobrecarga de

trabalho torna-se realidade.

CONCLUSÕES

A avaliação da cultura de segurança nesta unidade de terapia intensiva mostrou-se deficitária em cinco das seis dimensões que compõem o instrumento SAQ, utilizado para avaliar a cultura de segurança.

A única dimensão que apresentou escore com pontuação adequada foi a Satisfação no Trabalho, obtendo 75 pontos, destacando-se a afirmativa que se referia ao gostar do seu trabalho. Esta dimensão obteve, também, escore adequado em três turnos de trabalho, excetuando-se apenas o turno Noite A, a qual obteve escore de 69 pontos. Já as dimensões relacionadas à Percepção da Gestão, Condições de Trabalho e Percepção do Estresse foram as que obtiveram menores pontuações, obtendo escores 40, 48, e 50 respectivamente. Ao analisarem-se estas dimensões individualmente por turno de trabalho os resultados não foram diferentes, mantendo-se as pontuações mais baixas.

Sabe-se que o primeiro passo para a segurança do paciente está no desenvolvimento de uma cultura de segurança nas instituições de saúde. Portanto, avaliar esta cultura configura-se em questão fundamental para que alcancemos o cuidado seguro e de qualidade.

Estes dados demonstram que a cultura de segurança nesta unidade apresenta fragilidades importantes, que precisam ser sanadas para que se construa uma cultura de segurança do paciente adequada.

Para isto, é necessário que todos os envolvidos no processo de cuidar de forma segura, ou seja, enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, gestores e demais membros da equipe multiprofissional em saúde, unam esforços em busca da concretização desta cultura.

Sabe-se que este estudo não apresentou significância estatística em função do número reduzido de participantes, mas entende-se que com sua realização foi possível visualizar pontos estratégicos deficitários, bem como as potencialidades desta unidade. Acredita-se que a partir do diagnóstico será possível começar a pensar em estratégias para que estas fragilidades sejam sanadas e as potencialidades compartilhadas com os demais membros da instituição.

Despertar a cultura de segurança em toda uma instituição de saúde é um desafio, mas se começarmos por uma parte, por um grupo de profissionais, estaremos possibilitando que todos visualizem os bons resultados e fiquem, desta forma, motivados na busca pela cultura de

segurança e pelo cuidado seguro.

Diante dos resultados apresentados neste estudo, sugere-se a replicação do mesmo em todas as unidades da instituição hospitalar para que a partir destes diagnósticos possam ser criadas, em conjunto, estratégias para superar as dificuldades e potencializar os resultados positivos já alcançados para garantir uma segurança no cuidado ao paciente.

REFERÊNCIAS

BAKER, G. R. et al. The Canadian Adverse Events Study: The incidence of adverse events among hospital. **CAMJ**, v. 170, p. 1678-1686, 2004.

BATISTA, A.A. V. et al . Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 39, n. 1, mar. 2005 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000100011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 06 nov. 2012.

BECCARIA, R. L. M. et al. Eventos adversos na assistência de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. **RBTI Revista Brasileira Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 276-282, jul./ago. 2009.

BENATTI, M. C. C.; NISHIDE, V. M. Elaboração e implantação do mapa de riscos ambientais para prevenção de acidentes do trabalho em uma unidade de terapia intensiva de um hospital universitário. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 5, oct. 2000 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692000000500003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 Dec. 2012.

BRASIL. **Portaria nº 3.432/GM, de 12 de agosto de 1998**. Estabelece critérios mínimos para as Unidades de Tratamento Intensivo – UTI. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/uti/Portaria_3432B.pdf>. Acesso

em: 28 out. 2012.

COSTA, E. A. **Gestão Estratégica: Empresa que temos para empresa que queremos**: 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2007.

DAVIS, P. et al. Acknowledgement of a “no fault” medical injury: review of patients’ hospital records in New Zealand. **BMJ**, v. 326, p.79-80, 2003.

DE GASPERI, P. **A enfermagem promovendo a saúde no cuidado a pessoas que vivenciam cirurgia cardíaca**. 2005. 98f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

DOMINGUES, Tânia Arena Moreira; CHAVES, Eliane Corrêa. O conhecimento científico como valor no agir do enfermeiro. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 39, n. spe, dez. 2005 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000500011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 06 nov. 2012.

FISHBEIN, M.; AJZEN, I. **Belief, attitude, intention and behavior: an introduction to theory and research**. Massachusetts: ADDISON – Wesley, 1975.

FRANCO, A. La seguridad clínica de los pacientes: entendiendo el problema. **COLOMB.MÉD**, p. 130-133, abr./jun. 2005.

HSC - HEALTH AND SAFETY COMMISSION. **Organizing for Safety**: Third Report of the Human Factors Study Group of ACSNI. Sudbury: HSE Books, 1993.

HSE - HEALTH AND SAFETY EXECUTIVE. **A Review of Safety**

Culture and Safety Climate Literature for the Development of the Safety Culture Inspection Toolkit. Bristol: Human Engineering, 2005.

IOM - INSTITUTE OF MEDICINE. **To Err is Human:** Building a Safer Health System. Washington, DC: National Academy Press, 2000.

JCI - JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. **International Patient Safety Goals (ISPGs).** 2007. Disponível em: <http://staff.aub.edu.lb/~webaccrm/resources/2007_international_patient_safety_goals.pdf>. Acesso em: 03 ago. 2011.

JCR - JOINT COMMISSION RESOURCES . A Check-up for Safety Culture in “My Patient Care Area”. **The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety.** Oakbrook Terrace, Illinois, v. 33, n. 11, p. 699-703, nov. 2007.

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. **To err is human:** building a safer health system. 2. ed. Washington: National Academy of Sciences, 2000.

LEAPE, L. L. et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. **N Engl J Med.**, v. 324, p. 377-384, 1991.

MADALOSSO, A. R. M. Iatrogenia do cuidado de enfermagem: dialogando com o perigo no cotidiano profissional. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692000000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 dec. 2012.

MARINHO, M. M.. **Cuidado de Enfermagem e a cultura de segurança do paciente:** um estudo avaliativo em unidades de internação cirúrgica. 2012. 135f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem,

Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

MELLO, J. F. **Cultura de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: perspectiva da enfermagem.** 2011. 173f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

MELTZER, L. E. e col. **Enfermagem na unidade coronariana.** São Paulo: Atheneu, 2000.

MENDES, W. et al. Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais. **Rev Bras Epidemiol.**, v. 8, n. 4, p. 393-406, 2005.

MICHEL, P.; QUENON, J. L.; SARASQUETA, A. M.; SCEMAMA, O. Comparison of three methods for estimating rates of adverse events and rates of preventable adverse events in acute care hospitals. **BMJ**, v. 328, p. 199-202, 2004.

MILLS, D. H. Medical insurance feasibility study. A technical summary. **West J Med.**, v. 128, n. 4, p. 360-365, 1978.

MUROFUSE, N. T.; ABRANCHES, S. S.; NAPOLEÃO, A. A. Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 13, n. 2, mar./abr. 2005.

NASCIMENTO, C. C. P.; TOFFOLETTO, M. C.; GONÇALVES, L. A. et al. Indicadores de resultados da assistência: análise dos eventos adversos durante a internação hospitalar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 4, jul./ago. 2008.

NIEVA, V. F.; SORRA, J. Safety culture assessment: a tool for

improving patient safety in healthcare organizations. **Quality and Safety in Health Care**, p. 17-23, (Suppl II), 2003.

OLIVEIRA, E. C. do N. O psicólogo na UTI: reflexões sobre a saúde, vida e morte nossa de cada dia. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 22, n. 2, jun. 2002 . Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-9893200200020005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 dez. 2012.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **WHO patient safety curriculum guide for medical schools**. World Health Organization .World Alliance for Patient Safety. Switzerland, 2009.

PADILHA, K. G. **Ocorrências iatrogênicas na prática de enfermagem em UTI**. Tese (Livre-docência) Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

PAESE, F. **Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde**. 2010. 181p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

PRONOVOST, P.; SEXTON, B. Assessing safety culture: guidelines and recommendations. **Qual Saf Health Care**, v. 14, n. 4, p. 231-233, 2005.

QUINTO NETO, A. Segurança dos pacientes, profissionais e organizações: um novo padrão de assistência à saúde. **Revista Administração e Saúde**, Porto Alegre, v. 8, n. 33, p. 153-158, out/dez. 2006.

REASON, J. **Managing the Risks of Organizational Accidents**. Aldershot: Ashgate Publishing Company, 1997.

ROCHA, L. A.; MAIA, T. F.; SILVA, L. F. Diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 59, n. 3, jun. 2006.

SANTANA, J. C. B. et al. Fatores que influenciam e minimizam os erros na administração de medicamentos pela equipe de enfermagem. **Enfermagem Revista**, Belo Horizonte, v. 15, n. 1, p. 122-137, mai. 2012. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/3300>>. Acesso em: 07 dez. 2012.

SCHIOLER, T. et al. Incidence of adverse events in hospitals. A retrospective study of medical records. **Ugeskr Laeger**, v. 163, p. 5370-5378, 2001.

SEXTON, J. B. *et al.* The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. **BMC Health Services Research**, p. 6-44, 2006.

SEXTON, J. B.; HUANG, D. T.; CLERMONT, G. Perceptions of safety culture vary across the intensive care units of a single institution. **Critical Care Medicine**, v. 35, n. 1, p. 165-176, 2007.

SEXTON, J. B; THOMAS, E. J. **The Safety Attitudes Questionnaire (SAQ):** Guidelines for Administration. The University of Texas Center of Excellence for Patient Safety Research and Practice, 2003.

SILVA, A. E. B. de C. et al. Problemas na comunicação: uma possível causa de erros de medicação. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 3, Sept. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 dec. 2012.

SILVA, S. C. **Ocorrências iatrogênicas em unidade de terapia**

intensiva: impacto na gravidade e na carga de trabalho de enfermagem. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

SILVA, S. C.; PADILHA, K. G. Parada cardiorrespiratória na unidade de terapia intensiva: considerações teóricas sobre os fatores relacionados às ocorrências iatrogênicas. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 35, n. 4, Dec. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342001000400008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 feb. 2010.

SINGER, S. J. et al. The culture of safety: results of an organization-wide survey in 15 Californian hospitals. **NCBI**, Stanford, CA. 2003.

SOUZA, P. Patient safety: a necessidade de uma estratégia nacional. **Acta Med Port**, p. 309-318, 2006.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Patient Safety:** global priorities for research in patient safety. World Health Organization, Geneva, 2008.

WIEGMANN, D. A.; ZHANG, H.; THADEN, T. L. **A synthesis of safety culture and safety climate research.** University of Illinois at Urbana-Champaign. 2002. Prepared for Federal Aviation Administration: Technical Report ARL-02-3/FAA-02-2. Contract DTFA 01-G-015.

WILSON, R.M. et al. The Quality in Australian Health Care Study. **Med J Aust.**, v. 163, n. 9, p. 458-471, 1995.

ZAKARI, N. M. A. Attitude of Academic Ambulatory Nurses toward Patient Safety Culture in Saudi Arabia. **Life Science Journal**, v. 8, n. 3, p. 230-237, 2011.

7.3 ARTIGO 03: AVALIAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM REALIZADO JUNTO A PACIENTES QUE VIVENCIAM O PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA

AVALIAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM REALIZADO JUNTO A PACIENTES QUE VIVENCIAM O PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA

EVALUATION OF NURSING CARE APPLIED TO PATIENTS WHO WENT THROUGH POSTOPERATIVE OF CARDIAC SURGERY

EVALUACION DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA REALIZADO JUNTO A PACIENTES QUE PASAN POR O POS-OPERATORIO DE CIRUGÍA CARDÍACA

Patricia De Gasperi⁸
Vera Radünz⁹

RESUMO: A cirurgia cardíaca é tida como uma situação complexa e que exige preparo específico dos profissionais nela envolvidos. Os momentos após a realização do procedimento são de fundamental importância para a adequada recuperação do paciente. O objetivo deste estudo é identificar os principais fatores desencadeantes de eventos adversos oriundos do cuidado de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca. Os dados foram coletados na unidade de terapia intensiva de um hospital de médio porte da serra gaúcha, por intermédio da observação estruturada não participante. Os resultados apontam que 17,4 % dos participantes realizou a lavagem das mãos de forma adequada; 96,5 % dos profissionais apresentaram-se para o trabalho dentro do preconizado pela legislação vigente; 56,5 % posicionou o paciente adequadamente no leito; 60 % preocupou-se com a segurança

⁸ Enfermeira, Mestre e Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Especialista em Auditoria Pública e Privada. Docente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade de Caxias do Sul. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidando & Confortando. E-mail: patrigasper@yahoo.com.br.

⁹ Enfermeira, Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina, Pós-Doutora pela University of Alberta, Edmonton, Canadá, Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina, Especialista em Drug Phenomenon, University of Alberta, Edmonton, Canadá e Enfermagem Oncológica, University of California, San Francisco, EUA. Docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina e Coordenadora do Grupo de Pesquisa Cuidando & Confortando.

no leito; a ausculta pulmonar não foi realizada; a avaliação vascular periférica foi realizada por 75 % dos enfermeiros e a ausculta cardíaca, por 25 %.; já a verificação dos sinais vitais foi realizada por 89,4 % dos profissionais, a verificação da pressão venosa central por 80 % e a higiene bucal e corporal foi realizada de forma adequada por somente 26,3 % dos profissionais. Percebe-se assim, a necessidade de se promover capacitação específica para os profissionais da Enfermagem no que diz respeito aos cuidados no pós-operatório de cirurgia cardíaca.

Palavras-chave: Cirurgia cardíaca. Eventos adversos. Enfermagem.

ABSTRACT: Cardiac surgery is considered a complex situation and it requires specific preparation of the professionals involved. The moments after the completion of the procedure are of fundamental importance to the proper recovery of the patient. The aim of this study is to identify the main factors triggering of adverse events from nursing care in the postoperative period of cardiac surgery. The data were collected in the intensive care unit of a mid-size hospital in South Brazil, through structured not participant observation. The results show that 17.4% of the participants performed the hand washing appropriately; 96.5% of professionals worked within the recommended by the legislation; 56.5% positioned the patient properly in bed; 60 % are concerned with safety in bed, the auscultation was not performed, peripheral vascular evaluation was performed by 75% of nurses and 25% did auscultation.; checking of vital signs was performed by 89.4% of Professional, verifying the central venous pressure by 80% and the oral hygiene and body hygiene was adequately performed by only 26.3% of the professionals. The need to promote specific training for Nursing professionals, regarding to postoperative care of heart surgery, is perceived.

Key words: Cardiac surgery. Adverse events. Nursing.

RESUMEN: La cirugía cardíaca es tenida como una situación compleja y que exige una gran preparación de profesionales involucrados en ella. Los momentos después de la realización del procedimiento son de fundamental importancia para la adecuada recuperación del paciente. Frente a esto optamos por realizar este estudio, que tiene como objetivo identificar los principales factores desencadenantes de eventos adversos oriundos del cuidado de enfermería en el pos-operatorio de cirugía cardíaca. Los datos fueron recolectados en la unidad de terapia intensiva de un hospital de porte medio de la sierra gaucha, por intermedio de la observación estructurada no participante. Los resultados muestran que el

17,4% de los participantes realizó el lavado de manos adecuado, 96,5% de los profesionales tuvo que trabajar dentro de la recomendada por la legislación; 56,5% el paciente colocado correctamente en la cama; 60 % preocupado por la seguridad en la cama, no se llevó a cabo la auscultación, la evaluación vascular periférica se realizó en un 75% de las enfermeras y el 25% en la auscultación;. ya la comprobación de los signos vitales se realizó un 89,4% de profesional, la verificación de la presión venosa central en un 80% y la higiene oral y el cuerpo se realizó adecuadamente por sólo 26,3% de los profesionales. se percibe la necesidad de promover mejor capacitación para los profesionales de Enfermería en lo que se refiere a los cuidados en el pos-operatorio de cirugía cardíaca.

Palabras-claves: Cirugía cardíaca. Eventos adversos. Enfermería.

INTRODUÇÃO

A cirurgia cardíaca é tida como uma situação complexa, demandando grande preparo dos profissionais nela envolvidos. Os momentos após a realização do procedimento são de fundamental importância para a adequada recuperação do paciente, exigindo conhecimento científico, atenção, profissionalismo, capacidade e habilidades técnicas especialmente da equipe de enfermagem, pois são estes os profissionais que passarão, no pós-operatório, a monitorar o paciente de forma contínua e sistemática, visando a sua recuperação hemodinâmica.

O tempo imediatamente após a cirurgia cardíaca é vital para a pessoa que se submete ao procedimento, pois é neste momento que se avalia o desempenho do coração e a estabilidade hemodinâmica (DE GASPERI, 2005).

O pós-operatório é o período durante o qual ocorre a recuperação do paciente. Nele a assistência de enfermagem está relacionada com as intervenções destinadas a prevenir ou tratar complicações e proporcionar ao paciente o retorno às atividades do cotidiano (ROCHA; MAIA; SILVA, 2006).

Neste momento fundamental da recuperação é indispensável enfatizar o cuidado de qualidade e seguro, para que o paciente se recupere de um procedimento tão delicado e complexo como é o caso da cirurgia cardíaca.

Acredita-se que uma das condições indispensáveis para este cuidado seguro e de qualidade esteja nos conhecimentos específicos necessários à equipe de enfermagem. São conhecimentos que envolvem

os primeiros e rotineiros cuidados a um paciente que interna em uma unidade de terapia intensiva, até a capacidade de reconhecer e saber agir diante das possíveis complicações da cirurgia cardíaca, perpassando pelas questões preconizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (2003). Cita-se neste estudo a higienização das mãos, a diminuição dos riscos de quedas, a comunicação efetiva entre a equipe de saúde, a identificação correta do paciente e a redução nos índices de infecção.

Para Smeltzer & Bare (1999), a principal finalidade do período pós-operatório é restabelecer o equilíbrio fisiológico do paciente, promovendo conforto, alívio da dor e evitando o surgimento de complicações.

Já para Hudak e Gallo (1997) a assistência de enfermagem deve atentar para os seguintes aspectos: ventilação e oxigenação, ritmo cardíaco, estabilidade hemodinâmica, drenagens torácicas e sangramentos, débito urinário, hipotermia e estado neurológico.

Investigando-se a literatura e as bases de dados Scielo, Pubmed, Lilacs e Bedenf percebe-se que não existem protocolos de cuidado de enfermagem em pós-operatório de cirurgia cardíaca disponíveis para acesso. Cada instituição desenvolve internamente seu próprio protocolo.

A partir das diversas leituras realizadas e da experiência profissional, elencam-se os seguintes aspectos considerados fundamentais para cuidado seguro e de qualidade aos pacientes que vivenciaram a cirurgia cardíaca: apresentação pessoal; lavagem das mãos; identificação do paciente; posicionamento no leito; segurança no leito - risco de quedas; passagem de plantão; verificação de sinais vitais; instalação e monitorização cardíaca contínua; instalação e verificação de pressão venosa central; verificação de pressão arterial média; ausculta torácica; avaliação vascular periférica; avaliação pupilar e de consciência; avaliação da dor; sonda nasogástrica em sifonagem e manutenção de NPO (nada administrado por via oral); verificação de débito urinário; verificação das drenagens, ordenha dos drenos e troca do selo d'água; avaliação dos cateteres e risco de infecção; troca de curativos; aspiração de tubo orotraqueal e orofaringe.

Na percepção de que o paciente é agente ativo na realização de seu cuidado e não mero expectador destaca-se a necessidade de orientações quanto aos procedimentos que serão realizados (De Gasperi, 2005), esteja ela consciente ou não. Conforme Puggina e Silva (2009), não se pode ainda provar que a audição do paciente em coma está totalmente preservada, mas estudo recente realizado por estas autoras evidencia alterações fisiológicas nestes pacientes quando uma mensagem foi falada a eles.

Sendo assim, neste estudo as orientações fornecidas ao paciente antes e durante a execução de qualquer procedimento, assim como a apresentação do profissional, foi considerada para um cuidado seguro e de qualidade.

Os estudos de Chianca (1997, 2006) e Mansoa (2010) nos levam a crer que, no âmbito da Enfermagem, desconhecem-se estudos que tenham classificado, quantificado, tipificado ou analisado os erros que já tenham ocorrido, numa tentativa de compreendê-los e predizê-los, criando estratégias de prevenção. Os autores destacam que, em geral, é ausente o conhecimento sobre como os enfermeiros identificam seus erros.

Estudo recente de Mansoa (2010) reforça que mesmo com a crescente atenção dada aos erros ocorridos nos cuidados à saúde, o conhecimento sobre este assunto se limita a pouco mais do que casos isolados de negligência relatados nos meios de comunicação, ignorando-se, muitas vezes, processos e contextos.

A ocorrência de fatores desencadeantes de eventos adversos (EAs) no cuidado de enfermagem e a sua relação com a segurança do paciente que vivenciou cirurgia cardíaca é velada nos meios acadêmicos e assistenciais da enfermagem, pois ainda adota-se a cultura de que errar é inaceitável, e por isso, o erro acaba não sendo comunicado.

Leplat (1985) afirma que o erro é muitas vezes cercado de uma aura de culpa que faz com que tanto o indivíduo que o comete quanto a instituição, tenha aversão em comunicá-lo.

Hoje, busca-se compreender os fatores que levam à ocorrência do erro e entender que o erro não é simplesmente causado por uma pessoa, mas sim por um conjunto de fatores que levam este indivíduo a errar.

