



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

**GIULIANA CALDEIRINI ARUTO**

**MELHORES PRÁTICAS NO CUIDADO DE ENFERMAGEM  
SEGURO ÀS PESSOAS COM DOENÇAS  
CARDIOVASCULARES:  
SUBSÍDIOS PARA A LIDERANÇA**

**Florianópolis  
2016**



**GIULIANA CALDEIRINI ARUTO**

**MELHORES PRÁTICAS NO CUIDADO DE ENFERMAGEM  
SEGURO ÀS PESSOAS COM DOENÇAS  
CARDIOVASCULARES:  
SUBSÍDIOS PARA A LIDERANÇA**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Área de Concentração: Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem.  
Linha de Pesquisa: Políticas, Gestão e Avaliação do Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Dra. Betina H. Schindwein Meirelles  
Coorientadora: Dra. Gabriela Marcellino de M. Lanzoni

**Florianópolis  
2016**

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

Aruto, Giuliana Caldeirini  
Melhores práticas no cuidado seguro de enfermagem às  
pessoas com doenças cardiovasculares : subsídios para  
liderança / Giuliana Caldeirini Aruto ; orientadora, Betina  
Hörner Schlindwein Meirelles ; coorientadora, Gabriela  
Marcellino de Melo Lanzoni. - Florianópolis, SC, 2016.  
157 p.

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

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Liderança. 3. Gestão em Saúde. 4.  
Segurança do Paciente. 5. Melhores Práticas. I. Meirelles,  
Betina Hörner Schlindwein. II. Lanzoni, Gabriela  
Marcellino de Melo. III. Universidade Federal de Santa  
Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. IV. Título.

**GIULIANA CALDEIRINI ARUTO**

**MELHORES PRÁTICAS NO CUIDADO DE ENFERMAGEM  
SEGURO ÀS PESSOAS COM DOENÇAS  
CARDIOVASCULARES: SUBSÍDIOS PARA A LIDERANÇA**

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

**MESTRE EM ENFERMAGEM**

e aprovada em 22 de fevereiro de 2016, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Filosofia, Cuidado em Saúde e Enfermagem.



Dra. Vânia Marli Schubert Backes  
Coordenadora do Programa

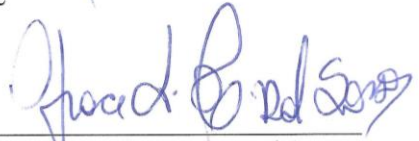
**Banca Examinadora:**



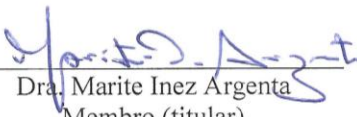
Dra. Betina Hörner Schlindwein Meirelles  
Presidente



Dra. Ana Lúcia S. Ferreira de Mello  
Membro (titular)



Dra. Grace T. Marçon Dal Sasso  
Membro (titular)



Dra. Marite Inez Argenta  
Membro (titular)



*Dedico este trabalho aos meus  
queridos pais, que sempre  
acreditaram no poder dos estudos e  
que nunca mediram esforços para  
nos proporcionar uma educação  
com qualidade. Amo vocês!*





## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, obrigada Deus por ter me dado a força para prosseguir nesta caminhada e possibilitar a realização desta conquista.

Aos meus pais, Pedro Aruto e Roseli Caldeirini, à minha irmã Gabriela Caldeirini Aruto e ao meu irmão Pietro Caldeirini Aruto, obrigada por todo o amor, incentivo, confiança e principalmente compreensão pelos momentos de ausência. Essa conquista também é de vocês!

À minha orientadora, profa. Betina Meirelles, agradeço o carinho e crescimento profissional que me proporcionou, assim como a dedicação e confiança a mim depositada. À minha coorientadora, profa. Gabriela Lanzoni, obrigada pela confiança, disponibilidade, dedicação e crescimento profissional proporcionado.

Às minhas amigas mestras, Luciana Bihain Hagemann, Luana Cláudia Aires e Daiane Bassi, obrigada pelos anos de amizade, por todo o companheirismo, momentos de descontração, por dividirmos tantas angústias e pela torcida a cada etapa vencida.

Em especial à minha amiga doutora, Manuela Beatriz Velho, que é com certeza uma das minhas maiores inspirações e que me ajudou em vários momentos durante essa trajetória. Obrigada por tudo!