Destaca-se que nem todo erro resulta em prejuízo, mas quando isto ocorre este erro pode passar a ser conhecido com evento adverso. O evento adverso é definido como uma injúria resultante de uma intervenção médica ou de saúde, ou seja, não é um problema ocorrido pela ordem natural evolutiva da patologia apresentada pelo paciente (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

O erro que é objeto de estudo nesta pesquisa é o erro que poderá vir a desencadear um evento adverso, e consequentemente colocar em risco a segurança do paciente.

Diante do exposto, acreditando ser possível construir uma cultura de segurança em detrimento da cultura punitiva, optou-se por realizar este estudo, que tem como objetivo identificar os principais fatores desencadeantes de eventos adversos oriundos do cuidado de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca.

MÉTODO

Este artigo é o resultado parcial da tese de doutorado intitulada “O Cuidar de Si como uma dimensão da Cultura de Segurança do Paciente” e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Círculo - FSG, sob o número 0221.

Os dados foram coletados na unidade de terapia intensiva de um hospital de médio porte da serra do Rio Grande do Sul. Todos os 23 profissionais da equipe de enfermagem foram convidados a participar desta pesquisa e aceitaram o convite, procedendo então à assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

O instrumento de coleta de dados foi a observação sistemática não participante. Nesta observação, identificaram-se os principais EAs oriundos do cuidado de enfermagem ao paciente que vivenciou uma cirurgia cardíaca. O instrumento utilizado para guiar esta observação foi baseado nas recomendações da organização mundial de saúde sobre segurança do paciente (OMS, 2003) associado aos cuidados de enfermagem necessários aos pacientes que se recuperam de uma cirurgia cardíaca.

A observação ocorreu durante todo o turno de trabalho do profissional participante do estudo e em todos os dias em que esteve internado pelos menos um paciente que tenha vivenciado a cirurgia cardíaca, permanecendo até a exaustão dos dados.

Os dados foram analisados com estatística descritiva e apresentados em forma de gráfico.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A equipe de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) na qual os dados foram coletados era composta, no momento da coleta, por 4 enfermeiros e 19 técnicos de enfermagem, assim distribuídos: turno da manhã – um enfermeiro e 5 técnicos de enfermagem; turno da tarde – um enfermeiro e dois técnicos de enfermagem e turnos da noite A e B – um enfermeiro e 6 técnicos de enfermagem em cada turno.

A UTI a que se refere este estudo conta com 10 leitos, evidenciando-se a falta de técnicos de enfermagem no turno da tarde, conforme prevê a Portaria do Ministério da Saúde número 3.432 de 1998 e a Resolução RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, da ANVISA (BRASIL, 2012).

Salienta-se que aproximadamente 70 % da equipe de técnicos de enfermagem são também acadêmicos de cursos de graduação em

enfermagem. Estes cursos acontecem em sua maioria nos turnos da tarde e noite, explicando, mas não justificando, o déficit de funcionários no turno da tarde.

A observação sistemática contou com 33 itens que relacionavam os procedimentos considerados necessários à realização de um cuidado seguro e de qualidade no período de recuperação pós-operatória de cirurgia cardíaca. No entanto, para este estudo optou-se por analisar nove itens, uma vez que somente estes foram realizados por todos os profissionais que compuseram a amostra.

A determinação da adequabilidade ou não dos procedimentos realizados deu-se através do estudo previamente realizado pela pesquisadora com relação à correta execução técnica dos procedimentos selecionados. Estas informações podem ser encontradas na íntegra na tese intitulada “O cuidar de si como uma dimensão da cultura de segurança do paciente”.

Os itens avaliados para os enfermeiros foram: apresentação pessoal; lavagem das mãos; segurança no leito; posicionamento no leito; ausculta cardíaca; ausculta pulmonar; avaliação vascular; avaliação da dor; orientação antes dos procedimentos.

Os itens avaliados para os técnicos de enfermagem foram: apresentação pessoal; lavagem das mãos; segurança no leito; posicionamento no leito; sinais vitais; avaliação da dor; verificação da PVC; higiene bucal e corporal; orientação antes dos procedimentos.

Analisando o gráfico 3, o qual apresenta os procedimentos comuns a enfermeiros e técnicos de enfermagem, pode-se perceber um dado preocupante, pois apenas 17,4 % da amostra realizou a lavagem das mãos de forma adequada. No que diz respeito à apresentação pessoal, obteve-se um índice de 96,5 % de avaliações adequadas. Quanto ao posicionamento do paciente e segurança no leito, obteve-se percentual de 56,5 % e 60 %, respectivamente. Já com relação às orientações realizadas antes dos procedimentos, obteve-se um índice de 69,5 %.

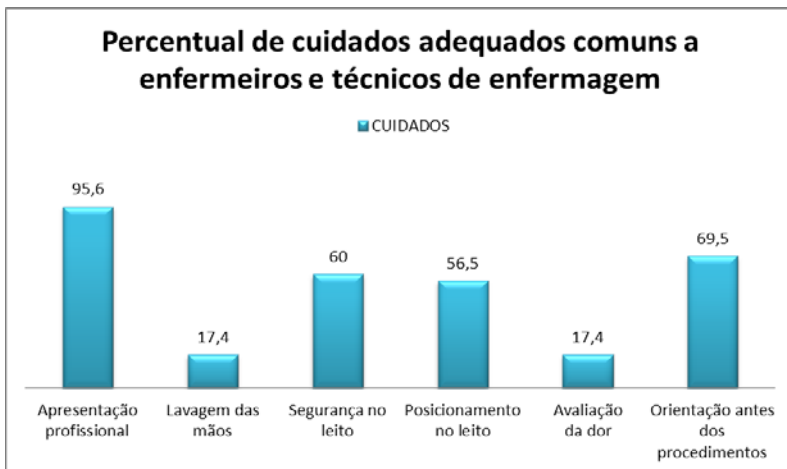


Gráfico 3: Percentual de procedimentos adequados comuns a enfermeiros e técnicos de enfermagem

Fonte: Resultados da própria pesquisa

A apresentação pessoal obteve um alto índice de adequação, demonstrando que os funcionários desta UTI compreendem e cumprem, em sua maioria, o estabelecido pela Norma Regulamentadora 32, que regulamenta o vestuário apropriado para os profissionais.

A utilização de roupas adequadas para a enfermagem começou com o uso de uniformes, ainda em 1890, na Inglaterra. Nesta época as próprias estudantes de enfermagem confeccionavam suas roupas, as quais representavam um risco para a saúde, uma vez que as saias eram longas demais e as mangas e punhos extremamente ajustados, impedindo uma adequada lavagem das mãos. Com a introdução da teoria microbiana, as saias e as mangas passaram a ser mais curtas, não carregando mais sujidades do chão e permitindo a melhor lavagem das mãos. Nesta época também, surgiu o uso dos gorros, uma vez que as mulheres tinham cabelos longos e pouco tempo para cuidá-los (ATKINSON; MURRAY, 2008).

Para El Sarraf (2004) o uso de uniformes apresenta vantagens principalmente no que diz respeito à praticidade, conforto e segurança, entre outros. No estudo que realizou, evidenciou que ao escolher uma vestimenta adequada deve-se levar em consideração aspectos como funcionalidade, bem-estar, segurança, proteção entre outros.

Na unidade em questão, é utilizado uniforme próprio do serviço,

fornecido pela instituição e, este caso isolado, que corresponde a 4,4% da amostra, ocorreu devido à utilização inadequada de adornos, como anéis.

Segundo Silva Junior (2008), os adornos podem dificultar a higienização das mãos, pois o desinfetante não consegue atingir toda sua superfície, ou em alguns casos são inativados na presença de sujidades que possam estar presentes nas mãos dos manipuladores decorrentes da presença desses adornos.

No estudo de Freitas (2009), ficou evidenciado que a equipe de técnicos de enfermagem espera que os enfermeiros sejam capacitados para orientar e supervisionar as suas ações.

Já com relação à lavagem correta das mãos, os dados são preocupantes, pois apenas 17,4 % dos profissionais realizou a lavagem das mãos de forma adequada. Este percentual corresponde a apenas quatro profissionais.

Lavar as mãos é um ato simples, barato, rápido e que faz diferença na segurança dos pacientes, uma vez que se sabe que os locais de tratamento de saúde, em especial os hospitais, apresentam um número e uma variedade grande de micro-organismos capazes de causar danos à saúde das pessoas. A higienização das mãos com produtos adequados reduz os riscos de transmissão de doenças.

No entanto, estudos apresentados pela ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária - sobre o tema, avaliam que a adesão dos profissionais ao ato de higienização das mãos de forma constante e rotineira ainda é insuficiente. Destaca também a importância de incentivar e sensibilizar o profissional de saúde quanto a esta questão. Todos devem estar conscientes da importância da higienização das mãos na assistência à saúde para a segurança e qualidade da atenção prestada (BRASIL, 2007).

Outro estudo realizado em 2009 por Felix e Miyadahira evidenciou que apenas 14% dos profissionais realizaram a técnica correta da lavagem das mãos e as dificuldades encontradas por Oliveira, Cardoso e Mascarenhas (2010) estão intimamente relacionadas ao esquecimento, distância da pia, irritação da pele entre outros.

Estudos realizados no Brasil estimam que de três a 15% dos pacientes sob hospitalização adquiram algum tipo de infecção hospitalar. Acredita-se que o processo de disseminação dos patógenos aconteça pelas mãos dos profissionais da saúde, as quais se configuram como um reservatório de microrganismos responsáveis pela infecção cruzada (SCHEIDT, CARVALHO, 2006; VERONESI, 2005).

É importante que o profissional de saúde entenda a importância

da lavagem das mãos. As mãos são carregadas de microrganismos inofensivos para nós, mas potencialmente agressivos para os pacientes hospitalizados e imunocomprometidos, como aqueles que estão se recuperando de uma cirurgia cardíaca.

Marangoni e Schechter (1994) explicam que os microrganismos da flora normal dos humanos são oportunistas, ou seja, se tornam nocivos para pacientes hospitalizados. Os microrganismos oportunistas não causam infecções em pessoas saudáveis, mas têm a capacidade de desencadear reações adversas em pessoas debilitadas.

Com relação ao posicionamento e à segurança no leito, obtivemos índice de adequação de 56,5 % e 60 % respectivamente, evidenciando que a maioria dos profissionais preocupa-se com estes cuidados.

O paciente que vivencia uma cirurgia de grande porte, como uma cirurgia cardíaca, permanece por aproximadamente 24 horas no leito, necessitando ser posicionado e mobilizado pelos profissionais de saúde.

Posicionar o paciente corretamente no leito é fundamental para que consigamos manter uma adequada circulação, evitando desta forma a formação ou aumento do edema e das possíveis úlceras de pressão.

Sabemos que o estado geral do paciente é importante, uma vez que o corpo pode enfrentar uma pressão externa maior quando está saudável do que quando está doente. Desta forma, a mobilidade ou a atividade reduzida, como ocorre em um momento pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca, contribui para o desenvolvimento de úlceras de pressão (IRION, 2003).

A influência negativa no sistema vascular e linfático pode levar ao desenvolvimento de edemas e trombose venosa profunda. A trombose venosa profunda tem como etiologia, além do repouso intenso, o fluxo sanguíneo diminuído que ocorre logo após os procedimentos cirúrgicos (RIBEIRO; NETTO; LAGE, 2006).

Outro dado relevante está relacionado às possibilidades de danos ocasionados por quedas.

A JCI (2007) apresenta a redução no risco de quedas como uma das metas internacionais para a segurança, salientando a necessidade de avaliar constantemente o risco de queda apresentado pelo paciente, incluindo os riscos potenciais associados ao esquema medicamentoso, uma vez que algumas medicações podem ocasionar agitação psicomotora ou relaxamento excessivo da musculatura, possibilitando a ocorrência de quedas. Entende-se que um leito com grades de proteção e a atenção com as medicações que estão sendo utilizadas nos ajudam a manter o paciente seguro, enquanto este permanecer acamado.

Estudo realizado em 2010 mostra que a causa de quedas mais

frequente são as que ocorrem do próprio leito do paciente (55%), seguido pelas quedas de própria altura (38,8%) (PAIVA et al., 2010).

Acredita-se que algumas medidas são importantes para prevenir as possíveis quedas do leito, tais como dispor os itens pessoais ao alcance do paciente e manter o leito em condições seguras, ou seja, as rodas travadas e as grades laterais elevadas (MARIN; BOURIE; SAFRAN 2000).

A avaliação da dor foi, na maioria das vezes, negligenciada, tendo sido realizada por 17,4 % dos profissionais participantes. No entanto, Correa (1997) evidencia que a dor é um sintoma frequente e de elevada incidência entre os pacientes que realizam cirurgia cardíaca.

Estudo de Andrade, Barbosa e Barichello (2010) observou que a incidência de queixa dolorosa foi alta, já que 86,7 % dos pacientes queixaram-se deste sintoma em pelo menos um dos tempos avaliados (do pós-operatório imediato ao 4º dia de pós-operatório).

Para Chaves (2007), controlar a dor é indispensável para a assistência no período pós-operatório, uma vez que estímulos dolorosos prolongados podem causar sofrimento e complicações, os quais podem ser relacionados com o aumento da morbidade e mortalidade pós-operatória.

Na cirurgia cardíaca, a dor pós-operatória é considerada um importante ponto de avaliação de danos físicos e psicológicos dos pacientes. Em função da natureza subjetiva de percepção da dor, é necessário que se faça uso de questionários e sistemas de escores para a quantificação precisa (VASCONCELOS FILHO, CARMONA, AULER JÚNIOR, 2004; CHAVES, PIMENTA, 2003).

Em função disto, diversos instrumentos têm sido desenvolvidos para a avaliação da dor, passando de uma avaliação apenas subjetiva, como sintoma, para uma avaliação objetiva, capaz de ser aferida. A dor é considerada por alguns profissionais como o quinto sinal vital.

Entre os instrumentos utilizados para avaliação da dor podemos citar o Questionário de dor McGill, de 1975; a Avaliação de Mcguire, desenvolvida na década de 80; e as escalas unidimensionais, consideradas de mais fácil compreensão pelo paciente. Estas escalas avaliam a intensidade da dor e foram utilizadas no local de coleta de dados desta pesquisa. Entre estas escalas, podem ser citadas as escalas analógicas visuais numerais, que consistem em uma faixa numerada de zero a dez, sobre a qual o paciente deve assinalar ou informar o grau de sua dor (KREMER et al., 1981; JENSENet al., 1986; PIMENTA, 1994).

Cousins, Power e Smith (2000) e Atkinson e Murray (2008) relembram que a dor é um estressor desnecessário que causa danos

fisiológicos sobre a grande maioria dos sistemas orgânicos, influenciando na pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória, entre outros.

Diante destes dados, fica evidente a importância de se avaliar corretamente a dor no pós-operatório de cirurgia cardíaca.

Com relação às orientações fornecidas antes da realização de procedimentos, percebeu-se que 69,5% dos profissionais informaram ao paciente sobre os cuidados que seriam realizados.

Todo ser humano é dotado da capacidade de decidir individualmente ou em conjunto sobre as ações que dizem respeito a si próprio, e isto não é diferente quando se trata do paciente que está se recuperando de uma cirurgia cardíaca.

Parece fundamental que o paciente seja informado sobre todos os procedimentos a que será submetido. O profissional de saúde tem o dever de pedir seu consentimento e explicar-lhe sobre a real necessidade de tal procedimento.

Na percepção de que o paciente é agente ativo na realização de seu cuidado e não mero expectador, destaca-se a necessidade de orientações quanto aos procedimentos que serão realizados (De Gasperi, 2005), esteja ele consciente ou não. De acordo com Puggina e Silva (2009), não se pode ainda provar que a audição do paciente em coma está totalmente preservada, mas estudo recente realizado por estas autoras evidencia alterações fisiológicas nos pacientes quando uma mensagem falada foi passada a eles.

O gráfico 4 representa a adequação dos procedimentos específicos dos enfermeiros. Analisando-o é possível identificar que a ausculta pulmonar não foi realizada de maneira adequada em momento algum da recuperação pós-operatória. Já a avaliação vascular periférica foi realizada por 75 % dos enfermeiros e a ausculta cardíaca por 25 % dos enfermeiros.

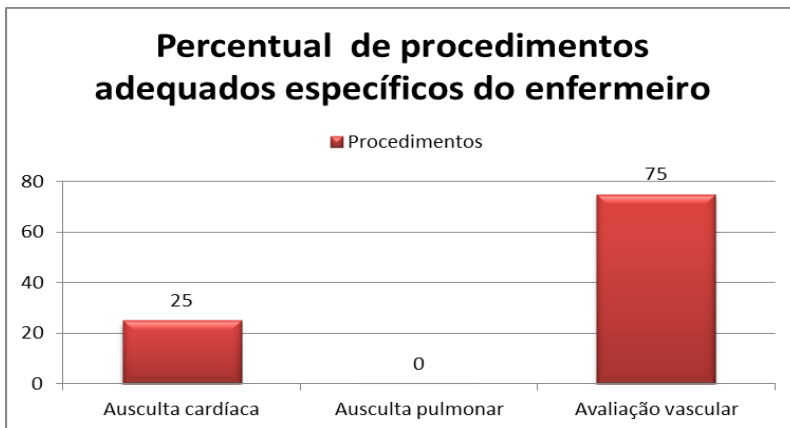


Gráfico 4: Percentual de procedimentos adequados específicos do enfermeiro
Fonte: Resultado da própria pesquisa

Em alguns momentos negligencia-se a responsabilidade de avaliação da função cardíaca e respiratória, algumas vezes por falta de tempo, outras por falta de conhecimento acerca da execução técnica ou da importância de tal cuidado. Isto fica evidenciado com os dados desta pesquisa, os quais indicam que a ausculta respiratória não foi realizada por enfermeiro algum, e a ausculta cardíaca foi realizada por apenas um profissional, correspondendo a 25 %.

Entre os diversos momentos propedêuticos que se pode utilizar para avaliar a funcionalidade adequada ou não do coração e do pulmão, está a ausculta. Salienta-se que em pacientes acamados e internados em uma unidade de terapia intensiva ou unidade coronária, o posicionamento do paciente no leito e os parâmetros que podem ser avaliados através da ausculta são determinantes para que a ausculta cardíaca e pulmonar seja consideradas fundamentais para a compreensão do quadro clínico apresentado.

Para Craven e Hirnle (2006) e Jarvis (2002), o coração e vasos devem ser auscultados para que se observe o movimento do sangue, e os pulmões para observar o movimento do ar. De modo mais específico, a ausculta pulmonar deve ser realizada com o intuito de observar a correta localização do tubo oro - traqueal em pacientes com ventilação mecânica, bem como para avaliar os ruídos respiratórios. Deve ser realizada no tórax anterior e no tórax posterior, com o diafragma do estetoscópio, procurando-se fazer comparação bilateral. Já a ausculta

cardíaca deve identificar sons cardíacos normais, ou seja as bulhas um e dois, consideradas fisiológicas e representadas pelos sons “tum” e “ta” respectivamente (CRAVEN, HIRNLE, 2006; JARVIS, 2002).

Para Soares et al. (2011), as complicações pulmonares foram as mais prevalentes na evolução pós-operatória imediata, sendo a insuficiência respiratória a causa mais significativa de morbidade no pós-operatório de cirurgia cardíaca.

Recomenda-se que a ausculta cardíaca e a pulmonar devem ser realizadas a cada hora nas primeiras doze horas de pós-operatório e após pelo menos uma vez por turno, ou sempre que considerar-se necessário, como por exemplo, após a aspiração de secreções traqueais ou quando houver alterações nos sinais vitais (SMELTZER; BARE, 2011).

Diante destes dados fica evidenciada a importância do acompanhamento e avaliação do aparelho respiratório e circulatório dos pacientes que estão vivenciando o pós-operatório de cirurgia cardíaca, a fim de se evitarem futuras complicações.

Com respeito à avaliação vascular periférica, percebe-se que um número significativo de profissionais enfermeiros realizou a mesma de forma adequada, correspondendo a 75 % da amostra, índice representado por 3 profissionais.

Para Craven e Hirnle (2006), é importante que os pulsos femoral, poplíteo, tibial posterior e dorsal do pé sejam avaliados, se possível, em ambos os membros inferiores, com o intuito de avaliar a qualidade da circulação periférica, que pode ajudar no diagnóstico de problemas futuros relacionados à disfunção renal.

O gráfico 5 representa a adequação de procedimentos realizados especificamente pela equipe de técnicos de enfermagem. Pode-se perceber que a verificação de sinais vitais e pressão venosa central (PVC) foram realizadas de maneira satisfatória por 89,4 % e 80 % dos profissionais respectivamente, ao passo que a higiene bucal e corporal foi realizada de forma adequada, por somente 26,3 % da amostra.

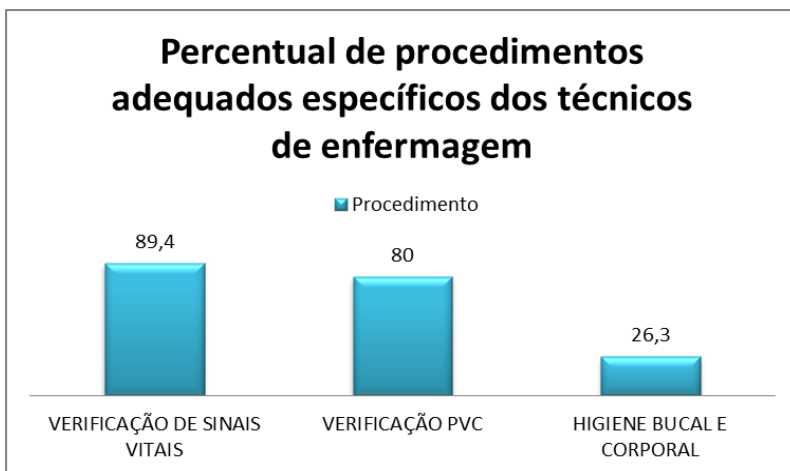


Gráfico 5: Percentual de procedimentos adequados específicos dos técnicos de enfermagem.

Fonte: Resultado da própria pesquisa

O paciente que vivenciou uma cirurgia cardíaca deve ter a rotina de verificação dos sinais vitais baseada na necessidade de verificação de um paciente que está vivenciando um pós-operatório imediato, incluindo-se a avaliação dos pulsos pedioso e tibial, além do radial (SMELTZER; BARE, 2008).

Sugere-se que durante a primeira hora após a cirurgia os sinais vitais sejam verificados a cada quinze minutos. Se não houver alterações, a frequência de verificação dos mesmos passa a ser feita a cada trinta minutos na segunda hora. A partir da terceira hora passa-se a verificá-los a cada sessenta minutos, consecutivamente, até completar as seis ou vinte e quatro horas de permanência no Centro de Recuperação (CUNHA et al., 1977; SMELTZER, BARE, 2008).

Já Sampaio (2004) salienta que os sinais vitais podem ser verificados a cada hora nas primeiras 12 horas, e após podem ser verificados de duas em duas horas até a transferência do paciente para a unidade de internação.

Acredita-se, com base nas experiências profissionais e literaturas existentes, que o procedimento cirúrgico cardíaco implica em alterações severas no equilíbrio hemodinâmico e hidroeletrólítico do paciente, podendo afetar diretamente os sinais vitais. Por isso, preconiza-se sua aferição a cada 15 minutos na primeira hora, a cada 30 minutos na

segunda hora, a cada 60 minutos até completar as primeiras 6 horas de pós-operatório e estabilização dos sinais vitais, passando a ocorrer de acordo com a rotina da unidade de terapia intensiva nas horas subsequentes.

Neste estudo observou-se que os profissionais verificam os sinais vitais junto ao monitor cardíaco e de acordo com o tempo preconizado por Cunha et al (1997) e Smeltzer e Bare (2008), com exceção dos dois profissionais que não realizaram a avaliação de forma adequada por extrapolarem o tempo de intervalo entre uma verificação e outra.

Quanto à verificação da PVC, evidencia-se que um número significativo de profissionais a realizou de forma adequada. As três avaliações inadequadas aconteceram pela falta de verificação ou pela alteração no intervalo entre as verificações.

De acordo com Mark (1991) e Brick et al. (2012) a pressão venosa central (PVC) é um dos mais importantes parâmetros clínicos na avaliação de pacientes que foram submetidos à cirurgia cardíaca e equivale à pressão nas veias cavas ou átrio direito.

O valor normal de PVC varia conforme os autores, tendo resultados entre 5 e 12 cm H₂O (CARMAGNANI et al., 2009) e entre 0 e 8 cm H₂O (SMELTZER; BARE, 2008). A aferição deve ser feita a cada hora nas primeiras doze horas de pós-operatório e posteriormente a cada duas horas (SAMPAIO, 2004). A UTI na qual os dados deste estudo foram coletados utiliza como parâmetros normais os valores entre 8 e 12 cm H₂O.

Já com relação à realização da higiene do paciente, verificou-se que os profissionais acabam por simplesmente negligenciá-la ou executá-la de forma incorreta, não seguindo os princípios científicos que esta técnica exige.

Na amostra deste estudo, evidencia-se que apenas cinco profissionais da equipe de enfermagem realizou este cuidado de forma adequada.

Para Craven e Hirnle (2006) e Atkinson e Murray (2008), a higiene corporal é fundamental para que se mantenha a pele limpa, sem microorganismos que poderão vir a causar infecção. Os autores salientam que o banho ativa a circulação e auxilia a manter o tônus muscular e a mobilidade articular, aspectos importantes para pacientes que foram submetidos a grandes cirurgias.

Pacientes submetidos à cirurgia cardíaca ficam impossibilitados de realizar sua própria higiene corporal. No entanto, passadas as primeiras 24 horas de pós-operatório, a higiene se faz necessária e passa a ser responsabilidade da equipe de enfermagem.

A realização do banho de leito e da higiene oral deve respeitar as preferências culturais dos pacientes, mas não se pode discutir a necessidade de que a mesma seja realizada pelo menos uma vez ao dia (CRAVEN; HIRNLE, 2006).

Diversos autores, como Craven e Hirnle (2006), Atkinson e Murray (2008) e Potter e Perry (2005), descrevem a técnica correta para a realização da higiene corporal e oral. Pequenas variações podem ocorrer nesta descrição, mas fica evidente com estas leituras que a higiene corporal deve seguir o princípio científico da limpeza de curativos, ou seja, a higiene deve ser realizada do local menos sujo para o mais sujo. Estes autores também sugerem que o banho deve começar pelo rosto, seguindo pelo tronco e membros, deixando axilas e região perianal por último. Salienta-se também a importância da utilização de mais de um pano ou toalha de banho.

Quanto à higiene bucal, entende-se que a mesma tem o objetivo de prevenir cáries dentárias e infecções bucais, digestivas e respiratórias, tratando-se de uma condição básica para a saúde e bem-estar do indivíduo. As doenças dos dentes e gengivas levam a perdas de elementos dentais, afetam a digestão e capazes de servir de focos de infecções bacterianas, o que deve ser evitado a todo custo em pacientes em recuperação pós-operatória de cirurgia cardíaca (PINTO, 2000; WEYNE, 2003).

O paciente que vivencia uma cirurgia de grande porte, como a cardíaca, pode apresentar fraqueza, dor e impossibilidade de movimentação, em especial nas primeiras 24 horas. Diante disto, preconiza-se o banho de leito após as primeiras 24 horas de pós-operatório. Salienta-se, no entanto, que a higiene oral pode e deve ser realizada desde a chegada do paciente à unidade de recuperação, desde que haja estabilidade hemodinâmica.

Fica evidenciado também que os procedimentos dependentes apenas da visualização em monitores ou que exigem pouco empenho físico tiveram um índice maior de execução, se comparados com aqueles que exigem mais dispêndio de tempo e de força.

Realizou-se, também, a análise com relação à adequação de procedimentos realizados por turno de trabalho, demonstrado no Gráfico 6. Percebeu-se que o turno da tarde não teve nenhum profissional desempenhando cuidados adequados. Já durante o turno da manhã, 50 % da equipe realizou cuidados adequados e seguros, enquanto nos turnos da noite A e B, o índice foi de 28,5 % e 57 %.

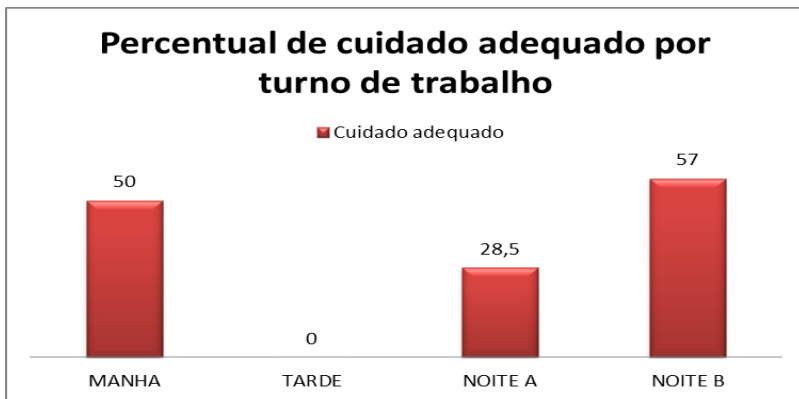


Gráfico 6: Percentual de cuidados adequados por turno de trabalho

Fonte: Resultados da própria pesquisa

Defende-se a ideia de que o profissional de saúde deve ter 100% de adequação quando realiza procedimentos junto ao paciente, pois somente assim seria possível desempenhar um cuidado seguro e de qualidade. No entanto, para este estudo, optou-se por trabalhar com o percentual de 60 %, por ser o preconizado pelas escolas de nível médio e de nível superior, às quais a população estudada está vinculada. Chama a atenção o fato de que no turno da tarde nenhum profissional desempenhou cuidados adequados. No entanto, convém lembrar que este turno em especial contava apenas com uma enfermeira e dois técnicos de enfermagem. Sendo assim, podemos inferir que a sobrecarga de trabalho foi um dos motivos para tão baixo percentual de cuidado adequado.

Madalosso (2000) já referia que a sobrecarga de trabalho é um dos fatores predisponentes à ocorrência de eventos adversos e iatrogenias, o que podemos traduzir pelo cuidado inadequado apresentando por estes profissionais. Para Gomes, Lunardi e Erdman (2006), o surgimento do estresse também pode afetar o desempenho do profissional na organização de seu trabalho. Silva et al. (2006) e Riboldi (2008), corroboram o afirmado, apresentando em seus estudos a ocorrência de déficit no cuidado pelos enfermeiros que estão sobrecarregados ou estressados.

O turno da noite B obteve a melhor avaliação em relação ao cuidado adequado, sendo que neste turno a enfermeira também obteve um percentual adequado de procedimentos realizados.

Pode-se deduzir com estes dados que o ditado “o enfermeiro é o espelho da equipe” seja verdadeiro, pois uma enfermeira que realiza o cuidado de forma adequada e segura inspira sua equipe para a fazer o mesmo e transmite segurança para que estes profissionais busquem nela a solução de qualquer dúvida ou problema relacionado aos procedimentos e cuidado realizado.

Muito tem se falado em enfermeiro líder, não simplesmente enfermeiro chefe ou gestor, mas hoje se busca cada vez mais a liderança conquistada por meio das condutas do profissional. Para Hunter (2004, 2006), um líder necessita desenvolver habilidades essenciais, para obter colaboração da equipe e sucesso nas propostas estabelecidas. Segundo Hesselbein et al. (1998), para que consiga bons resultados com sua equipe, o líder deve antes de mais nada conquistar e ser exemplo.

CONCLUSÃO

Com relação aos procedimentos realizados, tanto por enfermeiros quanto por técnicos de enfermagem, pode-se perceber que apenas 17,4 % da amostra realizou a lavagem das mãos de forma adequada; 96,5 % dos profissionais apresentaram-se ao trabalho dentro do preconizado pela legislação vigente; 56,5 % posicionou o paciente adequadamente no leito e 60 % preocupou-se com a segurança no leito.

Já com a análise dos procedimentos realizados especificamente por enfermeiros, verificou-se que a ausculta pulmonar não foi realizada, a avaliação vascular periférica foi realizada por 75 % dos enfermeiros e a ausculta cardíaca por 25 %.

Quanto aos procedimentos realizados especificamente pela equipe de técnicos de enfermagem, obteve-se percentual de 89,4 % para a verificação de sinais vitais e de 80 % para a verificação de pressão venosa central. A higiene bucal e corporal foi realizada de forma adequada por somente 26,3 % dos profissionais. Realizou-se, também, análise com relação à adequação dos cuidados realizados por turno de trabalho, na qual se percebeu que o turno da tarde não teve profissional desempenhando cuidados adequados. Já o turno da manhã teve 50 % da sua equipe realizando o cuidado de forma adequada e segura, o turno noite A 28,5 % e o turno noite B 57 %.

O presente estudo não teve como único objetivo levantar problemas relacionados ao cuidado de enfermagem realizado junto ao paciente que vivencia o período pós-operatório de cirurgia cardíaca, mas sim, acima de tudo, proporcionar momentos de reflexão para enfermeiros, futuros enfermeiros e formadores destes profissionais.

Como prega o Modelo do Queijo Suíço de Reason (1990; 1997; 2000) não basta apenas conhecermos os culpados, mas precisamos sim, entender o que levou ao erro e conseqüentemente afetou a segurança do paciente e dos próprios profissionais. Os “des-cuidos” evidenciados neste estudo nos fazem refletir sobre o rumo que a formação dos novos e futuros enfermeiros está tomando. Além dos cursos técnicos e dos cursos de graduação, precisa-se também refletir sobre aquilo que se ensina na pós-graduação, não apenas as especializações e outros cursos reconhecidos, mas também àquilo que os gestores da enfermagem buscam e exigem dos profissionais que contratam.

Acredita-se que as pessoas não erram por que querem errar, mas sim porque o sistema no qual estão incluídos os leva a isto. Talvez as graduações não estejam suprimindo as necessidades dos pacientes, ou talvez não estejam conseguindo sensibilizar os alunos e futuros profissionais da importância do seu trabalho para o cuidado de qualidade e seguro. Talvez a educação continuada e permanente das instituições esteja capacitando seus profissionais muito além do necessário. Talvez o ser humano tenha perdido a real noção de saúde e doença. Talvez o profissional de saúde não reconheça mais a sua responsabilidade no cuidado ao outro.

Independente de qual seja o motivo que levou a desenvolver este estudo, o que parece primordial neste momento é refletir, compartilhar e construir, ou reconstruir, nem que para isto seja necessário desconstruir, uma forma de assegurar o cuidado de enfermagem seguro realizado junto a pacientes que vivenciam a cirurgia cardíaca. Para que isto seja possível, propõem-se atividades de treinamento e capacitação para os profissionais, com o intuito de aprimorar o cuidado realizado.

Acredita-se que a realização deste estudo possibilitou conhecer os reais problemas relacionados aos erros e conseqüentemente aos EAs. A partir disto, espera-se promover capacitações direcionadas aos profissionais que cuidam de pessoas que vivenciam um dos momentos mais complexos na vida do ser humano, a recuperação segura de uma cirurgia cardíaca.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, É. V. de; BARBOSA, M. H.; BARICHELLO, E. Avaliação da dor em pós-operatório de cirurgia cardíaca. *Acta paul. enferm.*, São Paulo, v. 23, n. 2, apr. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 oct. 2012.

ATKINSON E MURRAY, L. D. **Fundamentos de enfermagem:** uma introdução ao processo de Enfermagem. Trad Fonseca, Ademar Valadares, Reimp., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Higienização das mãos em serviços de saúde.** Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2007.

_____. ANVISA. **RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010.** Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento das Unidades de Tratamento Intensivo e dá outras providências – UTI. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/uti/RDC-7_ANVISA%20240210.pdf>. Acesso em: 28 out. 2012.

_____. **Portaria nº 3.432/GM, de 12 de agosto de 1998.** Estabelece critérios mínimos para as Unidades de Tratamento Intensivo – UTI. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/uti/Portaria_3432B.pdf>. Acesso em: 28 out. 2012.

BRICK, A. V. et al. Diretrizes da cirurgia de revascularização miocárdica valvopatias e doenças da aorta. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2004001100001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 oct. 2012.

BUCERIUS, J. et al. Pain is significantly reduced by Cryoablation therapy in patients with lateral minithoracotomy. **Ann Thorac Surg.**, v. 70, n. 3, p. 1100-1104, 2000.

CARMAGNANI, M. I. S. et al. **Procedimentos de enfermagem:** guia prático. Rio de Janeiro: Gunabara Koogan, 2009.

CHAVES, L. D. Dor pós-operatória: aspectos éticos e assistência de

enfermagem. In: LEÃO, E. R.; CHAVES, L. D. **Dor 5º sinal vital: reflexões e intervenções de enfermagem**. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2007. p. 184-211.

CHAVES, L. D.; PIMENTA, C. A. M. Controle da dor pós-operatória: comparação entre métodos analgésicos. **Rev Latinoam Enferm.**, v. 11, n. 2, p. 215-219, 2003.

CHIANCA, T. C. M. **Análise sincrônica e diacrônica de falhas na assistência de enfermagem em pós-operatório imediato**. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

_____. Nursing faults in the recovery period of surgical patients. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 14, n. 6, p. 879-886, 2006.

CORRÊA, C. G. **Dor: validação clínica no pós-operatório de cirurgia cardíaca**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

COUSINS, M. J.; POWER, I.; SMITH, G. Labat lecture: Pain - a persistent problem. **Regional Anesthesia and Pain Medicine**, v. 25, 2000.

CRAVEN, R. F.; HIRNLE, C. J. **Fundamentos de enfermagem: saúde e função humanas**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

CUNHA, A. M. P. et al. Análise da rotina de verificação dos sinais vitais dos pacientes no pós-operatório imediato, em um centro de recuperação anestésica. **Enf. Novas Dimensões**, v. 3, n. 2, p. 114-120, 1977.

DE GASPERI, P. **A enfermagem promovendo a saúde no cuidado a pessoas que vivenciam cirurgia cardíaca.** 2005. 98f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

EL SARRAF, R. A. **Aspectos ergonômicos em uniformes de trabalho.** 149 p. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

FELIX, C. C. P.; MIYADAHIRA, A. M. K. Avaliação da técnica de lavagem das mãos executada por alunos do Curso de Graduação em Enfermagem. **Rev. Esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 oct. 2012.

FREITAS, G. F. de. Atividades cotidianas de auxiliares e técnicos de enfermagem face às ocorrências éticas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 4, aug. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000400003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 oct. 2012.

GIACOMAZZI, C. M.; LAGNI, V. B.; MONTEIRO, M. B. A dor pós-operatória como contribuinte do prejuízo na função pulmonar em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. **Rev Bras Cir Cardiovasc.**, v. 21, n. 4, p. 386-392, 2006.

HESELBEIN, F. et al. **O líder do futuro: visões, estratégias e práticas para uma nova era.** 6. ed. São Paulo: Futura, 1998.

HUDAK, C. M.; GALLO, B. M. **Cuidados intensivos de enfermagem: uma abordagem holística.** 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

HUNTER, J. C. **Como se Tornar um Líder Servidor**: Rio de Janeiro: Sextante, 2006.

_____. **O Monge e o Executivo**: Rio de Janeiro: Sextante, 2004.

IRION, G. L. **Feridas**: novas abordagens, manejo clínico e atlas em cores. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

JARVIS, C. **Exame físico e avaliação de saúde**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

JCI. Joint Commission International. **International Patient Safety Goals (ISPGs)**. 2007 Disponível em: <http://staff.aub.edu.lb/~webacrm/resources/2007_international_patient_safety_goals.pdf>. Acesso em: 03 ago. 2011.

JENSEN, M. P.; KAROLY, P.; BRAVER, S. The measurement of clinical pain intensity: a comparison of six methods. **Pain**, v. 27, p. 117-126, 1986.

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. **To err is human**: building a safer health system. 2. ed. Washington: National Academy of Sciences, 2000.

KREMER, E.; ATKISON, J. H.; IGNELZI, R. J. Measurement of pain: patient preference does not confound pain measurement. **Pain**, v. 10, p. 241-248, 1981.

LEPLAT, J. **Erreur humaine**. Fiabilité humaine dans le travail. Paris: Armand Colin, 1985.

MANSO, A. **O erro nos cuidados de enfermagem a indivíduos**

internados numa unidade de cuidados intensivos. Dissertação (Mestrado em Saúde e Desenvolvimento) Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 2010.

MARANGONI, D. V.; SCHECHTER, M. **Doenças Infeciosas:** conduta diagnóstica e terapêutica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994. p. 49.

MARIN, H. F.; BOURIE, P.; SAFRAN, C. Desenvolvimento de um sistema de alerta para prevenção de quedas em pacientes hospitalizados. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, jul. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692000000300005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 jul. 2010.

MARK, J. B. Central venous pressure monitoring: clinical insights beyond the numbers. **J Cardiothorac Vasc Anesth.**, v. 5, n. 2, p. 163-173, 1991.

OLIVEIRA, Adriana Cristina; CARDOSO, Clareci Silva; MASCARENHAS, Daniela. Precauções de contato em Unidade de Terapia Intensiva: fatores facilitadores e dificultadores para adesão dos profissionais. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000100023&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 out. 2012.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Patient Safety:** Rapid Assessment Methods for Estimating Hazards. Genebra: OMS, 2003.

PAIVA, M. C. M. S. et al. Caracterização das quedas de pacientes segundo notificação em boletins de eventos adversos. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, Mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-623420100001000>

19&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 jul. 2010.

PIMENTA, C. A. M. Escalas de avaliação de dor. In: TEIXEIRA, M. J., ed. **Dor: conceitos gerais**. São Paulo: Limay, 1994. p. 46-55.

PIMENTA, C. A. M. et al. Dor: ocorrência e evolução no pós-operatório de cirurgia cardíaca e abdominal. **Rev Paul Enferm.**, v. 11, n. 1, p. 3-10, 1992.

PINTO, V. G. **Saúde Bucal: odontologia social e preventiva**. 4. ed. São Paulo: Santos, 2000. 415 p.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Grande tratado de enfermagem prática: clínica e prática hospitalar**. São Paulo: Santos, 2005.

PUGGINA, A. C. G.; SILVA, M. J. P. Sinais vitais e expressão facial de pacientes em estado de coma. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 62, n. 3, June 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000300016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 jan. 2011.

REASON, J. Human error: models and management. **BMJ**, v. 320, p. 768-770, 2000.

_____. **Human error**. 13. ed. New York: Cambridge University Press, 1990.

_____. **Managing the Risks of Organizational Accidents**. Aldershot: Ashgate Publishing Company, 1997.

RIBEIRO, M. A.; NETTO, P. G.; LAGE, S. G. Desafios na profilaxia do tromboembolismo venoso: abordagem do paciente crítico. **Rev Bras**

Ter Intensiva, v. 18, n. 3, p. 316-319, 2006.

RIBOLDI, C. O. **Dimensão do absenteísmo entre trabalhadores de enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre**. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

ROCHA, L. A.; MAIA, T. F.; SILVA, L. F. Diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 59, n. 3, jun. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000300013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 jun. 2010.

SAMPAIO, L. A. B. N. In: JUNIOR, J. O. C. A.; OLIVEIRA, S. A. e col. **Pós-operatório de cirurgia torácica e cardiovascular**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

SCHEIDT, Kátia Liberato Sales; CARVALHO, Manoel de. Avaliação prática da lavagem das mãos pelos profissionais de saúde em atividades lúdico-educativas. **Rev. enferm. UERJ**, v. 14, p. 221, jun. 2006. Disponível em: <http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-35522006000200011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 ago. 2008.