Ao meu namorado, Marlon Volkmer, obrigada por toda ajuda, carinho, incentivo, compreensão pelos momentos de ausência e por vibrar comigo em cada etapa vencida.

Às meninas do setor Gestão de Pessoas/SESMT do Hospital SOS Córdio, obrigada pelas conversas, momentos de descontração e por me fazerem rir diariamente nesses anos que convivemos juntas; e em especial à supervisora Maria Júlia Trento pela compreensão durante esta jornada e por autorizar a minha ausência no trabalho para que eu pudesse ir às aulas e realizar este estudo. Vocês foram importantes durante esta caminhada!

Aos membros da Banca, Dra Grace Dal Sasso, Dra Ana Lúcia de Mello, Dra Maritê Argenta e doutoranda Ana Paula Trombetta, obrigada por terem aceitado participar deste momento tão importante e por todas as contribuições!

E a todos aqueles que de alguma forma contribuíram direta ou indiretamente para a realização deste trabalho.

**Muito obrigada a todos!**



*Aprender é a única coisa de que  
a mente nunca se cansa, nunca  
tem medo e nunca se arrepende.*  
(Leonardo da Vinci)



ARUTO, Giuliana Caldeirini. **Melhores práticas no cuidado de enfermagem seguro às pessoas com doenças cardiovasculares: subsídios para a liderança.** 2016. 157p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

Orientadora: Dra. Betina Hörner Schindwein Meirelles

Coorientadora: Dra. Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni

Linha de Pesquisa: Políticas, Gestão e Avaliação do Cuidado em Saúde e Enfermagem.

## **RESUMO**

O cuidado prestado às pessoas com doenças cardiovasculares é complexo e requer que seja executado com qualidade e sem gerar danos desnecessários ao indivíduo. Apenas enfermeiros que conhecem as melhores práticas relativas ao cuidado cardiovascular podem garantir um resultado excelente a essas pessoas, já que este profissional é o elemento chave no processo de evitar erros, impedir decisões ruins e, também, de assumir um papel de liderança para promover a qualidade do cuidado e segurança do paciente. Este estudo tem como objetivo analisar a ocorrência de eventos adversos para subsídio à liderança do enfermeiro nas melhores práticas para a prevenção de eventos adversos e para a promoção do cuidado seguro à pessoa com doença cardiovascular. Trata-se de estudo com método misto de desenho sequencial, sendo realizado nas três unidades de internação de uma instituição hospitalar privada especializada em cardiologia no estado de Santa Catarina. A primeira etapa do estudo (descritivo com abordagem quantitativa) foi realizada durante o mês de junho de 2015, com uma amostra de 322 pacientes. Para a coleta de dados foi elaborado um instrumento aplicado no final do plantão diurno e plantão noturno, a partir de abordagens com os pacientes internados, com os enfermeiros das unidades e os registros nos prontuários. Realizou-se análise descritiva dos dados e verificadas associações entre as variáveis. A segunda etapa do estudo (descritivo com abordagem qualitativa) foi desenvolvida no período entre agosto e outubro de 2015, com a participação de 14 enfermeiros. A coleta de dados ocorreu através de entrevista semiestruturada, e utilizou-se como referencial a Análise de Conteúdo segundo Laurence Bardin. Os resultados são apresentados sob a forma de três manuscritos. O primeiro manuscrito apresentou os dados

sociodemográficos dos pacientes e apresentou variáveis pautadas nos protocolos de segurança do paciente da ANVISA, como: Identificação do paciente, Higiene das mãos, Quedas, Úlceras por Pressão, Prescrições médicas, Administração de Medicamentos e Fluidoterapia. O segundo manuscrito apresenta os conceitos e as principais características da Instituição no que tange à segurança do paciente e aos eventos adversos, e aborda as habilidades e ações de liderança para garantir o cuidado seguro. O terceiro manuscrito caracterizou as melhores práticas nas ações de cuidado ao paciente, as melhores práticas de liderança do enfermeiro e trouxe proposições para o aprimoramento das melhores práticas. Como conclusão, identificaram-se os fatores relacionados à ocorrência dos eventos adversos, como: perfil dos pacientes internados, presença da equipe multidisciplinar no cuidado prestado, adesão aos protocolos institucionais e às melhores práticas, dimensionamento e rotatividades da equipe de enfermagem, capacitação e aperfeiçoamento da equipe, e a liderança do enfermeiro. Os resultados apresentados viabilizarão aos profissionais de saúde, em especial de enfermagem, as melhores práticas no cuidado seguro de enfermagem ao paciente cardiovascular e subsídios à liderança do enfermeiro visando à prevenção dos eventos adversos, bem como garantir a segurança do paciente.