SILVA, Bernadete Monteiro da et al. Jornada de trabalho: fator que interfere na qualidade da assistência de enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 3, sept. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000300008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 out. 2012.

SILVA JUNIOR, E. A. **Manual de controle higiênico-sanitário em serviços de alimentação**. 6ª ed. atual. São Paulo: Varela, 2008.

SMELTZER, C. S.; BARE, G. B. **Brunner e Suddarth**: tratado de

enfermagem Médico-Cirúrgica. 8. ed. v. 1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

_____. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

_____. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

SOARES et al. Prevalência das Principais Complicações Pós-Operatórias em Cirurgias Cardíacas. **Rev Bras Cardiol.**, v. 24, n. 3, p. 139-146, 2011.

VASCONCELOS FILHO, P. O.; CARMONA, M. J. C.; AULER JÚNIOR, J. O. C. Peculiaridades no pós-operatório de cirurgia cardíaca no paciente idoso. **Rev Bras Anesthesiol.**, v. 54, n. 5, p. 707-727, 2004.

VERONESI, R. **Tratado de Infectologia**. 3^a ed. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 1819.

WEYNE, S. C. A construção do paradigma de promoção de saúde: um desafio para as novas gerações. In: KRIGER, L. **Promoção de saúde bucal**. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2003. p. 1-24.

7.4 ARTIGO 04: O CUIDAR DE SI COMO UMA DIMENSÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

O CUIDAR DE SI COMO UMA DIMENSÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

SELF-CARE AS A DIMENSION OF PATIENT SAFETY CULTURE.

EL CUIDAR DE SI COMO UNA DIMENSIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Patricia De Gasperi¹⁰

Vera Radünz¹¹

RESUMO: Os estudos realizados até o momento nos fazem crer que um fator determinante para que se desenvolva uma cultura de segurança ao cuidar-se de pacientes são as atitudes que o profissional tem ou deixa de ter em relação ao cuidar de si. Com base nestas reflexões, este artigo teve como objetivo compreender o cuidar de si como uma dimensão da cultura de segurança. Trata-se de um estudo do tipo Survey do qual fizeram parte a equipe de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI) de um hospital de médio porte da região serrana do Rio Grande do Sul, Brasil. Os resultados evidenciaram que 52% dos participantes do estudo cuidaram adequadamente de si, 39% prestaram um cuidado adequado e seguro e 78% dos profissionais que realizaram um cuidado seguro também cuidaram bem de si. Diante dos dados apresentados, torna-se evidente a dificuldade em realizar um cuidado eficaz e seguro sem antes cuidar de si.

Palavras-chave: Cuidar de si. Cultura de segurança do paciente. Dimensões da cultura de segurança.

ABSTRACT: The studies carried out until now make us believe that a key factor to develop a safety culture to take care of patients is the attitude the professional has or not, in taking care of him or herself.

¹⁰ Enfermeira, Mestre e Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Especialista em Auditoria Pública e Privada. Docente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade de Caxias do Sul. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidando & Confortando. E-mail: patrigasper@yahoo.com.br.

¹¹ Enfermeira, Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina, Pós-Doutora pela University of Alberta, Edmonton, Canadá, Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina, Especialista em Drug Phenomenon, University of Alberta, Edmonton, Canadá e Enfermagem Oncológica, University of California, San Francisco, EUA. Docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina e Coordenadora do Grupo de Pesquisa Cuidando & Confortando.

Based on these reflections, this article aimed to analyze/understand (the) self-care as a dimension of safety culture. It is a Survey, which took part in the nursing staff of adult intensive care unit (ICU) of a medium-sized hospital in South Brazil. The results showed that 52% of the study participants took care of themselves properly, 39% s provided proper and safe care and 78% of the professionals, who conducted a careful insurance also took good care of themselves. With the data presented, it becomes clear the difficulty in conducting an effective and safe care without first taking care of ourselves.

Keywords: Self-care. Patient safety culture. Dimensions of safety culture.

RESUMEN: Los estudios realizados hasta el momento nos hacen creer que un factor determinante para que se desenvuelva una seguridad adecuada al cuidar de pacientes son las actitudes que el profesional tiene o deja de tener en relación a su cuidar de sí. Con base en estas reflexiones, este artículo tiene como objetivo comprender el cuidar de sí como una dimensión de la cultura de seguridad. Se trata de un estudio reflexivo del tipo Survey del cual hicieron parte el equipo de enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva Adulto (UTI) de un hospital de porte medio el sur de Brasil. Los resultados mostraron que el 52% de los participantes en el estudio se hizo cargo de ellos adecuadamente, siempre cuidado adecuado 39% s y seguro y el 78% de los profesionales que llevan a cabo un seguro de cuidado también tuvo buen cuidado de sí mismo. Frente a estos datos presentados queda claro que es muy difícil realizar un cuidado eficaz y seguro sin antes cuidar bien de nosotros mismos.

Palabras-claves:Cuidar de sí. Cultura de seguridad del paciente. Dimensiones de la cultura de seguridad.

INTRODUÇÃO

Segurança do paciente, eventos adversos (EAs), danos, iatrogenias, são temas que preocupam os profissionais de saúde, autoridades e pessoas que necessitam de um serviço de saúde. No entanto, como relata Marck (2005) ainda são poucos os estudos que respondem aos desafios da segurança do paciente.

Percebe-se a existência da relação entre a dificuldade em manter uma adequada segurança ao nosso paciente e a ocorrência de EAs e iatrogenias que podem levar a danos causadores de morbi- mortalidade.

Ao refletirmos sobre a história da Medicina, da Enfermagem, da

humanidade, parece-nos difícil acreditar que erros, muitas vezes considerados banais, ainda ocorram em nossos hospitais e outras instituições de saúde. Quedas, erros na administração de medicações, erros na realização de procedimentos, erros na tomada de decisões, no atendimento a uma emergência, são mais comuns do que poderíamos imaginar.

Ferraz et al. (1982) e Silva e Padilha (2000) corroboram esta ideia ao apresentarem seus estudos, que elencam os EAs que podem ocorrer na realização do cuidado de enfermagem e no atendimento a uma parada cardíaca, por exemplo.

Silva e Padilha (2000) apresentam dados informando a ocorrência de 176 comportamentos negativos em 126 situações de parada cardiorrespiratória, que poderiam levar a danos ao paciente, sendo a maioria, 58%, relacionados à falha na realização do procedimento, seguido pela falta de coordenação na realização do mesmo (31%).

Ferraz et al. (1982) descreveram problemas relacionados ao cuidado de enfermagem, tais como erros de medicação, queda dos pacientes, queimaduras na realização de procedimentos, hemorragias decorrentes da realização de procedimentos inadequados ou por descuido da equipe.

Nota-se que estas questões foram relatadas há mais de 30 anos, porém, ainda hoje continuamos vivenciando muitos deles em nossa prática diária. São problemas que evidenciam os riscos aos quais os pacientes podem estar expostos.

O tema segurança do paciente parece estar presente nas entrelinhas do cotidiano, mas muitas vezes esquecido no preparo acadêmico dos futuros profissionais, no aperfeiçoamento profissional, e conseqüentemente na execução das tarefas e na implementação do cuidado de enfermagem.

Estima-se que cerca de 100 mil pessoas morram em hospitais dos estados Unidos a cada ano, vítimas de EAs. Nesta realidade, a alta incidência resulta em uma taxa de mortalidade maior do que as atribuídas aos pacientes com AIDS, câncer de mama ou vítimas de atropelamento (KOHN et al., 2000).

Estudos realizados recentemente no Brasil apontam que cerca de 10% dos pacientes internados sofrem algum tipo de EA (MENDES et al., 2005).

Em suma, o que se percebe é um número considerável de eventos adversos, oriundos do atendimento à saúde da população, que podem colocar a segurança do paciente em risco de morbidade e mortalidade.

O crescente número de casos documentados de EAs no cuidado à

saúde tem provocado debates sobre a segurança do paciente em âmbito internacional. Estudos sobre agravos causados pelo cuidado à saúde vêm sendo divulgados há muitos anos. Como exemplo, cita-se Florence Nightingale, que em 1854 revolucionou a atenção hospitalar a partir da observação dos riscos para o paciente e da má higiene nos hospitais (KRITEK, 2001; MENDES et al. 2005).

A ocorrência de eventos adversos tem sido foco da preocupação de muitos estudiosos, e está intimamente ligada à qualidade dos serviços de saúde. A relação direta entre cuidados de saúde e enfermagem requer que estudos relacionados ao cuidado de enfermagem e a ocorrência de eventos adversos sejam realizados. No entanto, ao revisar-se a literatura existente levantando-se dados a partir da base de dados Medline¹², percebe-se que os trabalhos relacionando diretamente o cuidado de enfermagem com a ocorrência de EAs e segurança do paciente ocorrem em porcentagem diminuta.

Ao pesquisar-se a referida base de dados utilizando como limites as publicações com seres humanos realizadas nos últimos 5 anos, incluindo como *all fields*: segurança do paciente (*patient safety*) obteve-se 23.980 artigos. Ao realizarmos a pesquisa com o descritor eventos adversos (*adverse events*) obteve-se 35.184 resultados.

Em seguida realizou-se o cruzamento dessas palavras com enfermagem (*nursing*), ou cuidado de enfermagem (*nursing care*). Deste cruzamento obtiveram-se os seguintes resultados: segurança do paciente e enfermagem, 2587 ou seja 10,7 % do total publicado sobre segurança do paciente; segurança do paciente e assistência de enfermagem ou cuidado de enfermagem, 2523 ou 10,5% das publicações sobre segurança do paciente; eventos adversos e enfermagem, 711, ou 2,02% das publicações sobre eventos adversos; eventos adversos e assistência de enfermagem ou cuidado de enfermagem, 658 ou 1,87% do total de publicações acerca de eventos adversos. É relevante informar que ao utilizarem-se os termos para enfermagem ou cuidado de enfermagem, muitos dos artigos repetiram-se.

Diante destes dados, torna-se evidente a necessidade de unir esforços para aprimorar o conhecimento dos enfermeiros e equipe de enfermagem no que diz respeito à segurança do paciente e à ocorrência de fatores desencadeantes de eventos adversos em seu cotidiano de prática assistencial, ou seja, na execução do cuidado de enfermagem.

¹² Optamos por trabalhar com a base de dados Medline por ser a que apresentou maior número de artigos relacionados ao tema, chegando a esta conclusão após realizar o levantamento em outras bases como Lilacs, Scielo e Cochrane. Data da pesquisa: setembro/2009

A ocorrência de fatores desencadeantes de eventos adversos no cuidado de enfermagem e a sua relação com a segurança do paciente que vivenciou cirurgia cardíaca é ainda velada nos meios acadêmicos e assistenciais da enfermagem, pois ainda adota-se a cultura de que errar é inaceitável, e por isso, o erro acaba não sendo comunicado.

Leplat (1985) afirma que o erro é muitas vezes cercado de uma aura de culpa que faz com que tanto o indivíduo que o comete quanto a instituição tenham aversão em comunicá-lo.

Reason (2000) destaca duas abordagens distintas com relação ao erro: uma que o explica através das questões individuais e outra pelos problemas apresentados pelo sistema.

A abordagem relacionada ao indivíduo explica o erro por intermédio dos processos mentais, como esquecimentos, desatenção, cansaço, ou seja, por questões relacionados ao comportamento humano. Já a abordagem sistemática sugere que os erros aconteçam por uma associação de fatores que pode ser melhor exemplificada pelo modelo do Queijo Suíço (REASON, 1990, 1997, 2000).

Este modelo foi desenvolvido por James Reason na tentativa de explicar a causa dos acidentes em sistemas tecnológicos complexos. Para ele, os acidentes organizacionais não ocorrem devido a um único erro humano, mas sim pela interconexão de vários fatores que ocorrem em vários níveis da organização. O autor destaca ainda o conceito de segurança organizacional e de como as defesas (barreiras de proteção materiais, humanas e procedimentos) podem falhar (REASON, 1990, 1997, 2000).

O modelo do Queijo Suíço consiste de múltiplas fatias de queijo suíço colocadas lado a lado como barreiras à ocorrência de erros. Em algumas situações os buracos do queijo se alinham, permitindo que um erro passe pelas múltiplas barreiras causando o dano. Estas defesas, barreiras e proteções ocupam uma posição estratégica no sistema abordado para o bom funcionamento da segurança em sistemas complexos, tais como os hospitais. Estes, por sua vez, têm muitos níveis de defesa, sendo alguns desenvolvidos pela engenharia (alarmes, barreiras físicas, dispositivos de desativação automática, entre outros.). Outros relacionam-se aos seres humanos e seus comportamentos (cirurgiões, anestesistas, pilotos, operadores de salas de controle, etc.), e outros dependem de procedimentos e ferramentas administrativas (REASON, 1997).

Somente no momento em que várias barreiras de proteção são violadas é que o erro pode vir a acontecer. Diante disto, fica claro que não é somente um indivíduo o causador do déficit na segurança dos

pacientes. Sendo assim, não existe lógica em se buscar apenas um culpado para então puni-lo e ter a sensação de que o problema foi resolvido.

Esta cultura de culpa e punição deve ser substituída pela cultura de segurança do paciente, que é definida como a forma das atitudes e práticas dos profissionais buscando detectar os erros e aprender a partir destes (HSC, 1993).

De acordo com IOM (2000) as organizações de saúde precisam desenvolver uma cultura de segurança, visando com que sua força de trabalho e os processos estejam voltados para a segurança dos cuidados aos pacientes.

Souza (2006) salienta que a existência da cultura de segurança entre os profissionais de saúde proporciona um ambiente com espírito de coesão, comprometendo os diferentes profissionais que constituem a rede de cuidados na busca de um cuidado seguro.

Diante da cultura de punição à pessoa que cometeu o erro, a atitude passa a ser algo preocupante, pois os profissionais acabam por esconder as falhas, muitas vezes com medo da repressão e punição, ou ainda, não percebem que erram, que podem estar realizando cuidados que coloquem o paciente em risco, seja pela falta de conhecimento, pela falta de experiência na tarefa executada ou pela sobrecarga de trabalho, estresse e cansaço.

A atitude pode ser definida como uma ação ou avaliação consistente, favorável ou desfavorável, a um objeto, acontecimento, pessoa ou instituição, e, consideram que nossas atitudes podem ser aprendidas. Acredita-se que a mudança de atitudes dos profissionais de enfermagem possa auxiliar na busca de um cuidado de qualidade e seguro (FISHBEIN, AJZEN, 1975; ROBBINS, 2001),

A cultura de segurança pode ser avaliada de diversas formas, entre elas por um instrumento desenvolvido e validado por Bryan Sexton, Eric Thomas e Robert Helmreich, do Centro de Excelência em Pesquisa e Prática em Segurança do Paciente (*Center of Health Care and Safety – Memorial Hermann Hospital*), da Universidade do Texas.

Este instrumento, conhecido como SAQ (*Safety Attitudes Questionnaire*), tem como objetivo avaliar as atitudes do profissional que são relevantes para a segurança do paciente, explicitando-as através de 6 dimensões: percepções de gestão, clima trabalho em equipe, reconhecimento de estresse, clima de segurança, satisfação no trabalho, e condições de trabalho (SEXTON et al., 2006).

Ao analisarmos alguns estudos realizados até o momento, tais como os de Paese (2010), Mello (2011) e Marinho (2012), podemos

entender que um fator determinante para que se desenvolva uma segurança adequada ao cuidarmos de pacientes são as atitudes que o profissional tem ou deixa de ter em relação ao seu cuidar de si.

O profissional da enfermagem, muitas vezes, se coloca acima da sua saúde e das suas necessidades. Cuida dos outros, mas muitas vezes esquece-se de si mesmo. É necessário que alguém assuma a responsabilidade de sinalizar para estas pessoas que são seres humanos, que tem necessidades humanas básicas como qualquer outra pessoa, que precisam cuidar de si mesmos para poder cuidar de outras pessoas, com segurança.

Cuidar de si, da sua dor, do seu fracasso, do medo, da raiva, da inveja, da humilhação, do sentimento de impotência perante determinada situação, cuidar de tudo o que nos abate e deprime, é o meio pelo qual podemos chegar a tocar em outro ser (LIMA, 2004).

Se para desenvolvermos um cuidado seguro precisamos ter atitudes que nos direcionem a um comportamento seguro ao cuidar do outro, nos perguntamos: como pode um profissional que não cuida de si desempenhar um cuidado seguro ao outro?

Como podemos cuidar de forma segura do outro se não nos alimentamos adequadamente? Se não dispomos de tempo para suprir nossas necessidades humanas básicas? Se não conseguimos atualizar nossos conhecimentos? Se não conseguimos conviver com nossos familiares e amigos? Se não conseguimos realizar nosso próprio cuidado?

A resposta a essas questões não foi encontrada na literatura. Partiu-se, então da ideia de De Gasperi e Radünz (2006) que afirmam que é importante o cuidador compreender a necessidade do cuidar de si, para assim haver um equilíbrio no cuidado de si e do outro, evitando desgastes e proporcionando um cuidado efetivo, e, por conseguinte seguro.

Assim, por intermédio das revisões em base de dados realizadas até o momento e reflexões pessoais, acreditamos que refletir sobre o cuidar de si na execução de um cuidado de enfermagem de qualidade, consequentemente promovendo a segurança do paciente que vivenciou a cirurgia cardíaca, é algo que merece estudos.

Com base nestas reflexões, este artigo tem como objetivo compreender o cuidar de si como uma dimensão da cultura de segurança.

MÉTODO

Este trabalho é parte integrante da Tese de doutorado intitulada “O Cuidar de Si como uma dimensão da Cultura de Segurança do Paciente” a qual foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Círculo-FSG, sob o número 0221.

Trata-se de um estudo do tipo Survey, com análise reflexiva, que contempla a apresentação de percentuais com o intuito de melhor caracterizar os resultados significativos para a busca de um cuidado mais seguro e o desenvolvimento de uma cultura de segurança adequada.

Fizeram parte desta pesquisa a equipe de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI) de um hospital de médio porte da serra gaúcha, caracterizado como um hospital de ensino.

A equipe foi composta por 4 enfermeiros e 19 técnicos de enfermagem assim distribuídos: turno da manhã - 1 enfermeiro e 5 técnicos de enfermagem; turno da tarde - 1 enfermeiro e 2 técnicos de enfermagem, turno da noite A e noite B - 1 enfermeiro e 6 técnicos de enfermagem em cada turno. Todos foram convidados a participar e aceitaram fazer parte deste estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados foram coletados a partir do preenchimento do questionário SAQ, acrescido de questões sobre o cuidar de si do profissional e pela observação sistemática não participante realizada durante os turnos de trabalho.

O *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) é um questionário que avalia as atitudes do cuidador relevantes para a segurança do paciente. É considerado como o instrumento mais adequado e utilizado em estudos em todo o mundo, o que facilita principalmente iniciar o processo para melhorar a segurança do paciente (JCR, 2007).

Sua análise parte da média de escores obtidos através das dimensões de cultura de segurança. Para que exista adequada cultura de segurança, o escore deve ser maior ou igual a 75 pontos. Para avaliação do cuidar de si, seguiu-se a mesma regra de pontuação.

O quadro 1 mostra as respostas que o profissional tinha como opção e suas respectivas pontuações.

Respostas	Discordo fortemente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo fortemente
Escala likert	1	2	3	4	5
Pontuação	0	25	50	75	100

Quadro 1: Respostas do questionário e suas respectivas pontuações

Para considerarmos a realização dos cuidados de forma adequada elegeu-se o índice de 60 %, por ser o preconizado pelas escolas de nível médio e superior a que a população estudada está vinculada.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Das 23 pessoas integrantes da equipe de enfermagem da UTI, no período da coleta de dados, todas se configuraram como amostra deste estudo.

Os questionários foram distribuídos aos participantes no dia da apresentação da proposta de estudo e em conjunto com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O questionário poderia ser respondido em casa e devolvido em envelope lacrado, disponibilizado pela pesquisadora, quinze dias após o primeiro encontro.

A observação sistemática não participante foi efetivada em todos os dias em que havia um paciente de pós-operatório de cirurgia cardíaca internado na referida UTI, tendo sido auxiliada por um roteiro de observação.

De modo geral, pois estes resultados foram mais discutidos em outros artigos originados desta tese, 52% (12) dos participantes cuidaram adequadamente de si, ao passo que os cuidados realizados de forma adequada e segura somaram um percentual de 39% (9).

O gráfico 7 mostra a relação entre os profissionais avaliados e o cuidar de si e o cuidado adequado ao paciente.

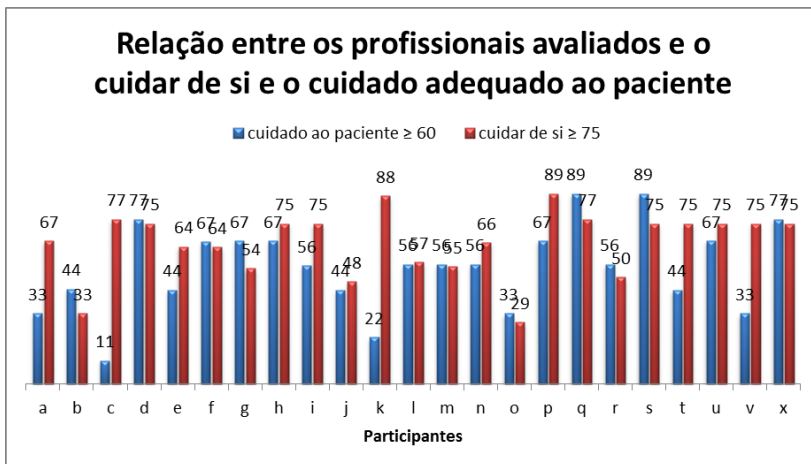


Gráfico 7: Relação entre os profissionais avaliados e o cuidar de si e o cuidado adequado ao paciente

Fonte: resultados da própria pesquisa

Ao realizar-se a análise dos dados referentes ao cuidar de si e o cuidado adequado e seguro realizado para e com o paciente, conforme gráfico 1, fica evidenciado que 78% dos profissionais que realizaram um cuidado seguro também cuidaram bem de si mesmos, evidenciando que uma pessoa bem cuidada pode cuidar melhor do outro.

Estes mesmos profissionais ao serem questionados sobre a afirmativa “quando consigo cuidar bem de mim mesma (o) trabalho com mais atenção e empenho”, foram categóricos em concordar ou concordar fortemente com esta afirmativa, evidenciando que todos compreendem a importância do cuidar de si para cuidar do outro.

Cabe destacar o referido por Radünz (1999) e Beneri, Santos e Lunardi (2001), ao descreverem o cuidar de si como pré-requisito para cuidar do outro. Enfermeiros ou não, o cuidado é algo nato ao ser humano. Percebe-se a necessidade de nos sentirmos cuidados, valorizados, capazes, motivados. A pessoa que escolhe exercer uma profissão que torna científico o ato nato ao ser humano, o ato de cuidar, não deve esquecer as suas necessidades de cuidado, pois somente desta forma poderá estar completa ao exercer o cuidado para e com o outro.

Feldman e Cunha (2006) corroboram a idéia ao mencionar que o bem-estar profissional é um dos fatores que influenciam na qualidade do

cuidado prestado ao paciente, sendo um dos responsáveis para a consecução da acreditação hospitalar.

Considera-se oportuno lembrar que o bem-estar profissional pode ser entendido, também, como qualidade de vida do trabalhador de enfermagem. Um estudo realizado no ano de 2002 identificou uma forte relação entre a qualidade de vida dos profissionais da enfermagem e a sua capacidade para executar o trabalho de forma adequada (MARTINS, 2002).

Santos e Radünz (2011) salientam que para cuidar do outro é essencial, igualmente, que o trabalhador de saúde cuide de si mesmo, uma vez que agindo com cuidado é que se pode tornar apto a desempenhar papéis de responsabilidade, tais como o cuidar do outro.

O estudo de Becker (2004) ainda salienta a importância do profissional da enfermagem despertar sua consciência para si mesmo e seu cuidado, pois somente assim poderá apreender e compreender o Ser que será cuidado por ele e assim desempenhar um melhor cuidado de si e do outro.

Radünz (2001, p. 22) lembra que “quando a relação de cuidado assume a perspectiva de cuidar de si ao cuidar do outro, o enfermeiro se desenvolve e, conseqüentemente, o outro também”.

Ao passo em que o profissional da enfermagem toma consciência das suas limitações, fragilidades e potencialidades e passa a compreender que faz parte de um mundo que também o afeta, torna-se mais consciente das suas próprias necessidades de cuidado e assim, poderá desempenhar um cuidado mais adequado e seguro para e com os outros.

Becker (2004, p. 118) destaca que ao “(...) tomar consciência do EU, cuida de si e do outro. Logo, compreender, apreender e resignificar seu EU lhe confere a condição de liberdade para com autenticidade melhor cuidar de si e do outro”. Portanto, é essencial que os enfermeiros e sua equipe compreendam que são seres humanos que merecem e precisam de cuidado e que somente assim poderão realizar um cuidado livre de estresse e efetivo, ou seja, um cuidado seguro e de qualidade.

Ainda na análise dos dados, no gráfico 7, também foi possível perceber que alguns profissionais que cuidaram bem de si mesmos não conseguiram realizar um cuidado efetivo e seguro. Na verdade, desvela-se o dado de que 42% dos profissionais que cuidaram bem de si não conseguiram realizar um cuidado seguro. Destes, 60% obtiveram os piores percentuais de cuidados adequados, demonstrando que o cuidar de si é essencial para cuidar do outro, mas é importante que o profissional não desempenhe o cuidar de si como uma atitude de

egoísmo e egocentrismo, mas sim como uma atitude necessária e salutar a todo ser humano.

Pedroso (2000) refere que ter preocupação consigo mesmo não é egoísmo ou egocentrismo e sim gostar-se, amar-se e esta compreensão quanto ao cuidar de si, traz harmonia entre seu bem viver e o do outro. Vianna e Crosseti (2004) corroboram afirmando que as atitudes de cuidado consigo revelam o amor que cada um nutre por si, sem necessariamente esquecer-se do outro.

Pode-se ainda evidenciar que 64% dos profissionais que não desempenham um cuidado efetivo e seguro também não realizaram um cuidar de si adequado, demonstrando a falta de cuidado consigo mesmo pode gerar um cuidado inadequado, afetando a segurança do paciente.

Diversos estudos revelam que o estresse, o cansaço e a fadiga, em geral originados pela falta de cuidar de si, são causadores de erros durante a realização da assistência de saúde ao paciente (CARVALHO et al., 1999; SANTOS, 2001; BOHOMOL, RAMOS, 2003; DOMOCIANO, 2006; MADALOSSO, 2000).

CONCLUSÕES

A cultura de segurança geralmente se refere a um conjunto de crenças, valores e atitudes partilhadas por membros de uma organização, que se refletem nas suas ações diárias. Considerando-se esta definição, a incidência diária de múltiplos eventos adversos em hospitais e clínicas, alguns deles fatais, é o resultado da ausência de uma cultura de segurança que gera rotineiramente hábitos e práticas de segurança (FRANCO, 2005)

Ao levar-se em consideração a teoria de Martin Fishbein e Icek Ajzen publicado em livro no ano de 1975, intitulado *Belief, Attitude, Intention and Behavior: An introduction to Theory and Research* (Crenças, Atitudes, Intenções e Comportamento: uma introdução a Teoria e Pesquisa), pode-se perceber a forte relação da cultura de segurança com as atitudes relevantes dos profissionais de saúde em relação ao cuidado seguro.

Ao direcionarem-se estas informações para a realidade pesquisada, pode-se dizer que as crenças sobre a importância da segurança do paciente nos levam a ter atitudes seguras, que por sua vez originarão intenções positivas na busca pela segurança do paciente, que culminarão com comportamentos seguros, ou seja, comportamentos que procurem evitar EAs.

Esta cascata de fatores entrelaçados originará uma cultura segura,

e, portanto, um cuidado livre de erros.

Sendo assim, a cultura de segurança que tanto almejamos não pode deixar de levar em consideração a necessidade de avaliar as atitudes que os profissionais da saúde têm com relação ao cuidar de si.

Diante dos dados apresentados fica claro que é difícil realizar um cuidado eficaz e seguro sem antes cuidarmos bem de nós mesmos.

É preciso que o profissional de saúde desenvolva também a cultura do cuidar de si, lembrando que somente é possível cuidar adequadamente do outro quando houver consciência de que o cuidado consigo mesmo é fundamental e indispensável para um cuidado seguro. Acredita-se que não somos integralmente capazes de administrar uma medicação corretamente, ou prevenir quedas e erros ao realizar um procedimento quando estamos sem dormir há 15 horas ou mais, ou sem alimentação adequada ou sem nossas necessidades fisiológicas de eliminação supridas.

Somos seres humanos como quaisquer outros. Não somos “super”. Somos pessoas, assim como nossos pacientes, desejosos de atenção e de cuidado. Muitas vezes nos anulamos pelo outro, pois fomos formados para cuidar do outro, dar atenção, carinho, conforto e prestar uma assistência de qualidade, pautada em conhecimentos científicos, e esta concepção a que somos submetidos cria, muitas vezes, uma cultura de *des-cuidado* consigo mesmo.

Vivenciando as mais diversas situações, experienciando os mais diversos sentimentos, convivendo com diferentes pessoas, sofrendo cobranças das mais diversas ordens, sendo um ser humano participante de uma sociedade e de uma família, os profissionais da saúde, em especial no caso deste estudo, integrantes da equipe de enfermagem, sofrem o que podemos chamar de “amnésia do cuidar de si”. Alegam que não tem tempo para eles mesmos, como se tudo e todos fossem mais importantes para nós do que nosso próprio bem estar.

Se a cultura de segurança, aliada por instrumentos como o *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ), leva em consideração as atitudes do profissional que são relevantes para um cuidado seguro, é necessário que se inclua nesta avaliação as atitudes que estes profissionais têm em relação ao cuidar de si, pois, conforme relatado neste estudo, diversos são os pesquisadores que defendem a ideia de que não é possível cuidar do outro sem cuidar de si.

Martins (2003) reafirma o que diz um antigo provérbio: ninguém pode dar ao outro o que não tem. Portanto, é fato que seremos mais eficazes na arte de cuidar se nos dispusermos a promover o bem-estar do outro sem esquecermos o nosso próprio.

Com o estudo realizado, fica evidente que diversos estudiosos salientam a importância de se compreender o erro como algo sistemático, ou seja, é necessário avaliar as instituições de saúde como um todo para assim poder compreender e prevenir os erros futuros.

Concordamos com estas colocações, mas salientamos que as instituições são formadas por pessoas, sejam elas da área da engenharia, da área administrativa ou da área assistencial. O fato é que se temos uma instituição formada por pessoas que não se preocupam e não buscam seu bem-estar, seu cuidar de si. De nada adianta procuramos compreender de que forma se dão os processos intrínsecos ou extrínsecos destas instituições.

Compreendemos que não é o deslize de uma pessoa que não realiza o cuidar de si de forma efetiva que colocará em risco toda a segurança ou cultura de segurança de uma instituição, mas acreditamos que se tivermos pessoas que cuidam bem de si mesmas, que convivem de forma harmoniosa, poderemos vislumbrar mais facilmente o desenvolvimento de uma cultura de segurança real e efetiva.

Sabemos que este estudo não esgota o assunto. Salientamos a importância de que ele seja replicado em outras instituições e que seus dados sejam compartilhados com os profissionais da área da saúde. Assim, poderemos gerar reflexão junto aos profissionais que fazem do seu cotidiano uma práxis de cuidados.

Finaliza-se afirmando que o pensar sobre o cuidar de si pode gerar mudanças profundas e significativas no dia-a-dia pessoal e profissional, tornando o Ser enfermeiro mais completo e entregue à consciência do EU e do OUTRO.

Diante da realidade apresentada neste estudo foi possível compreender o Cuidar de Si como uma dimensão importante para a Cultura de Segurança do Paciente e, portanto, para um cuidado seguro.

REFERENCIAS

BECKER, S. G. **Cuidar de si cuidando do outro, ampliando a consciência do eu.** 2004. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

BENERI, R.; SANTOS, L.; LUNARDI, V. L. O trabalho da Enfermagem hospitalar: o cuidado de si e o cuidado do outro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 54, n. 1, p. 108-118, jan.-mar. 2001.

BOHOMOL, E.; RAMOS, L. H. Erros de medicação – causas e fatores desencadeantes sob a ótica da equipe de enfermagem. **Acta Paul Enferm.**, v. 16, n. 2, p. 41-47, abr./jun. 2003.

CARVALHO, V. T. et al. Erros mais comuns e fatores de risco na administração de medicamentos em unidades básicas de saúde. **Rev Latinoam Enferm.**, v. 7, n. 5, p. 67-75, 1999.

DE GASPERI, P; RADUNZ, V. Cuidar de si: essencial para enfermeiros. **REME Rev. Min. Enferm.**, v. 10, n. 1, p. 82-87, jan.-mar.2006.

DOMICIANO, M. A. Erros de medicação: Aspectos relativos à prática do farmacêutico. In: HARADA, M. J. C.S.; PEDREIRA, M. L. G.; PETERLINI, M. A.S.; PEREIRA, S. R. **O erro humano e a segurança do paciente**. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 1001-1022.

FELDMAN, L. B.; CUNHA, I. C. K. O. Identificação dos critérios de avaliação de resultados do serviço de enfermagem nos programas de acreditação hospitalar. **Rev Latinoam Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 540-545, 2006.

FERRAZ, E. R.; ISHII, S.; CIOSAK, S. I. et al Iatrogenia: implicações para a assistência de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v.16, n. 2, p. 165-79, 1982.

FISHBEIN, M.; AJZEN, I. **Belief, attitude, intention ad behavior: an introduction to theory and research**. Massachusetts: ADDISON – Wesley, 1975.

FRANCO, A. La seguridad clínica de los pacientes: entendiendo el problema. **COLOMB. MÉD.**, p. 130-133, 2005.

HSC - HEALTH AND SAFETY COMMISSION. **Organizing for Safety: Third Report of the Human Factors Study Group of ACSNI.** Sudbury: HSE Books, 1993.

IOM - INSTITUTE OF MEDICINE. **To Err is Human: Building a Safer Health System.** Washington, DC: National Academy Press, 2000.

JCR - JOINT COMMISSION RESOURCES . A Check-up for Safety Culture in “My Patient Care Area”. **The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, Oakbrook Terrace, Illinois, v. 33, n. 11, p. 699-703, nov. 2007.

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M. ; DONALDSON, M. S. **To err is human: building a safer health system.** 2. ed. Washington: National Academy of Sciences, 2000.

KRITEK, P. B. Rethinking the critical care environment: luxury or necessity? **AACN Clin Issues**, p. 336-44, 2001.

LEPLAT, J. **Erreur humaine.** Fiabilité humaine dans le travail. Paris: Armand Colin, 1985.

LIMA, E. **Cuidar de si.** Disponível em: <<http://jbonline.terra.com.br/jb/pape/colunas/>>. Acesso em: 11 ago. 2004.

MADALOSSO, Adriana Ribeiro Martins. Iatrogenia do cuidado de enfermagem: dialogando com o perigo no cotidiano profissional. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692000000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 dec. 2012.

MARCK, P.; CASSIANI, S. H. B. Teorizando sobre sistemas: uma tarefa ecológica para as pesquisas na área de segurança do paciente.

Rev. Latinoam. Enfermagem, v. 13, n. 5, out. 2005.

MARINHO, M. M. **Cuidado de Enfermagem e a cultura de segurança do paciente**: um estudo avaliativo em unidades de internação cirúrgica. 2012. 135f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

MARTINS, M. C. F. N. **Humanização da assistência e formação do profissional de saúde**. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/arquivo/arquivo0503_1.htm>. Acesso em: 16 set. 2003.

MARTINS, M. M. **Qualidade de vida e capacidade para o trabalho dos profissionais em enfermagem no trabalho em turnos**. 2002. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, UFSC, Florianópolis.

MELLO, J. F. **Cultura de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva**: perspectiva da enfermagem. 2011. 173f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

MENDES, W.; TRAVASSOS, C.; MARTINS, M.; NORONHA, J. C. Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais. **Rev Bras Epidemiol**,v. 8, n. 4, p. 393-406, 2005.

PAESE, Fernanda. **Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde**. 2010. 181p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

PEDROSO, Mirna. **O significado do cuidar de si mesmo para os educadores em saúde**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2000.

RADÜNZ, V. **Cuidando e se cuidando**: fortalecendo o self do cliente oncológico e o self da enfermeira. Goiânia: AB, 1999.

_____. **Uma filosofia para enfermeiros**: o cuidar de si, a convivência com a finitude e a evitabilidade do burnout. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

REASON, J. **Human error**. 13. ed. New York: Cambridge University Press, 1990.

_____. **Managing the Risks of Organizational Accidents**. Aldershot: Ashgate Publishing Company, 1997.

REASON, J. Human error: models and management. **BMJ**, v. 320, p. 768-770, 2000.

ROBBINS, S. P. **Administração**: mudanças e perspectivas. São Paulo: Saraiva, 2001.

SANTOS, A. E. **Eventos adversos com medicações em Serviço de Emergências**: condutas profissionais e sentimentos vivenciados por enfermeiros. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

SANTOS, V. E. P.; RADÜNZ, V. O Cuidar de si na Visão de Acadêmicas de Enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 46-51, 2011.

SEXTON, J. B. et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. **BMC Health Services Research**, p. 6-44, 2006.

SILVA, S. C.; PADILHA, K. G. Parada cardiorrespiratória na unidade de terapia intensiva: análise das ocorrências iatrogênicas durante o atendimento. **Rev. Esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 34, n. 4, dez. 2000. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342000000400015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 nov. 2009.

SOUZA, P. Patient safety: a necessidade de uma estratégia nacional. **Acta Med Port**, p. 309-318, 2006.

VIANNA, A. C. A.; CROSSETTI, M. G. O. O Movimento entre cuidar e cuidar-se em UTI: uma análise através da teoria transpessoal de Watson. **Revista Gaúcha de Enferm.**, v. 25, n. 1, p. 56-69, 2004.

CONCLUSÕES

Com o término deste estudo, pode-se compreender que, nas atuais circunstâncias em que vivemos e trabalhamos, não é viável que se busque a Segurança do Paciente sem antes desenvolver-se uma adequada Cultura de Segurança do Paciente.

É fato que este tema vem sendo estudado há alguns anos nos meios acadêmicos e assistenciais da saúde, mas a execução desta pesquisa nos proporcionou compreender melhor o significado e a importância do desenvolvimento de uma adequada segurança do paciente, pois diante das atribuições do dia-a-dia parecemos nos preocupar apenas em executar as tarefas que pensamos ser necessárias à prevenção, recuperação e manutenção da saúde dos pacientes por nós cuidados.

A cada passo na realização desta pesquisa percebia-se que pouco se sabia a respeito deste tema e que muitas vezes este era tratado com banalidade, afinal, que profissional da área da saúde não iria primar pela segurança do seu paciente? Quem não busca uma assistência de qualidade?

Iludíamo-nos, mesmo sem saber.

As diversas leituras e reflexões realizadas durante a construção desta pesquisa desvelou a possibilidade de que talvez realmente não fossemos capazes de realizar um cuidado seguro sem antes cuidarmos de nós mesmos. Consequentemente, não seríamos capazes de desenvolver um cuidado seguro sem antes conhecermos e desenvolvermos uma cultura de segurança.

Com base nestes fatos, elencaram-se os objetivos que fazem parte deste estudo e defendeu-se a tese de que o cuidar de si é uma dimensão da cultura de segurança.

Para tentarmos comprovar esta tese, avaliamos a cultura de segurança do paciente junto aos profissionais de Enfermagem, identificamos o cuidar de si desenvolvido por cada um e os eventos adversos ocorridos durante a realização de cuidados nos períodos pós-operatórios de cirurgia cardíaca. A partir disto, analisamos o Cuidar de Si como uma dimensão da Cultura de Segurança do Paciente.

A Cultura de Segurança do Paciente verificada neste estudo evidenciou déficit em cinco das seis dimensões que originalmente compõem o instrumento SAQ.

Conforme já salientamos, sabemos que o primeiro passo para a segurança do paciente está no desenvolvimento de uma cultura de

segurança nas instituições de saúde. Portanto, avaliar esta cultura configura-se em questão fundamental para que se alcance o cuidado seguro e de qualidade.

Os dados apresentados neste estudo demonstram que a cultura de segurança nesta unidade apresenta fragilidades importantes, que precisam ser sanadas para que se construa uma cultura de segurança do paciente adequada. Para que isto aconteça é necessário que todos os envolvidos no processo de cuidar de forma segura, ou seja, enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, gestores e demais membros da equipe multiprofissional em saúde, unam esforços em busca da concretização desta cultura.

Evidenciou-se ainda que boa parte da equipe de enfermagem da unidade em estudo conseguiu ou está a caminho de compreender a importância do cuidar de si e tenta realizá-lo. No entanto, muitas vezes a falta de tempo, a sobrecarga de trabalho e as jornadas plurais destes profissionais dificultam o cuidado efetivo, mas desvela-se, ainda que timidamente, a nova crença de que é fundamental que o profissional cuide de si.

Em relação à ocorrência de eventos adversos na realização do cuidado de enfermagem, percebeu-se que, conforme salienta Reason (1997) com o Modelo do Queijo Suíço, não basta apenas conhecermos os culpados, mas precisamos entender o que levou ao erro e conseqüentemente afetou a segurança do paciente e dos próprios profissionais.

Os “des-cuidos” evidenciados neste estudo nos fazem refletir sobre o rumo que a educação dos novos e futuros enfermeiros está tomando. Além dos cursos técnicos e de graduação, precisamos também refletir sobre aquilo que se ensina na pós-graduação, não apenas nas especializações e outros cursos reconhecidos, mas também no que os gestores da enfermagem buscam e exigem dos profissionais que contratam.

A cultura de segurança se refere a um conjunto de crenças, valores e atitudes partilhadas por membros de uma organização, que se refletem nas suas ações diárias (FRANCO, 2005). Sendo assim, a cultura de segurança que tanto desejamos não pode deixar de levar em consideração a necessidade de avaliar as atitudes que os profissionais da saúde têm com relação ao cuidar de si.

Se considerarmos a teoria de Martin Fishbein e Icek Ajzen publicado em livro de 1975, intitulado *Belief, Attitude, Intention and Behavior: An introduction to Theory and Research* (Crenças, Atitudes, Intenções e Comportamento: uma introdução a Teoria e Pesquisa),

poderemos perceber a forte relação da cultura de segurança com as atitudes relevantes dos profissionais de saúde em relação ao cuidado seguro.

Refletindo sobre os dados originados deste estudo, percebe-se que o instrumento SAQ, utilizado em larga escala para avaliar a Cultura de Segurança do Paciente, poderá acrescentar uma sétima dimensão em seus critérios de avaliação, afinal este instrumento avalia a Cultura de Segurança do Paciente a partir das atitudes dos profissionais de saúde. Percebe-se que para cuidarmos de forma segura precisamos antes cuidar de nós mesmos. Sendo assim, defende-se que o cuidar de si seja uma dimensão da Cultura de Segurança do Paciente.