**Palavras-chaves:** Enfermagem. Liderança. Gestão em Saúde. Melhores Práticas. Segurança do Paciente. Enfermagem Cardiovascular.

ARUTO, Giuliana Caldeirini. **Best practices in safe nursing care to people with cardiovascular disease:** subsidies for leadership. 2016.157p. Dissertation (Master's Degree of Nursing) – Post Graduate Program in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

Adviser: Dra. Betina Hörner Schlindwein Meirelles

Co-adviser: Dra. Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni

Research Line: Policy, Management and Evaluation of Health Care and Nursing.

### **ABSTRACT**

The care provided to people with cardiovascular diseases is complex and requires that it be performed with quality and without causing unnecessary harm to the individual. Only nurses who know the best related practices to cardiovascular care can guarantee an excellent result to these people, since these professionals are the key elements in the process to avoid errors, preventing bad decisions and also taking a leading role to promote the quality of care and patient safety. This study aims to analyze the occurrence of adverse events to subsidy for nursing leadership on the best practices for the prevention of these adverse events and the promotion of safe care to people with cardiovascular disease. A two-stage study with mixed methods of sequential design, being held in three units of a private hospital specializing in cardiology in the state of Santa Catarina. The first stage of the study (descriptive with quantitative approach) was performed during the month of June of 2015, with a sample of 322 patients. For the data collection was designed an instrument which was applied at the end of the day-shift and night-shift, from approaches done to hospitalized patients, with nurses of the units and the records in the medical charts. Descriptive analysis was performed of the data and verified associations between the variables. The second stage of the study (descriptive qualitative approach) was developed in the period between August and October of 2015 with the participation of 14 nurses. Data collection was done through semi-structured interviews and the Content Analysis according to Laurence Bardin was used as a reference. The results are presented as three manuscripts. The first manuscript presented the sociodemographic data of the patients and presented guided variables in ANVISA patient safety protocols, such as: Patient Identification, Hand Hygiene, Falls,

Pressure Ulcers, Medical Prescriptions, Drug Administration and Fluids Therapy. The second manuscript presents the concepts and the main characteristics of the institution with respect to patient safety, adverse events and addresses the skills and leadership actions to ensure safe care. The third manuscript featured the best practices in care actions to the patient, the best nurse-leadership practices and it also brought proposals for the improvement of the best practices. In conclusion, it was identified the factors related to the occurrence of the adverse events, such as: profile of the hospitalized patients, the presence of the multidisciplinary team in the care provided, adherence to the institutional protocols and the best practices, the scaling and rotations of the nursing staff, training and development of the staff and leadership of the nurse. The results presented will enable health professionals, especially nurses, to the best practices in safe nursing care for cardiovascular patients and subsidies to nursing leadership for the prevention of the adverse events and to ensure patient safety.

**Key words:** Nursing. Leadership. Health Management. Best Practices. Patient Safety. Cardiovascular Nursing.



ARUTO, Giuliana Caldeirini. **Mejores practicas en el cuidado de la enfermería segura a las personas con enfermedades cardiovasculares: subsidios para el liderazgo.** 2016. 157p. Disertación (Maestría en Enfermería) – Programa de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

Orientadora: Dra. Betina Hörner Schlindwein Meirelles

Coorientadora: Dra. Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni

Línea de Investigación: Políticas, Gestión y Evaluación del Cuidado en Salud y Enfermería.

## **RESUMEN**

El cuidado prestado a las personas con enfermedades cardiovasculares es complejo y requiere que sea ejecutado con calidad y sin generar daños innecesarios al individuo. Apenas enfermeros que conocen las mejores prácticas relativas al cuidado cardiovascular pueden garantizar un resultado excelente a esas personas, ya que este profesional es el elemento llave en el proceso de evitar errores, impedir malas decisiones y, también, de asumir un papel de liderazgo para promover la calidad del cuidado y seguridad del paciente. Este estudio tiene como objetivo analizar la ocurrencia de eventos adversos para subsidio al liderazgo del enfermero en las mejores prácticas para la prevención de eventos adversos y para la promoción del cuidado seguro a la persona con enfermedad cardiovascular. Se trata de un estudio con método mixto de dibujo secuencial, siendo realizado en las tres unidades de internación de un hospital privado especializado en cardiología en el estado de Santa Catarina. La primera etapa del estudio (descriptivo con enfoque cuantitativo) fue realizada durante el mes de junio de 2015, con una muestra de 322 pacientes. Para la colecta de datos fue elaborado un instrumento, el cual fue aplicado en el final del turno diurno y del turno nocturno, a partir de un enfoque con los pacientes internados, con los enfermeros de las unidades y de los registros en el historial clínico. Fue realizada análisis descriptiva de los datos y verificadas las asociaciones entre las variables. La segunda etapa del estudio (descriptivo con enfoque cualitativo) fue conducida en el período entre agosto y octubre de 2015, con la participación de 14 enfermeros. La colecta de datos fue a través de entrevista semiestructurada y se utilizó como referencia el Análisis de Contenido conforme Laurence Bardin. Los resultados son

presentados sobre la forma de tres manuscritos. El primer manuscrito presentó los datos sociodemográficos de los pacientes y presentó variables orientadas en los protocolos de seguridad del paciente de ANVISA, como: Identificación del paciente, Higiene de las manos, caídas, Úlceras por Presión, Prescripciones médicas, Administración de Medicamentos y Terapia de Fluidos. El segundo manuscrito presenta los conceptos y las principales características de la Institución en lo que respecta a la seguridad del paciente y a los eventos adversos, y aborda las habilidades y las acciones del liderazgo para garantizar el cuidado seguro. El tercer manuscrito caracterizó las mejores prácticas en las acciones del cuidado del paciente, las mejores prácticas de liderazgo del enfermero y trajo proposiciones para el perfeccionamiento de las mejores prácticas. Como conclusión se identificaron los factores relacionados a la ocurrencia de los eventos adversos, como: perfil de los pacientes internados, presencia del equipo multidisciplinar en el cuidado prestado, adhesión a los protocolos institucionales y a las mejores prácticas, dimensionamiento y rotatividad del equipo de enfermeros, capacitación y perfeccionamiento del equipo, y el liderazgo del enfermero. Los resultados presentaron posible a los profesionales de la salud, en especial de enfermería, las mejores prácticas en el cuidado seguro de enfermería al paciente cardiovascular y subsidios al liderazgo del enfermero con finalidad de prevenir los eventos adversos, así como garantizar la seguridad del paciente.

**Palabras llave:** Enfermería. Liderazgo. Gestión de la Salud. Mejores Prácticas. Seguridad del Paciente. Enfermería Cardiovascular.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Incidentes relacionados ao cuidado de saúde com base na ICPS .....	37
<b>Figura 2</b> - Modelo do Queijo Suiço de Reason (2000) .....	39
<b>Figura 3</b> - Cálculo amostral por estimação percentual, segundo número de pacientes internados nas unidades de internação nos últimos seis meses.....	54



## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1.** Características sociodemográficas dos pacientes nas unidades de internação de uma instituição hospitalar privada no Estado de Santa Catarina, Brasil, 2015..... 72
- Tabela 2.** Episódios de queda segundo características destes episódios nas unidades de internação de uma instituição hospitalar privada no Estado de Santa Catarina, Brasil, 2015..... 75
- Tabela 3.** Prescrições médicas segundo itens avaliados de pacientes nas unidades de internação de uma instituição hospitalar privada no Estado de Santa Catarina, Brasil, 2015..... 79
- Tabela 4.** Características sociodemográficas dos enfermeiros das unidades de internação de internação de uma instituição hospitalar privada especializada em cardiologia no Estado de Santa Catarina, Brasil..... 93



## LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1.** Sinalizações dos pacientes com risco de queda nas unidades de internação de uma instituição hospitalar privada no Estado de Santa Catarina, Brasil, 2015..... 74
- Gráfico 2.** Classificação do risco de desenvolver úlcera por pressão dos pacientes nas unidades de internação de uma instituição hospitalar privada no Estado de Santa Catarina, Brasil, 2015. .... 76
- Gráfico 3.** Eventos Adversos citados pelos enfermeiros das unidades de internação de uma instituição hospitalar privada especializada em cardiologia no Estado de Santa Catarina, Brasil. .... 94