Respondendo à pergunta de pesquisa desta tese, entendemos que fazem parte das dimensões da Cultura de Segurança do Paciente a percepção que estas pessoas têm quanto ao fato de trabalharem em equipe, todos em busca de um mesmo ideal. Isto é traduzido na dimensão **Clima de trabalho em equipe**.

O reconhecimento quanto à possibilidade ou não de se desenvolver um cuidado seguro de acordo com a dinâmica da organização, ou seja, a partir daquilo que a instituição proporciona neste momento e poderá vir a proporcionar, também é fator fundamental para que se possa desempenhar um cuidado de qualidade. Este reconhecimento é avaliado na dimensão **Clima de Segurança**.

Compreender de que forma os profissionais percebem a instituição na qual trabalham, se esta instituição é valorizada pelos seus funcionários, se estas pessoas sentem-se bem ou não no seu local de trabalho, se apreciam ou não desenvolver suas atividades profissionais nesta instituição, proporciona aos gestores um diagnóstico daquilo que está correto e daquilo que precisa ser melhorado com relação a valorização profissional. A dimensão **Satisfação no Trabalho** proporciona que este diagnóstico seja realizado.

Assim como é importante que a instituição faça um diagnóstico da satisfação que o funcionário tem em trabalhar na instituição, também é fundamental que os profissionais saibam reconhecer quando estão cansados, fadigados e estressados. Ainda, devem reconhecer que estes fatores poderão interferir de maneira negativa na execução de suas atividades profissionais, podendo levar ao desenvolvimento de um cuidado não seguro, o que torna fundamental o **Reconhecimento do Estresse** como uma dimensão da Cultura de Segurança do Paciente.

É também fundamental que os profissionais possam expressar sua opinião sobre as atividades desenvolvidas pelos seus gestores, desde a chefia direta até os diretores institucionais. É este conjunto de gestores

que, juntos e realizando uma gestão conjunta e não centralizadora, poderão proporcionar condições para que se tenha um cuidado de qualidade e seguro. Talvez esta seja a dimensão mais difícil de ser avaliada pelo medo, muitas vezes imposto aos funcionários. No entanto, a forma de aplicação do SAQ (*Safety Attitudes Questionnaire*) proporciona anonimato aos seus respondentes, possibilitando assim que a dimensão **Percepções da Gestão** possa ser avaliada de forma fidedigna.

A sexta e última dimensão do SAQ avalia de forma geral as condições institucionais que as pessoas têm para desenvolverem um cuidado seguro e de qualidade. Isto é avaliado através das **Condições de Trabalho**, nas quais são considerados recursos humanos, ambiente, equipamentos, apoio logístico entre outros.

Sugerimos então, uma sétima dimensão para a Cultura de Segurança do Paciente, a avaliação do **Cuidar de Si** do profissional. Nesta dimensão, avaliam-se as atitudes que os profissionais têm em relação ao Cuidar de Si, pois sabe-se que não se deve centrar nos erros e na ocorrência de eventos adversos nas pessoas, mas sim no contexto em que estão inseridas. As instituições e o que estas proporcionam aos seus funcionários fazem parte dessa dimensão. Porém, não se pode esquecer que as instituições são formadas por pessoas, que têm necessidades a serem supridas para poder oferecer um cuidado adequado e seguro.

É fundamental que os profissionais tenham a crença de que para cuidar do outro de forma segura é necessário cuidar de si mesmo. A partir desta crença poderão ser desenvolvidas atitudes de cuidado consigo mesmo, e consequentemente, cuidados seguros com o paciente. Dessa forma, serão formadas intenções positivas na busca pelo cuidado, culminando em comportamentos de cuidado para consigo e consequentemente comportamentos de cuidado seguro para o outro.

Diante do exposto, acreditamos que este estudo cumpriu seus objetivos e abriu novos caminhos para pesquisas na área, servindo como ponto de partida para se compreender o Cuidar de Si como uma dimensão da Cultura de Segurança e consequentemente do Cuidado Seguro e Segurança do Paciente.

Ao finalizarmos esta Tese, percebemos que na realidade pesquisada o Cuidar de Si é uma dimensão da Cultura de Segurança do Paciente.

REFERÊNCIAS

AHRQ. Agency for Healthcare Research and Quality. **Patient Safety Indicators**. Disponível em: < <http://www.ahrq.gov/>>. Acesso em: 03 ago. 2012.

AJZEN, I. Perceived Behavioral Control, Self-Efficacy, Locus of Control, and the Theory of Planned Behavior. **Journal of Applied Social Psychology**, v. 32, p. 1-20, 2002.

ALEMOHAMMAD, M. et al. Pressure measurements during cardiac surgery internal jugular vs central venous. **Middle East J Anesthesiol.**, v. 18, n. 2, p. 357-365, 2005.

ANDRADE, M. T. S. **Cuidados intensivos**. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 1998. p.160-166.

ANVISA – AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Boletim Informativo sobre a Segurança do Paciente e Qualidade Assistencial em Serviços de Saúde**, v. 1, n. 1, Jan/jul 2011. Brasília: GGTES/Anvisa, 2011. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/f72c20804863a1d88cc88d2bd5b3ccf0/BOLETIM+I.PDF?MOD=AJPERES>>. Acesso em: 15 set. 2012.

ARANAZ, J. M. *Estudio Nacional Sobre Los Efectos Adversos Ligados a La Hospitalizacion* – ENEAS 2005. Informe febrerero 2006, Ministerio de Sanidad y Consumo.

ATKINSON, E.; MURRAY, L. D. **Fundamentos de enfermagem: uma introdução ao processo de Enfermagem**. Trad FONSECA, Ademar Valadares – (reimp) Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

AULER JR, J. O. C; OLIVEIRA, A. e cols. **Pós-operatório de cirurgia**

torácica e cardiovascular. Porto Alegre: Artmed, 2004.

AZEVEDO, D .L. et al. **Gestão da mudança na saúde - a acreditação hospitalar.** XXII Encontro Nacional de Engenharia de Produção. Curitiba – PR, 23 a 25 de outubro de 2002.

BAGGIO, Maria Aparecida. O Significado de Cuidado para Profissionais da Equipe de Enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 08, n. 01, p. 09–16, 2006. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>>. Acesso em: 12 out. 2012.

BAKER, C. M.; WONG, D. L. Quest: A process of pain assessment in children. **Orthop. Nurs.** v. 6, n. 1, p. 11-20, 1987.

BAKER, G. R. et al. The Canadian Adverse Events Study: The incidence of adverse events among hospital. **CAMJ**, v. 170, p. 1678-1686, 2004.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições, 70, 2002.

BARROS, A. L. B. L **Anamnese e exame físico:** avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BARNES, C. A.; KIRCHHOFF, K. T. Minimizing hypoxemia due to endotracheal suctioning: a review of literature. **Heart Lung**, v. 15, n. 2, p. 164-76, 1986.

BECCARIA, R. L. M. et al. Eventos adversos na assistência de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. **RBTI Revista Brasileira Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 276-282, jul./ago. 2009.

BECKER, S. G. **Cuidar de si cuidando do outro, ampliando a consciência do eu.** 2004. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

BELLAND, I. L.; PASSOS, J. Y. **Enfermagem clínica:** aspectos fisiopatológicos e psicossociais. São Paulo: EPU/ Edusp, 1978.

_____. **Enfermagem clínica:** aspectos fisiopatológicos e psicossociais. São Paulo: EPPU/EDUSP, 1979.

BENERI, R.; SANTOS, L.; LUNARDI, V. L. O trabalho da Enfermagem hospitalar: o cuidado de si e o cuidado do outro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 54, n. 1, p. 108-118, jan.-mar. 2001.

BEVILCQUA, F. et al. **Fisiopatologia Clínica.** 5. ed. Atheneu, 1998.

BOFF, L. **Saber cuidar:** ética humana – compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 2001.

BOHOMOL E.; RAMOS, L. H. Erros de medicação – causas e fatores desencadeantes sob a ótica da equipe de enfermagem. **Acta Paul Enferm**, v. 16, n. 2, p. 41-47, abr./jun., 2003.

BLOT, F.; LAPLANCHE, A. Accuracy of totally implanted ports, tunneled, single- and multiple-lumen central venous catheters for measurement of central venous pressure. **Intensive Care Med.**, 2v. 26, p. 1837-1842, 2000.

BLUMENTHAL, D. Quality of health care: What is it? **N Engl J Med**, v. 335, p. 891-894, 1996.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Higienização das**

mãos em serviços de saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Brasília: Anvisa, 2007.

_____. **O primeiro desafio mundial para a segurança do paciente –** Uma assistência limpa é uma assistência mais segura. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/control/higienizacao_oms/folha%20informativa%206.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2011.

_____. **Manual de Higienização das mãos - ANVISA e Guia para** higiene de mãos em serviços de assistência à saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria no. 2616 de 12 de maio de 1998.** Diário Oficial da União, Brasília, 13 de maio de 1998. Seção 1, p. 133-5.

_____. Ministério da Saúde. Organização Nacional de Acreditação. **Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. **Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM - Dados** preliminares. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/pobt10uf.def>>. Acesso em: 02 fev. 2011.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. **Norma Regulamentadora 32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde (NR32).** Disponível em: <http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C812D3226A41101323B51152AF4497/nr_32.pdf>. Acesso em: 30 set. 2011.

BUENO, F. S. **Minidicionário da língua portuguesa.** 2. ed. São Paulo: FTD, 2007.

CARMAGNANI, M. I. S. et al. **Procedimentos de enfermagem: guia prático**. Rio de Janeiro: Gunabara Koogan, 2009.

CARVALHO, V. T. et al. Erros mais comuns e fatores de risco na administração de medicamentos em unidades básicas de saúde. **Rev Latinoam. Enferm.**, v. 7, n. 5, p. 67-75, 1999.

CASSIANI, S. H. B. Enfermagem e a Pesquisa sobre Segurança dos Pacientes. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 6, 2010.

CERQUEIRA, J. P. **ISO 9000 no ambiente da qualidade total**. Rio de Janeiro: Imagem, 1994.

CEZAR-VAZ, M. R. et al. Saber Ambiental: instrumento interdisciplinar para a produção de saúde. **Texto Contexto Enferm.**, v. 14, n. 3, p. 391-397, jul./set.2005.

CHIANCA, T. C. M. **Análise sincrônica e diacrônica de falhas na assistência de enfermagem em pós-operatório imediato**. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escolha de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

_____. Nursing faults in the recovery period of surgical patients. In **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 14, n. 6, p. 879-886, 2006.

CLUTTON-BROCK, T. H.; HUTTON P. Central venous and pulmonary artery catheterization. In: HUTTON, P.; PRYS, Roberts C. **Monitoring in anesthesia and intensive care**. Philadelphia: WB. Saunders, 1994. p. 145-54.

CODMAN, E. A. The product of a hospital. **SurgGynecol Obstet**, v. 18, p. 491-496, 1914.

COIMBRA, J. A. H. **Conhecimento dos conceitos de erro de medicação, entre auxiliares de enfermagem, como fator de segurança do paciente na terapêutica medicamentosa.** Tese (Doutorado em Enfermagem) Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

COREN – RS. Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul. **Legislação.** 2001.

COSTENARO, R. G. S.; LACERDA, M. R. **Quem cuida de quem cuida? Quem cuida do cuidador?** Santa Maria: Centro Universitário Franciscano, 2002.

COUSINS, M. J.; POWER, I.; SMITH, G. Labat lecture: Pain - a persistent problem. **Regional Anesthesia and Pain Medicine**, v. 25, 2000.

CRAVEN, R. F.; HIRNLE, C. J. **Fundamentos de enfermagem: saúde e função humanas.** 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

CUNHA, A. M. P. et al. Análise da rotina de verificação dos sinais vitais dos pacientes no pós-operatório imediato, em um centro de recuperação anestésica. **Enf. Novas Dimensões**, v. 3, n. 2, p. 114-120, 1977.

DAVIS, P. et al. Acknowledgement of a “no fault” medical injury: review of patients’ hospital records in New Zealand. **BMJ**, v. 326, p. 79-80, 2003.

DE GASPERI, P. **A assistência de enfermagem humanizada na unidade coronariana: integrando paciente e familiar na busca da reabilitação.** 2003. 118f. Monografia (Conclusão de curso de Graduação) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2003.

_____. **A enfermagem promovendo a saúde no cuidado a pessoas que vivenciam cirurgia cardíaca.** 2005. 98f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2005.

DE GASPERI, P; RADUNZ, V. Cuidar de si: essencial para enfermeiros. **REME rev. min. Enferm**, v. 10, n. 1, p. 82-87, jan.-mar. 2006.

DEALEY, C. **Cuidando de feridas:** um guia para as enfermeiras. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2001.

DEEKEN, M. H. L. **A guide for the nursing service audit.** Saint Louis: The Catholic Hospital Association, 1960.

DESJARDINS, R. et al. Can peripheral venous pressure be interchangeable with central venous pressure in patients undergoing cardiac surgery? **Intensive Care Med.**, v. 30, n. 4, p. 627-632, 2004.

DESLANDES, S. F. A construção do projeto de pesquisa. In: DESLANDES, Suely Ferreira et al. **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

DOENGES, M. E; MOORHOUSE, M. F; GEISSLER, A. C. **Planos de Cuidados de Enfermagem:** Orientação para o Cuidado Individualizado do Paciente. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2003.

DOMICIANO, M. A. Erros de medicação: Aspectos relativos à prática do farmacêutico. In: HARADA, M. J. C. S.; PEDREIRA, M. L. G.; PETERLINI, M. A. S.; PEREIRA, S. R. **O erro humano e a segurança do paciente.** São Paulo: Atheneu, 2006. p. 1001-122.

DONABEDIAN, A. **The definition of quality and approaches to its**

assessment. Ann Arbor (MI): Health Administration Press, 1999.

_____. The seven pillars of quality. **Arch Pathol Lab Med.**, v. 114, p. 1115-1119, 1990.

DUTRA, O. P. et al. Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul / Fundação Universitária de Cardiologia. **Manual de condutas.** Porto Alegre: FUC, 2002.

DYNIWICZ, A. M. **Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes.** Caetano do Sul: Difusão, 2009.

EL SARRAF, R. A. **Aspectos ergonômicos em uniformes de trabalho.** 149p. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

FELDMAN, L. B. **Análise dos critérios de avaliação do serviço de enfermagem adotados nos processos de acreditação institucional.** Dissertação (Mestrado) Universidade Guarulhos, Guarulhos, 2002.

FELDMAN, L. B.; CUNHA, I. C. K. O. Identificação dos critérios de avaliação de resultados do serviço de enfermagem nos programas de acreditação hospitalar. **Rev Latino –am Enfermagem**, 2006, v. 14, n. 4, p. 540-545, 2006.

FERNANDES, A. M. O.; PINHEIRO, A. K. S. **Manual do estagiário em enfermagem** – nível superior. Goiânia: AB, 2005.

FERRAZ, E. R.; ISHII, S.; CIOSAK, S. I. et al. Iatrogenia: implicações para a assistência de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 16, n. 2, p. 165-179, 1982.

FISHBEIN, M.; AJZEN, I. **Belief, attitude, intention ad behavior: an introduction to theory and research.** Massachusetts: ADDISON – Wesley, 1975.

FORTUNA, P. **Pós-operatório imediato em cirurgia cardíaca.** São Paulo: Atheneu, 2002.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade 3: O cuidado de si.** Rio de Janeiro: Graal, 1985.

FRANCO, A. La seguridad clínica de los pacientes: entendiendo el problema. **Colomb. Méd,** p. 130-133, 2005.

GALLOTTI, R. M. D. **Eventos adversos e óbitos hospitalares em serviço de emergências clínicas de um hospital universitário terciário: um olhar para a qualidade da atenção.** Tese (Doutorado) Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

GAWANDE, A. A. et al. A. The incidence and nature of Surgical adverse events in Colorado and Utah in 1992. **Surgery,** v. 126, p. 66-75, 1999.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GRANT, M. Quality of Care. **Handbook of Community Health.** 4th ed. Philadelphia: Lea & Febiger, 1987.

GURGEL JUNIOR, G. D.; VIEIRA, M. M. F. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. **Ciênc. saúde coletiva,** São Paulo, v. 7, n. 2, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000200012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 fev. 2010.

GUYTON, A. C.; HAL, J. E. **Fisiologia Humana e Mecanismos das doenças**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

HADDAD, M. C. L. Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem. **Espaço Saúde**, v. 1, n. 2, p. 75-88, 2000.

HARADA, M. J. C. S.; PEDREIRA, M. L. G.; PEREIRA, S. R. **O erro humano e a segurança do paciente**. São Paulo: Atheneu, 2006.

HOFFMAN, L. A.; MASZKIEWICZ, R. Airway management for the critically ill patient. The basic concepts of aspiration. **Am.J.Nurs**, v. 87, n. 1, p. 39-53, 1987.

HORTA, W. A. **O processo de enfermagem**. São Paulo: EPU/EDUSP, 1979.

HSC - HEALTH AND SAFETY COMMISSION. **Organizing for Safety: Third Report of the Human Factors Study Group of ACSNI**. Sudbury: HSE Books, 1993.

HSE - HEALTH AND SAFETY EXECUTIVE. **A Review of Safety Culture and Safety Climate Literature for the Development of the Safety Culture Inspection Toolkit**. Bristol: Human Engineering, 2005.

HUDAK, C. M.; GALLO, B. M. **Cuidados intensivos de enfermagem: uma abordagem holística**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

IIDA, Itiro. **Ergonomia: projeto e produção**. São Paulo: Edgard Blücher, 1990.

IOM - INSTITUTE OF MEDICINE. **To Err is Human: Building a**

Safer Health System. Washington, DC: National Academy Press, 2000.

_____. **Patient safety: achieving a new standart for care.** Washington, DC: National Academy Press, 2004.

IRION, G. L. **Feridas: novas abordagens, manejo clínico e atlas em cores.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

JACOBS, M. K; HUETHER, S. E. Nursing science: the theory-practice linkage. In: NICOLL, L. H. **Perspectives on nursing theories.** 3. ed. Philadelphia: Lippincott, 1997. p. 596-604.

JANSEN, D. et al. Assistencia de Enfermage a criança portadora de cardiopatia. **Rev SOCERJ.,** v. XIII, n. 1, 2000.

JARVIS, C. **Exame físico e avaliação de saúde.** 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

JCI. JOINT COMISSION INTERNATIONAL. **International Patient Safety Goals (ISPGs),** 2007 Disponível em: <http://staff.aub.edu.lb/~webaccrm/resources/2007_international_patient_safety_goals.pdf>. Acesso em: 03 ago. 2011.

_____. **National Patient Safety Goals.** Disponível em: <http://www.jointcommission.org/standards_information/npsgs.aspx>. Acesso em: 15 nov.2012.

JCR - JOINT COMMISSION RESOURCES. A Check-up for Safety Culture in “My Patient Care Area”. **The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety,** Oakbrook Terrace, Illinois, v. 33, n. 11, p. 699-703, nov. 2007.

JENSEN, M. P.; KAROLY, P.; BRAVER, S. The measurement of clinical pain intensity: a comparison of six methods. **Pain**, v. 27, p. 117-126, 1986.

JOAO, P. R. D.; FARIA JUNIOR, F. Cuidados imediatos no pós-operatório de cirurgia cardíaca. **J. Pediatr.** (Rio J.), Porto Alegre, 2003.

KNOBEL, E. **Condutas no paciente grave**. 3. ed. [S.l.]: Atheneu, 2006.

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M. ; DONALDSON, M. S. **To err is human: building a safer health system**. 2. ed. Washington: National Academy of Sciences, 2000.

KRASNER, D. **Chronic wound care: a clinical source book for healthcare professionals**. Pennsylvania: Health Management Publications, 1997.

KREMER, E.; ATKISON, J. H.; IGNELZI, R. J. Measurement of pain: patient preference does not confound pain measurement. **Pain**, v. 10, p. 241-248, 1981.

KRITEK, P. B. Rethinking the critical care environment: luxury or necessity? **AACN Clin Issues**, p. 336-344, 2001.

KRISTIANE, R. S. **Sistema integrado de gestão em organizações hospitalares: um enfoque dirigido à acreditação, NBR ISO 9001, NBR ISO 14005 E BS 8800**. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

KURCGANT, P. Auditoria em enfermagem. **Rev Bras Enferm.**, v. 29, n. 3, p. 106-124, 1976.

LAUSTSEN, G. Environment, Ecosystems, and Ecological Behavior – dialogue toward developing nursing ecological theory. **Advances in Nursing Science**, v. 29, n. 1, p. 43-54, jan. 2006.

LAUTERT, L. **O desgaste profissional do enfermeiro**. Salamanca, 1995. Tese (Doutorado em Psicologia) Faculdade de Psicologia da Universidade Pontifícia de Salamanca, Salamanca, 1995.

LEAO, M. T. C. A NR 32 e os adornos em estabelecimentos de saúde. **Prática Hospitalar**, ano IX, n. 52, jul-ago. 2007.

LEAPE, L. L. et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. **N Engl J Med.**, v. 324, p. 377-84, 1991.

LEMA, G. et al. Effects of extracorporeal circulation on renal function in coronary surgical patients. **Anesth Analg.**, v. 81, n. 3, p. 446-451, 1995.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001.

LEPLAT, J. **Erreur humaine**. Fiabilité humaine dans le travail. Paris: Armand Colin, 1985.

LIMA, E. **Cuidar de si**. Disponível em: <<http://jbonline.terra.com.br/jb/pape/colunas/>>. Acesso em: 11 ago. 2004.

LUNARDI, V. L. **A ética como o cuidado de si**: e o poder pastoral na enfermagem. Pelotas: UFPEL, 1999.

MACHADO, M. N. et al. Lesão renal aguda após revascularização do

miocárdio com circulação extracorpórea. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 93, n. 3, set. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2009000900008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 jan. 2011.

MAGALHAES, S. S.; CARVALHO, W. S. Reações adversas a medicamentos. In: GOMES, M. J. V. M.; REIS, A. M. M. **Ciências farmacêuticas: uma abordagem em farmácia hospitalar**. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 125-145.

MAGDER, S. How to use central venous pressure measurements. **Curr Opin Crit Care**, v. 11, n. 3, p. 264-270, 2005.

MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. C. **Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

MANSO, A. **O erro nos cuidados de enfermagem a indivíduos internados numa unidade de cuidados intensivos**. Dissertação (II Mestrado em Saúde e Desenvolvimento) Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 2010.

MARIN, H. F.; BOURIE, P.; SAFRAN, C. Desenvolvimento de um sistema de alerta para prevenção de quedas em pacientes hospitalizados. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, jul. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692000000300005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 jul. 2010.

MARK, J. B. Central venous pressure monitoring: clinical insights beyond the numbers. **J Cardiothorac Vasc Anesth**, v. 5, n. 2, p. 163-173, 1991.

MARCK, P.; CASSIANI, S. H. B. Teorizando sobre sistemas: uma

tarefa ecológica para as pesquisas na área de segurança do paciente. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 13, n. 5, 2005.

MARTINS, M. C. F. N. **Humanização da assistência e formação do profissional de saúde**. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/arquivo/arquivo_0503_1.htm>. Acesso em: 16 set. 2003.

MARTINS, M. M. **Qualidade de vida e capacidade para o trabalho dos profissionais em enfermagem no trabalho em turnos**. 2002. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, UFSC, Florianópolis, 2002.

MARINHO, M. M. **Cuidado de Enfermagem e a cultura de segurança do paciente: um estudo avaliativo em unidades de internação cirúrgica**. 2012. 135f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

MEEKER, M. H.; ROTHROCK, J. C. **Alexander cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Kooganm, 2008.

MEERBERG, G. A. Quality of life: a concept analysis. **Journal of Advanced Nursing**, 1993.

MELLO, J. F. **Cultura de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: perspectiva da enfermagem**. 2011. 173f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

MELTZER, L. E. et al. **Enfermagem na unidade coronariana**. São Paulo: Atheneu, 2000.

MENDES JÚNIOR, W. V. **Avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospital no Brasil.** Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2007.

_____. **Avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospital no Brasil.** Tese (Doutorado) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2007.

MENDES, W.; TRAVASSOS, C.; MARTINS, M.; NORONHA, J. C. Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais. **Rev Bras Epidemiol**, v. 8, n. 4, p. 393-406, 2005.

MICHEL, P.; QUENON, J. L.; SARASQUETA, A. M.; SCEMAMA, O. Comparison of three methods for estimating rates of adverse events and rates of preventable adverse events in acute care hospitals. **BMJ**, v. 328, p. 199-202, 2004.

MILLS, D. H. Medical insurance feasibility study. A technical summary. **West J Med.**, v. 128, n. 4, p. 360-365, 1978.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC - ABRASCO, 2000.

_____. **Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social.** In: DESLANDES, Suely Ferreira; CRUZ NETO, Otávio; GOMES, Romeu; MINAYO, Maria Cecília (Organizadora). **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

MIQUELIN, J. D. L.; CASSIANI, S. H. B.; BUENO, E. Administração de medicamentos: revisão de relatórios de intercorrências. In: COLÓQUIO PANAMERICANO DE ENFERMAGEM, 6, Ribeirão Preto, 1998. **Livro de Resumos...** Ribeirão Preto: Centro Colaborador

da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, 1998. p. 217.

MODESTO, C. M. S. **Rotinas para balanço hídrico**. Cuiabá, s/ed., 2002.

MORAN, B. SCHULTZ, K. **Finding the healer within**. New York: NLN, 1996.

MORSE, J. Constructing qualitatively derived theory: concept construction and concept typologies. **Qual Health Res.**, v. 14, n. 10, p. 1387-1395, 2004.

MUNIZ, E. C. S. et al. Utilização da escala de coma de Glasgow e escala de coma de Jovet para avaliação do nível de consciência. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 31, n. 2, p. 287-303, ago. 1997.

MUROFUSE, N. T.; ABRANCHES, S. S.; NAPOLEÃO, A. A. Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 13, n. 2, mar./abr. 2005.

NASCIMENTO, C. C. P.; TOFFOLETTO, M. C.; GONÇALVES, L. A. et al. Indicadores de resultados da assistência: análise dos eventos adversos durante a internação hospitalar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 4, jul./ago. 2008.

NASCIMENTO, M. A. L. O cuidado de enfermagem e as ciências que nele incidem. **Rev. Enfermagem Brasil**, v. 3, n. 3, p. 165-169, 2004.

NIEVA, V. F.; SORRA, J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. **Quality and Safety in Health Care**, p. 17-23, 2003.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Patient Safety: Rapid Assessment Methods for Estimating Hazards.** Genebra: OMS, 2003.

_____. **Patient Safety: global priorities for research in patient safety.** Geneva: World Health Organization, 2008.

_____. **WHO patient safety curriculum guide for medical schools.** Switzerland: World Health Organization; World Alliance for Patient Safety, 2009.

_____. **The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety.** Version 1.1. Final Technical Report. Chapter 3. The International Classification for Patient Safety. Key Concepts and Preferred. 2009. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_chapter3.pdf>. Acesso em: 04 jul. 2011.

_____. **Segundo desafio global para a segurança do paciente: cirurgias seguras salvam vidas.** Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde/Ministério da Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009.

ONA. ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **Conheça a ONA.** Disponível em: <http://www.ona.org.br/site/internal_institucional.jsp?pagesite=conheca>. Acesso em: 08 fev. 2010.

_____. **O que é acreditação.** Disponível em: <http://www.ona.org.br/site/internal_institucional.jsp?pagesite=conheca>. Acesso em: 08 fev. 2010.

OPA. **Uma Assistência Limpa é Uma Assistência Mais Segura.** Disponível em <http://new.paho.org/bra/index.php?option=com_content&task=view&id=883&Itemid=687>. Acesso em: 20 jul. 2010.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **A saúde no Brasil** - agora tem um processo permanente de avaliação e certificação da qualidade. Brasília: ONA, 2000.

OSBORNE, J.; BLAIS, K.; HAYES, J. S. Nurses' perceptions: when is it a medication error? **J Nurs Adm.**, v. 29, n. 4, p. 33-38, 1999.

PACHECO, S. S. et al. Pressão venosa central em cateter femoral: correlação com acesso superior após cirurgia cardíaca. **Rev Bras Cir Cardiovasc**, São José do Rio Preto, v. 23, n. 4, dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-76382008000400006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 06 nov. 2010.

PADILHA, K. G. **Ocorrências iatrogênicas na prática de enfermagem em UTI**. Tese (Livre-docência) Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

PAESE, Fernanda. **Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde**. 2010. 181p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

PAIVA, M. C. M. S. et al. Caracterização das quedas de pacientes segundo notificação em boletins de eventos adversos. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000100019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 jul. 2010.

PAPE, T. M. Searching for the final answer: factors contributing to medication administration erros. **J. continuing Educ.**, 2001.

PEDROSO, Mirna **O significado do cuidar de si mesmo para os educadores em saúde**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do

Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2000.

PENNA, C. M. M. Uma questão conceitual. In: BUB, L.I.R.; PENNA, C. M. M. **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: UFSC, 1994.

PEPPER, G. A. Errors in drug administration by nurses. *Am. J. Health System Pharm.*, v. 52, p. 390-395, 1995.

PHANEUF, M. C. A nursing audit method. **Nurs Outlook**, may. 1964.

PIMENTA, C. A. de M. Escalas de avaliação de dor. In: TEIXEIRA, M. D. (ed.). **Dor conceitos gerais**. São Paulo: Limay, 1994. p. 46-56.

PINTO, V. G. **Saúde Bucal**: odontologia social e preventiva. 4. ed. São Paulo: Santos, 2000. 415 p.

PLUM, F.; POSNER, J. **Diagnóstico de esturpor e coma**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1977.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

PRONOVOST, P.; SEXTON, B. Assessing safety culture: guidelines and recommendations. **Qual Saf Health Care**, v. 14, n. 4, p. 231-233, 2005.

PUGGINA, A. C. G.; SILVA, M. J. P. Sinais vitais e expressão facial de

pacientes em estado de coma. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 62, n. 3, Jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000300016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 jan. 2011.

QUINTO NETO, A. Segurança dos pacientes, profissionais e organizações: um novo padrão de assistência à saúde. **Revista Administração e Saúde**, Porto Alegre, v. 8, n. 33, p. 153-158, out/dez. 2006.

RABHAE, G. N.; RIBEIRO, N.; FILHO FERNANDES, A. T. Infecção do sítio cirúrgico. In: FERNANDES, A.T.; FERNANDES, M. O. V. F. **Infecção hospitalar e suas interfaces na área de saúde**. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 479-502.

RADÜNZ, V. **Uma filosofia para enfermeiros**: o cuidar de si, a convivência com a finitude e a inevitabilidade do burnout. Tese (Doutorado em enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis 2001.

RADUENZ, Anna Carolina et al . Cuidados de enfermagem e segurança do paciente: visualizando a organização, acondicionamento e distribuição de medicamentos com método de pesquisa fotográfica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 6, dec. 2010 . Available<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000600002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 abr. 2013.

_____. **Cuidando e se cuidando**: fortalecendo o self do cliente oncológico e o self da enfermeira. Goiânia: AB, 1999.

REASON J. **Managing the Risks of Organizational Accidents**. Aldershot: Ashgate Publishing Company, 1997.

_____. **Human error**. 13. ed. New York: Cambridge University Press, 1990.

_____. Human error: models and management. **BMJ**, v. 320, p. 768-770, 2000.

REBRAENSP - Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. **Relato da 1 reunião da REBRAENSP**. 23 de maio de 2009. Disponível em: <<http://rebraensp-pr.blogspot.com.br/2009/05/relato-da-1-reuniao-da-rebraensp.html>>. Acesso em: 15 set. 2012.

REDA, E.; PENICHE, A. C. G. Instrumento de registro utilizado na avaliação do paciente em sala de recuperação pós-anestésica: importância na continuidade da assistência. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 21, n. 1, mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 aug. 2010.

REMEN, R. N. **O paciente como ser humano**. Trad. de Denise Bolanho. São Paulo: Summus, 1993.

RIBEIRO, M. A.; NETTO, P. G.; LAGE, S. G. Desafios na profilaxia do tromboembolismo venoso: abordagem do paciente crítico. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 18, n. 3, set. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2006000300016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 jul. 2010.

ROBBINS, S. P. **Administração: mudanças e perspectivas**. São Paulo: Saraiva, 2001.

ROCHA, L. A.; MAIA, T. F.; SILVA, L. F. Diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 59, n. 3, jun. 2006. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000300013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 jun. 2010.

ROSA, M. B.; PERINI, E. Erros de medicação: quem foi? **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 49, n. 3, p. 335-341, 2003.

SALLES, V. Que fatores ajudam a extubar precocemente os pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Rev Bras Cardiol.**, v. 23, suppl A, p. 34-36, 2010.

SAMPAIO, L. A. B. N. In: JUNIOR, J. O. C. A. et al. **Pós-operatório de cirurgia torácica e cardiovascular**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

SANTOS, A. E. **Eventos adversos com medicações em Serviço de Emergências**: condutas profissionais e sentimentos vivenciados por enfermeiros. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

SANTOS, F. O. et al. Insuficiência renal aguda após cirurgia de revascularização miocárdica com circulação extracorpórea: incidência, fatores de risco e mortalidade. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 83, n. 2, ago. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2004001400006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 jan. 2011.

SANTOS, V. E. P.; RADÜNZ, V. O Cuidar de si na Visão de Acadêmicas de Enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 46-51, 2011.

SCHIOLER, T. et al. Incidence of adverse events in hospitals. A retrospective study of medical records. **Ugeskr Laeger**, v. 163, p. 5370-5378, 2001.

SENRA, D. F.; IASBECH, J. A.; OLIVEIRA, S. A. Pós-operatório em cirurgia cardíaca de adultos. **Rev. Soc. Cardiol.**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 446-454, mai. 1998.

SETZ, V. G.; D'INNOCENZO, M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 3, jun. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000300012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 out. 2009.

SEXTON, J. B. et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. **BMC Health Services Research**, p. 6-44, 2006.

SEXTON, J. B.; HUANG, D. T.; CLERMONT, G. Perceptions of safety culture vary across the intensive care units of a single institution. **Critical Care Medicine**, v. 35, n. 1, p. 165-176, 2007.

SEXTON, J. B.; THOMAS, E. J. **The Safety Attitudes Questionnaire (SAQ): Guidelines for Administration**. The University of Texas Center of Excellence for Patient Safety Research and Practice, 2003.

SILVA, A. L. O saber nightingaliano no cuidado: uma abordagem epistemológica. In: WALDOW, V. R.; LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p. 41-60.

SILVA, R. C. L.; FIGUEIREDO, N. M. A.; MEIRELES, I. B. **Feridas - fundamentos e atualizações em enfermagem**. São Caetano do Sul: Yendis, 2007.

SILVA, Rogério Gomes da et al. Fatores de risco e morbimortalidade associados à fibrilação atrial no pós-operatório de cirurgia cardíaca.

Arq. Bras. Cardiol., São Paulo, v. 83, n. 2, aug. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2004001400002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 mai. 2012.

SILVA, S. C. **Ocorrências iatrogênicas em unidade de terapia intensiva**: impacto na gravidade e na carga de trabalho de enfermagem. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

SILVA, S. C.; PADILHA, K. G. Parada cardiorrespiratória na unidade de terapia intensiva: análise das ocorrências iatrogênicas durante o atendimento. **Rev. Esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 34, n. 4, dez. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342000000400015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 nov. 2009.

_____. Parada cardiorrespiratória na unidade de terapia intensiva: considerações teóricas sobre os fatores relacionados às ocorrências iatrogênicas. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 35, n. 4, dec. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342001000400008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 feb. 2010.

SINGER, S. J. et al. **The culture of safety**: results of an organization-wide survey in 15 California hospitals. Stanford, CA: NCBI, 2003.

SIQUEIRA, I. L. C. P.; KURCGANT, P. Passagem de plantão: falando de paradigmas e estratégias. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 18, n. 4, dec. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002005000400015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 ago. 2010.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner e Suddarth**: tratado de enfermagem Médico-Cirúrgica. 8. ed. v. 1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

_____. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

_____. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

_____. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

SOARES, Raquel Juliana de Oliveira et al. Fatores facilitadores e impeditivos no cuidar de si para docentes de enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 4, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000400015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 nov. 2012.

SOUZA, P. Patient safety: a necessidade de uma estratégia nacional. **Acta Med Port**, p. 309-318, 2006.

SYKES, M. K. Clinical measurement and clinical practice. **Anaesthesia**, v. 47, p. 425-432, 1992.

TEIXEIRA, R. A. In: JUNIOR, J. O. C. A. et al. **Pós-operatório de cirurgia torácica e cardiovascular**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

THOMAS, E. J. et al. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. **Med Care**, v. 38, p. 261-271, 2000.

TOFFOLETTO, M. C. **Fatores associados aos eventos adversos em Unidade de terapia intensiva**. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

URSI, E. S.; GAVAO, C. M. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, fev. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000100017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 jul. 2010.

VIANNA, A. C. A.; CROSSETTI, M. G. O. O Movimento entre cuidar e cuidar-se em UTI: uma análise através da teoria transpessoal de Watson. **Revista Gaúcha de Enferm.**, v. 25, n. 1, p. 56-69, 2004.

VINCENT, C.; NEALE, G.; WOLOSZYNOWYCH, M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. **BMJ**, v. 322, p. 517-519, 2001.

VOLMANN, K; GARCIA, R; MILLER, L. **Interventional patient hygiene: proactive (hygiene) strategies to improve patients outcomes.** Columbia – CA: American Association of Critical Care - Nurses – Continuing Education, Aug 2005. Disponível em: <<http://www.aacn.org/aacn/conteduc.nsf/vwdoc/GlobalCEWELCOME?opendocument>>. Acesso em: 12 dez. 2010.

WALDOW, V. R. **O cuidado na saúde** - as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Petrópolis: Vozes, 2004.

WARREN, D.K. et al. Preventing catheter-associated bloodstream infections: a survey of policies for insertion and care of central venous catheters from hospitals in the prevention epicenter program. **Infect.Control.Hosp.Epidemiol.**, v. 27, n. 1, 2006.

WEBLER, R. M.; RISTOW, M. R. O mal-estar e os riscos da profissão docente. **Ciências Sociais Aplicadas em Revista**, v. 6, n. 11, 2006.

WEYNE, S. C. A construção do paradigma de promoção de saúde: um desafio para as novas gerações. In: KRIGER, L. coordenador.

Promoção de saúde bucal. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2003. p. 1-24.

WIEGMANN, D. A.; ZHANG, H.; THADEN, T. L. **A synthesis of safety culture and safety climate research.** University of Illinois at Urbana-Champaign. 2002. Prepared for Federal Aviation Administration: Technical Report ARL-02-3/FAA-02-2. Contract DTFA 01-G-015.

WILSON, R. M. et al. The Quality in Australian Health Care Study. **Med J Aust.**, v. 163, n. 9, p. 458-471, 1995.

ZAMIR, D. et al. Nasocomial infections in internal medicine departments. **Harefuah**, v. 142, 2003.

ZAKARI, N. M. A. Attitude of Academic Ambulatory Nurses toward Patient Safety Culture in Saudi Arabia. **Life Science Journal**, v. 8, n. 3, p. 230-237, 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A - OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA

NOME: _____

Data: ____/____/____

TEMPO TRANSCORRIDO DA CIRURGIA () POI horas ()

POT horas

CUIDADO	Enfermeira (A)	Técnico (A)	Enfermeira (I)	Técnico (I)	(NA)	COMENTÁRIOS
1-Apresentação Profissional						
2-Lavagem das mãos						
3-Identificação do paciente						
4- Posicionamento no leito						
5-Segurança no leito						
6-Passagem de plantão						
7-Verificação SV 15 em 15'						
8-Verificação SV 30 em 30'						
9-Verificação SV 1 em 1 h						
10-Verificação SV rotina						
11-Instalação MCC						

12-Instalação PVC						
13-Verificação PVC						
14-Verificação PAM						
15-Auscultação torácica / pulmonar						
16-Auscultação cardíaca						
17-Avaliação vascular periférica						
18-Avaliação consciência/ pupilar						
19-Avaliação da dor						
20-SNG aberta						
21-NPO até 6 – 8 h						
22-Débito urinário						
23-Drenagem						
24-Ordenha dos drenos						
25-Troca do selo d'água						
26-Avaliação dos cateteres						

27-Troca de curativos						
28-Aspirar TOT e orofaringe						
29-Orientação – procedimentos						
30-Exame físico						
31-Orientação p/ alta						
32-Balanço Hídrico						
34-Higiene do paciente						

**APÊNDICE B - SAFETY ATTITUDES QUESTIONNAIRE
ACRESCIDO DAS QUESTÕES SOBRE O CUIDAR DE SI**

**QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA (VERSÃO
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA)**

Categoria profissional:

Enfermeiro () Técnico em Enfermagem () Auxiliar de
Enfermagem ()

Tipo de Unidade de Terapia Intensiva: Adulto () Pediátrica ()
Neonatal ()

Por favor, responda as questões abaixo em relação à sua unidade de
trabalho. Marque sua resposta utilizando a escala abaixo:

	Discordo fortemente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo fortemente
Altos níveis de carga de trabalho são comuns nesta UTI	1	2	3	4	5
Gosto do meu trabalho	1	2	3	4	5
As sugestões da enfermagem são bem aceitas nesta UTI	1	2	3	4	5
Eu me sentiria seguro sendo tratado aqui como paciente	1	2	3	4	5
Erros médicos são gerenciados apropriadamente nesta UTI	1	2	3	4	5
Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novo pessoal	1	2	3	4	5
Toda informação necessária para decisões terapêuticas e diagnósticas estão disponíveis para mim rotineiramente	1	2	3	4	5
Trabalhar neste hospital é como ser parte de uma grande família	1	2	3	4	5
A administração	1	2	3	4	5

deste hospital está fazendo um bom trabalho					
A administração do hospital apóia meus esforços diários	1	2	3	4	5
Eu recebo feedback (retorno) adequado sobre meu desempenho	1	2	3	4	5
Nesta UTI é difícil discutir erros	1	2	3	4	5
Instruções minuciosas sobre o paciente na troca de plantão são importantes para a segurança do paciente	1	2	3	4	5
Instruções minuciosas são comuns nesta UTI	1	2	3	4	5
Este hospital é um bom local para trabalhar	1	2	3	4	5
Quando sou interrompido, a segurança dos meus pacientes não é afetada	1	2	3	4	5
Todo pessoal nesta UTI assume a responsabilidade pela segurança dos pacientes	1	2	3	4	5
A administração do hospital não compromete intencionalmente na segurança dos pacientes	1	2	3	4	5
O tamanho da equipe desta UTI é suficiente para atender o número de pacientes	1	2	3	4	5
A tomada de decisão nesta UTI utiliza informações de profissionais de referência/bem conceituados	1	2	3	4	5