## LISTA DE SIGLAS

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
EA - Evento Adverso  
EMG – Emergência  
HPC - *Health Promotion Clearinghouse*  
IBGC - Instituto Brasileiro de Governança Corporativa  
ICPS - *International Classification for Patient Safety*  
IOM - *Institute of Medicine*  
JCAHO - *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*  
NSP - Núcleos de Segurança do Paciente  
OMS - Organização Mundial de Saúde  
PNSP - Programa Nacional de Segurança do Paciente  
RNAO - *Registered Nurses' Association of Ontario*  
SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem  
STRATIFY - *St. Thomas Risk Assessment Tool in the Falling Elderly*  
SUS - Sistema Único Saúde  
UPP - Úlcera por Pressão  
UTI - Unidade de Tratamento Intensivo



## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	29
2. OBJETIVOS .....	33
2.1 Objetivo Geral.....	33
2.2 Objetivos Específicos.....	33
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....	34
3.1 Segurança do Paciente.....	34
3.2 Eventos Adversos.....	36
3.3 Cuidado de Enfermagem nas Doenças Cardiovasculares .....	39
3.4 Liderança do Enfermeiro.....	43
4. REFERENCIAL TEÓRICO.....	49
5. DESENHO METODOLÓGICO .....	52
5.1 Tipo de Estudo .....	52
5.2 Local de Pesquisa.....	52
5.3 Primeira etapa – estudo quantitativo .....	53
5.4 Segunda etapa – estudo qualitativo .....	64
5.5 Aspectos éticos.....	66
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	67
6.1 MANUSCRITO I - Eventos adversos nas unidades de internação de um hospital privado.....	68
6.2 MANUSCRITO II – Subsídios à liderança do enfermeiro no cuidado seguro à pessoa com doença cardiovascular.....	89
6.3 MANUSCRITO III - Melhores práticas no cuidado seguro à pessoa com doença cardiovascular.....	111
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	128
REFERÊNCIAS .....	131
APÊNDICE A - Instrumento de Coleta de Dados.....	143
APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista .....	147
APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	149
ANEXO A – Escala de Avaliação de Risco de Queda <i>STRATIFY</i> .....	151
ANEXO B – Escala de Avaliação de Úlcera Por Pressão Braden .....	153
ANEXO C - Parecer do Comitê de Ética .....	155



## 1. INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares são atualmente a principal causa de morte no mundo. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2012, cerca de 17,5 milhões de pessoas morreram vítimas dessas doenças, sendo 7,4 milhões por doença cardíaca isquêmica e 6,7 milhões por acidente vascular cerebral (WHO, 2014).

No Brasil, em 2014, ocorreram 337.611 mortes ocasionadas pelas doenças cardiovasculares, cerca de 28% de todas as mortes registradas no país, sendo a principal causa de mortes (BRASIL, 2015). No mesmo ano, no estado de Santa Catarina, foram registrados 10.297 óbitos decorrentes das doenças do aparelho circulatório, representando 28% de todos os óbitos (BRASIL, 2015). As doenças cardiovasculares representaram a terceira maior causa de hospitalizações no Sistema Único Saúde (SUS) no ano de 2009, sendo responsáveis pelo maior gasto com internações, totalizando R\$ 1,9 bilhão ou 19% do custo total com hospitalizações (CALLEGARO et al., 2012). Em 2011, foram gastos mais de R\$ 5,9 milhões em cirurgias do aparelho circulatório somente no estado de Santa Catarina (BRASIL, 2014a).

As doenças cardiovasculares constituem uma das principais causas de permanência hospitalar prolongada e reinternações, e mesmo quando não são letais, frequentemente levam o indivíduo à incapacidade parcial ou total, perda da autonomia e da independência, sendo esse processo permeado por sentimentos de angústia, sofrimento, negação e revolta (NASCIMENTO; GOMES; SARDINHA, 2011; ZAPELINI, 2013).

Pesquisa qualitativa realizada em Florianópolis (SC), com o objetivo de compreender como os pacientes significam seu processo de viver após a experiência cirúrgica de revascularização de miocárdio, identificou sentimentos de tristeza e desânimo devido à alteração da rotina ocupacional; limitações físicas e consequente dependência dos familiares para atividades que exigem esforço físico, condição esta que suscita sentimentos de medo e de incapacidade, assim como distanciamento da vida social e do convívio familiar (CALEGARO et al., 2012).