Este hospital encoraja a equipe de trabalho e a cooperação entre seu pessoal	1	2	3	4	5
Eu sou encorajado pelos colegas a relatar qualquer preocupação que eu tenha relacionada à segurança do paciente	1	2	3	4	5
A cultura nesta UTI torna fácil aprender com o erro dos outros	1	2	3	4	5
Este hospital lida construtivamente com o problema de pessoal	1	2	3	4	5
Os equipamentos nesta UTI são adequados	1	2	3	4	5
Nesta UTI, é difícil falar se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente.	1	2	3	4	5
Quando minha carga de trabalho torna-se excessiva, meu desempenho é prejudicado.	1	2	3	4	5
Eu recebo informação adequada e em tempo sobre eventos no hospital que possam afetar meu trabalho	1	2	3	4	5
Eu tenho visto outras pessoas cometerem erros que podem provocar danos aos pacientes	1	2	3	4	5
Eu conheço os canais apropriados para encaminhar questões relacionadas à segurança do paciente nesta UTI	1	2	3	4	5
Tenho orgulho de trabalhar neste hospital	1	2	3	4	5
Discordâncias nesta	1	2	3	4	5

UTI são resolvidas apropriadamente (ou seja, não quem está certo, mas o que é melhor para o paciente)					
Sou menos efetivo no trabalho quando estou cansado (a)	1	2	3	4	5
Sou mais propenso (a) a cometer erros em situações hostis ou tensas	1	2	3	4	5
O stress de problemas pessoais afeta adversamente meu desempenho	1	2	3	4	5
Eu tenho o suporte necessário de outras pessoas para cuidar dos pacientes	1	2	3	4	5
É fácil para a equipe desta UTI fazer perguntas quando há algo que não é compreendido	1	2	3	4	5
Interrupções na continuidade do trabalho (troca de plantão, transferências de pacientes, etc.) podem ser prejudiciais à segurança do paciente.	1	2	3	4	5
Durante as emergências, posso prever o que os outros membros da equipe farão em seguida	1	2	3	4	5
Os médicos e enfermeiros aqui trabalham como uma equipe bem coordenada	1	2	3	4	5
Eu sou frequentemente incapaz de expressar discordância com a equipe de médicos nesta UTI	1	2	3	4	5
Níveis muito elevados de carga de	1	2	3	4	5

trabalho estimulam e melhoram meu desempenho					
O membro da equipe que realmente é profissional pode deixar problemas pessoais para trás quando está trabalhando	1	2	3	4	5
A moral da equipe desta UTI é alta	1	2	3	4	5
Os profissionais em treinamento na minha área são adequadamente supervisionados	1	2	3	4	5
Eu conheço o primeiro e o último nome de todas as pessoas com quem trabalhei no último plantão	1	2	3	4	5
Eu cometi erros que tinham potencial de provocar dano aos pacientes	1	2	3	4	5
A equipe de médicos nesta UTI está fazendo um bom trabalho	1	2	3	4	5
A fadiga prejudica o meu desempenho durante situações de emergência (ressuscitação de emergência, convulsão)	1	2	3	4	5
A fadiga prejudica meu desempenho durante o cuidado de rotina	1	2	3	4	5
Se necessário, eu sei como comunicar erros que ocorrem nesta UTI	1	2	3	4	5
A segurança do paciente é constantemente reforçada como prioridade nesta UTI	1	2	3	4	5
Interações nesta UTI	1	2	3	4	5

são “de igual para igual” em vez de hierárquicas (de cima para baixo)					
Implicações importantes são bem comunicadas nas trocas de plantão	1	2	3	4	5
Há uma ampla adesão aos protocolos clínicos e critérios baseados em evidência nesta UTI	1	2	3	4	5
Os membros da equipe não são punidos pelos erros comunicados	1	2	3	4	5
O relato de um erro é valorizado nesta UTI	1	2	3	4	5
A informação obtida por meio do relato de um incidente é usada para tornar o cuidado ao paciente mais seguro nesta UTI	1	2	3	4	5
Durante situações de emergência (ressuscitação de emergência) meu desempenho não é afetado por trabalhar com outro (s) membro (s) da equipe sem experiência ou com menor capacidade	1	2	3	4	5
A equipe frequentemente desobedece as regras ou protocolos (ex. lavagem das mãos, protocolos de tratamento, campo estéril, etc.) que são estabelecidos para esta UTI	1	2	3	4	5
Falhas na comunicação que levam a atrasos na realização do cuidado são comuns	1	2	3	4	5
Um sistema de relato	1	2	3	4	5

confidencial que documenta incidentes é útil para melhorar a segurança do paciente					
Eu posso hesitar em usar um sistema de relato de incidentes porque tenho preocupação em ser identificado(a)	1	2	3	4	5
Você já completou este questionário anteriormente? () SIM () NÃO () NÃO SEI					

Por favor, responda as questões abaixo em relação ao “cuidar de si”.
 Marque sua resposta utilizando a escala abaixo:

	Discordo fortemente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo fortemente
O ambiente de trabalho nesta UTI é agradável para mim.	1	2	3	4	5
Trabalhar nesta UTI me dá prazer e motivação.	1	2	3	4	5
Eu consigo dispensar tempo para aperfeiçoar meus conhecimentos acerca das minhas atividades profissionais.	1	2	3	4	5
Gosto de mim mesma (o).	1	2	3	4	5
Frequentemente dou importância ao meu cuidado pessoal: físico, mental, afetivo e espiritual.	1	2	3	4	5
Eu frequentemente me dedico a atividades que me dão prazer	1	2	3	4	5
Eu frequentemente tenho tempo de ficar com meus familiares e amigos.	1	2	3	4	5

Consigo estabelecer prioridades em meu dia-a-dia profissional.	1	2	3	4	5
Consigo estabelecer prioridades em meu dia-a-dia pessoal.	1	2	3	4	5
Realizo periodicamente, ou sempre que necessário, exames de saúde	1	2	3	4	5
Eu frequentemente acordo descansada.	1	2	3	4	5
Pratico atividades físicas regularmente.	1	2	3	4	5
Sempre consigo atender minhas necessidades fisiológicas de alimentação durante a realização de minhas atividades profissionais nesta UTI.	1	2	3	4	5
Sempre consigo atender minhas necessidades fisiológicas de eliminação durante a realização de minhas atividades profissionais nesta UTI.	1	2	3	4	5
Quando consigo cuidar bem de mim mesma (o) trabalho com mais atenção e empenho.	1	2	3	4	5

Use a escala abaixo para descrever como você avalia a qualidade da colaboração e comunicação que você tem com:

	Muito baixa	Baixa	Adequada	Alta	Muito alta	Não se aplica
Chefia Médica	1	2	3	4	5	
Chefia de Enfermagem	1	2	3	4	5	
Enfermeiro (a) de turno	1	2	3	4	5	
Médicos <i>Staffs</i>	1	2	3	4	5	
Residentes	1	2	3	4	5	
Fisioterapeuta	1	2	3	4	5	
Escriturário	1	2	3	4	5	

Sexo: Feminino () Masculino () **Idade:** _____

Quanto tempo você possui de experiência nesta unidade:
_____ (em anos)

Quais são as três maiores recomendações que você sugere para melhorar a segurança do paciente nesta UTI?

1. _____
2. _____
3. _____

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Venho por meio deste convidá-lo(a) a participar da pesquisa intitulada “O CUIDAR DE SI E A INFLUÊNCIA NO CUIDADO SEGURO”, que tem como objetivo geral compreender a influência do cuidar de si na segurança e qualidade do cuidado de enfermagem realizado com pessoas que vivenciam a cirurgia cardíaca.

A pesquisadora responsável é a doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Patricia De Gasperi que se coloca à disposição para esclarecimentos de dúvidas pelo telefone (54) 9993 5050 ou pelo e-mail pgasper1@ucs.br. Este estudo é orientado pela Prof^ª. Dr^ª. Vera Radünz

A pesquisa será realizada com todos os funcionários da equipe de Enfermagem da UTI adulto do Hospital Geral de Caxias do Sul que aceitarem participar desta pesquisa, através da aplicação de um questionário e observação sistemática.

A gerência assistencial da referida instituição está de acordo com a realização desta pesquisa, uma vez que esta trará resultados benéficos para a instituição, para a equipe de enfermagem e para os pacientes.

Ao aceitar participar desta pesquisa, você poderá retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem constrangimento e sem sofrer nenhum tipo de represália; não terá sua identidade revelada em qualquer circunstância; receberá resposta às suas dúvidas com relação à pesquisa; poderá ter suas falas registradas em gravador digital; terá assegurado que esta pesquisa não coloca em risco a vida pessoal e/ou profissional dos participantes e que a doutoranda cumprirá as determinações da lei 2048 de setembro de 2009 no que diz respeito à pesquisa com seres humanos.

Eu,,
portador (a) de RG nº....., livre de qualquer forma de constrangimento ou coerção, aceito participar da pesquisa CUIDAR DE SI E A INFLUÊNCIA NO CUIDADO SEGURO.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido declaro que estou ciente, de forma clara e detalhada, do objetivo e dos procedimentos de coleta de dados.

Data: ____/____/____

Assinatura do Participante

Dda. Patricia De Gasperi

ANEXOS

ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



SAÚDE, EDUCAÇÃO E SOLIDARIEDADE

Caxias do Sul, 05 de dezembro de 2011.

Universidade de Caxias do Sul
Centro de Ciências da Saúde

Prezada Prof. Ms. Patricia de Gasperi:

O Comitê de Ética em Pesquisa Circulo-FSG avaliou o projeto intitulado: *O Cuidar de si e a influência no cuidado seguro*, protocolado neste comitê com o nº 0221 e o aprovou.

Solicitamos que qualquer anormalidade no desenvolvimento da pesquisa seja relatada a este Comitê e, ressaltamos, a necessidade de relatórios periódicos (parciais ou finais), além de cópia do trabalho após ter sido concluído e redigido, conforme item VII.13d da Resolução CNS 196/96, juntamente com a avaliação da banca examinadora.

Aproveitamos para informar que, conforme procedimento da CONEP, que passou a valer em 01/04/11, o sujeito da pesquisa ou seu representante, quando for o caso, deverá rubricar todas as folhas do TCLE – apondo sua assinatura na última página do referido Termo, assim como o pesquisador responsável deverá proceder da mesma forma. Este procedimento visa garantir os direitos dos sujeitos de pesquisa.

Atenciosamente,

Dr. José Mauro Madi
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa Circulo-FSG

Please answer by marking the response of your choice to the right of each item, using the letter from the scale below.

A	B	C	D	E
Disagree Strongly	Disagree Slightly	Neutral	Agree Slightly	Agree Strongly
Disagree Strongly Disagree Slightly Neutral Agree Slightly Agree Strongly				
47. I have made errors that had the potential to harm patients.	48. Staff physicians/intensivists in this ICU are doing a good job.	49. Fatigue impairs my performance during emergency situations (e.g. emergency resuscitation, seizure).	50. Fatigue impairs my performance during routine care (e.g., medication review, ventilator checks, transfer orders).	51. If necessary, I know how to report errors that happen in this ICU.
52. Patient safety is constantly reinforced as the priority in this ICU.	53. Interactions in this ICU are collegial, rather than hierarchical.	54. Important issues are well communicated at shift changes.	55. There is widespread adherence to clinical guidelines and evidence-based criteria in this ICU.	56. Personnel are not punished for errors reported through incident reports.
57. Error reporting is rewarded in this ICU.	58. Information obtained through incident reports is used to make patient care safer in this ICU.	59. During emergency situations (e.g., emergency resuscitations), my performance is not affected by working with inexperienced or less capable personnel.	60. Personnel frequently disregard rules or guidelines (e.g., handwashing, treatment protocols/clinical pathways, sterile field, etc.) that are established for this ICU.	61. Communication breakdowns which lead to delays in delivery of care are common.
62. A confidential reporting system that documents medical incidents is helpful for improving patient safety.	63. I may hesitate to use a reporting system for medical incidents because I'm concerned about being identified.	64. Have you completed this survey before? <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no <input type="radio"/> don't know		

Use the scale below to describe the quality of collaboration and communication you have experienced with:

	Adequate		High		Adequate		High										
	Very Low	Low	Very High	High	Very Low	Low	Very High	Not Applicable									
Charge nurse	25	20	15	10	5	0	0	0	Fellow/Staff Physician (Non-Critical Care)	25	20	15	10	5	0	0	0
Nurse Manager/Head Nurse	25	20	15	10	5	0	0	0	Pharmacist	25	20	15	10	5	0	0	0
Crit Care RN	25	20	15	10	5	0	0	0	Respiratory Therapist	25	20	15	10	5	0	0	0
Crit Care LVN/LPN	25	20	15	10	5	0	0	0	Physician Assistant/Nurse Practitioner	25	20	15	10	5	0	0	0
Crit Care Attending/Intensivist	25	20	15	10	5	0	0	0	Nursing Aide/Assistant	25	20	15	10	5	0	0	0
Crit Care Fellow/Resident	25	20	15	10	5	0	0	0	Other (specify): _____	25	20	15	10	5	0	0	0

BACKGROUND INFORMATION

Gender: <input type="radio"/> Male <input type="radio"/> Female		Ethnic Group: <input type="radio"/> Hispanic <input type="radio"/> Black (not Hispanic) <input type="radio"/> White (not Hispanic) <input type="radio"/> Asian/Pacific Islander <input type="radio"/> Multi-ethnic <input type="radio"/> Other: _____		How many years of experience do you have in this primary specialty? YEARS: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	How many years have you worked in this ICU (mark 00 if less than 1 year)? YEARS: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	CURRENT AGE YEARS: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	On average, how many patients do you admit to this ICU each month? [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
ICU Job Status: <input type="radio"/> Full-time <input type="radio"/> Part-time <input type="radio"/> Agency <input type="radio"/> Contract	Usual Shift: <input type="radio"/> Days <input type="radio"/> Evenings <input type="radio"/> Nights <input type="radio"/> Variable Shifts	*Optional* collected as part of a cross-cultural study Citizenship (e.g., Canadian, Filipino, USA, etc.): _____		Country of birth (if different): _____			

COMMENTS: What are your top three recommendations for improving patient safety in this ICU?

1. _____

2. _____

3. _____

If more room for comments is needed, please provide your response on a separate sheet of paper.

Thank you for completing the questionnaire - Your time and participation are greatly appreciated

ANEXO C - QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA (VERSÃO UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA)

Categoria profissional:

Enfermeiro () Técnico em Enfermagem ()

Auxiliar de Enfermagem ()

Tipo de Unidade de Terapia Intensiva: Adulto () Pediátrica ()

Neonatal ()

Por favor, responda as questões abaixo em relação à sua unidade de trabalho. Marque sua resposta utilizando a escala abaixo:

	Discordo fortemente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo fortemente
Altos níveis de carga de trabalho são comuns nesta UTI	1	2	3	4	5
Gosto do meu trabalho	1	2	3	4	5
As sugestões da enfermagem são bem aceitas nesta UTI	1	2	3	4	5
Eu me sentiria seguro sendo tratado aqui como paciente	1	2	3	4	5
Erros médicos são gerenciados apropriadamente nesta UTI	1	2	3	4	5
Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novo pessoal	1	2	3	4	5
Toda informação necessária para decisões terapêuticas e diagnósticas estão disponíveis para mim rotineiramente	1	2	3	4	5
Trabalhar neste hospital é como ser parte de uma grande família	1	2	3	4	5
A administração deste hospital está fazendo um bom trabalho	1	2	3	4	5
A administração do hospital apoia meus esforços diários	1	2	3	4	5

Eu recebo <i>feedback</i> (retorno) adequado sobre meu desempenho	1	2	3	4	5
Nesta UTI é difícil discutir erros	1	2	3	4	5
Instruções minuciosas sobre o paciente na troca de plantão são importantes para a segurança do paciente	1	2	3	4	5
Instruções minuciosas são comuns nesta UTI	1	2	3	4	5
Este hospital é um bom local para trabalhar	1	2	3	4	5
Quando sou interrompido, a segurança dos meus pacientes não é afetada	1	2	3	4	5
Todo pessoal nesta UTI assume a responsabilidade pela segurança dos pacientes	1	2	3	4	5
A administração do hospital não compromete intencionalmente na segurança dos pacientes	1	2	3	4	5
O tamanho da equipe desta UTI é suficiente para atender o número de pacientes	1	2	3	4	5
A tomada de decisão nesta UTI utiliza informações de profissionais de referência/bem conceituados	1	2	3	4	5
Este hospital encoraja a equipe de trabalho e a cooperação entre seu pessoal	1	2	3	4	5
Eu sou encorajado pelos colegas a relatar qualquer preocupação que eu tenha relacionada à segurança do paciente	1	2	3	4	5
A cultura nesta UTI torna fácil aprender com o erro dos outros	1	2	3	4	5

Este hospital lida construtivamente com o problema de pessoal	1	2	3	4	5
Os equipamentos nesta UTI são adequados	1	2	3	4	5
Nesta UTI, é difícil falar se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente	1	2	3	4	5
Quando minha carga de trabalho torna-se excessiva, meu desempenho é prejudicado	1	2	3	4	5
Eu recebo informação adequada e em tempo sobre eventos no hospital que possam afetar meu trabalho	1	2	3	4	5
Eu tenho visto outras pessoas cometerem erros que podem provocar danos aos pacientes	1	2	3	4	5
Eu conheço os canais apropriados para encaminhar questões relacionadas à segurança do paciente nesta UTI	1	2	3	4	5
Tenho orgulho de trabalhar neste hospital	1	2	3	4	5
Discordâncias nesta UTI são resolvidas apropriadamente (ou seja, não quem está certo, mas o que é melhor para o paciente)	1	2	3	4	5
Sou menos efetivo no trabalho quando estou cansado (a)	1	2	3	4	5
Sou mais propenso (a) a cometer erros em situações hostis ou tensas	1	2	3	4	5
O stress de problemas pessoais afeta adversamente meu desempenho	1	2	3	4	5
Eu tenho o suporte	1	2	3	4	5

necessário de outras pessoas para cuidar dos pacientes					
É fácil para a equipe desta UTI fazer perguntas quando há algo que não é compreendido	1	2	3	4	5
Interrupções na continuidade do trabalho (troca de plantão, transferências de pacientes, etc) podem ser prejudiciais à segurança do paciente.	1	2	3	4	5
Durante as emergências, posso prever o que os outros membros da equipe farão em seguida	1	2	3	4	5
Os médicos e enfermeiros aqui trabalham como uma equipe bem coordenada	1	2	3	4	5
Eu sou frequentemente incapaz de expressar discordância com a equipe de médicos nesta UTI	1	2	3	4	5
Níveis muito elevados de carga de trabalho estimulam e melhoram meu desempenho	1	2	3	4	5
O membro da equipe que realmente é profissional pode deixar problemas pessoais para trás quando está trabalhando	1	2	3	4	5
A moral da equipe desta UTI é alta	1	2	3	4	5
Os profissionais em treinamento na minha área são adequadamente supervisionados	1	2	3	4	5
Eu conheço o primeiro e o último nome de todas as pessoas com quem trabalhei no último plantão	1	2	3	4	5

Eu cometi erros que tinham potencial de provocar dano aos pacientes	1	2	3	4	5
A equipe de médicos nesta UTI está fazendo um bom trabalho	1	2	3	4	5
A fadiga prejudica o meu desempenho durante situações de emergência (ressuscitação de emergência, convulsão)	1	2	3	4	5
A fadiga prejudica meu desempenho durante o cuidado de rotina	1	2	3	4	5
Se necessário, eu sei como comunicar erros que ocorrem nesta UTI	1	2	3	4	5
A segurança do paciente é constantemente reforçada como prioridade nesta UTI	1	2	3	4	5
Interações nesta UTI são “de igual para igual” em vez de hierárquicas (de cima para baixo)	1	2	3	4	5
Implicações importantes são bem comunicadas nas trocas de plantão	1	2	3	4	5
Há uma ampla adesão aos protocolos clínicos e critérios baseados em evidência nesta UTI	1	2	3	4	5
Os membros da equipe não são punidos pelos erros comunicados	1	2	3	4	5
O relato de um erro é valorizado nesta UTI	1	2	3	4	5
A informação obtida por meio do relato de um incidente é usada para tornar o cuidado ao paciente mais seguro nesta UTI	1	2	3	4	5
Durante situações de emergência	1	2	3	4	5

(ressuscitação de emergência) meu desempenho não é afetado por trabalhar com outro (s) membro (s) da equipe sem experiência ou com menor capacidade					
A equipe frequentemente desobedece as regras ou protocolos (ex. lavagem das mãos, protocolos de tratamento, campo estéril, etc.) que são estabelecidos para esta UTI	1	2	3	4	5
Falhas na comunicação que levam a atrasos na realização do cuidado são comuns	1	2	3	4	5
Um sistema de relato confidencial que documenta incidentes é útil para melhorar a segurança do paciente	1	2	3	4	5
Eu posso hesitar em usar um sistema de relato de incidentes porque tenho preocupação em ser identificado(a)	1	2	3	4	5
Você já completou este questionário anteriormente?					
<input type="checkbox"/> SIM		<input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> NÃO SEI	

Use a escala abaixo para descrever como você avalia a qualidade da colaboração e comunicação que você tem com:

	Muito baixa	Baixa	Adequada	Alta	Muito alta	Não se aplica
Chefia Médica	1	2	3	4	5	
Chefia de Enfermagem	1	2	3	4	5	
Enfermeiro (a) de turno	1	2	3	4	5	
Médicos <i>Staffs</i>	1	2	3	4	5	
Residentes	1	2	3	4	5	
Fisioterapeuta	1	2	3	4	5	
Escriturário	1	2	3	4	5	

Sexo: Feminino () Masculino ()

Idade: _____

Quanto tempo você possui de experiência nesta unidade:
_____ (em anos)

Quais são as três maiores recomendações que você sugere para melhorar a segurança do paciente nesta unidade cirúrgica?