Diante destas repercussões, a OMS (2003), em seu documento “Cuidados inovadores para as condições crônicas”, enfatiza que a pessoa com doença crônica carece de cuidados planejados, capazes de prever suas necessidades básicas e proporcionar atenção integrada. Essa

atenção envolve tempo, cenário da saúde e cuidadores, além de treinamentos para que o paciente aprenda a cuidar de si mesmo em sua residência. O paciente e seus familiares precisam de suporte, de apoio para a prevenção ou administração eficaz dos eventos crônicos (OMS, 2003). Acompanhando esse panorama, os profissionais de enfermagem e de saúde asseguram-se de conhecimentos técnicos e científicos, competências e habilidades condizentes às múltiplas e complexas mudanças no perfil e no cuidado dessas pessoas (CALLEGARO et al., 2012).

Pesquisa qualitativa realizada em Curitiba (PR), com enfermeiros responsáveis pelo cuidado à pessoa com doença cardiovascular, verificou que o enfermeiro procura estar atento às alterações emergenciais, com atenção aos sinais, sintomas e complicações do adoecimento, bem como da terapêutica empregada; o profissional precisa ter conhecimento adequado dos princípios fisiológicos básicos que regem o funcionamento do sistema cardiocirculatório (BALDUINO; MANTOVANI; LACERDA, 2009).

Como coordenador deste cuidado, o enfermeiro é automaticamente responsável pelo desenvolvimento do plano de cuidado, visando suprir as necessidades do paciente. Ele mantém uma visão abrangente de todo o atendimento prestado pelos membros da equipe de saúde e desempenha papel central na comunicação da situação de saúde, no esclarecimento das metas do tratamento e na promoção da tomada de decisão (JCAHO, 2008).

Verifica-se então, que a liderança do enfermeiro tem influência sobre o cuidado oferecido à pessoa com doença cardiovascular e na equipe de enfermagem. Esse profissional atua também na gerência de recursos humanos e materiais, no planejamento do cuidado, na capacitação da equipe de enfermagem, na coordenação da produção do cuidado e na avaliação das ações de enfermagem (SANTOS et al., 2013).

Em relação ao gerenciamento do cuidado, sabe-se que o enfermeiro é o principal responsável pela organização do processo de trabalho da sua equipe. Dessa forma, a inserção da enfermagem nas iniciativas gerenciais voltadas à qualidade, é uma condição necessária, já que todo o processo exige ações planejadas, estruturadas e contínuas (BELLUCCI; MATSUDA, 2011). Faz-se necessário a adoção das melhores práticas pelos enfermeiros, possibilitando dessa forma instrumentalizá-los para o enfrentamento dos problemas ou

necessidades, que permitam que avancem no exercício de liderança e fortaleçam a prática de gestão do cuidado (COSTA, 2011). O termo "melhores práticas" se refere às práticas de enfermagem que são baseadas na melhor evidência disponível a partir de pesquisas em enfermagem. O objetivo das melhores práticas é aplicar às intervenções de enfermagem mais recentes, relevantes e úteis, baseadas nas pesquisas e nas práticas diárias (IOWA, 2014). O *Health Promotion Clearinghouse* (sediado na Nova Scotia, Canadá) define melhores práticas como um processo contínuo de reflexão crítica para pensar a ação, o porquê da ação e como esta poderia ser mais efetiva, permitindo intensificá-la, com o intuito de garantir o aprendizado contínuo e o crescimento pela revisão das práticas (HPC, 2012).

O entendimento a respeito das melhores práticas pode possibilitar aos enfermeiros um pensar e agir mais efetivo, dando subsídios para sistematizar sua prática de trabalho, tornando-a clara, definida e com legibilidade, para garantir um cuidado seguro com consequente qualidade e satisfação do paciente (COSTA, 2011). Os enfermeiros são os elementos chave no processo de evitar erros, impedir decisões ruins e, também, de assumir um papel de liderança no avanço e no uso de estratégias para promover a qualidade do cuidado e segurança do paciente (ANVISA, 2013a).

A expressão “segurança do paciente” faz referência aos fatores que influenciam as instituições a empregar a cultura de segurança, levando-se em consideração as melhores práticas. Essa expressão deve ser vista como o trabalho que é desenhado em um sistema no qual protocolos são atualizados e baseados na literatura científica, a tecnologia é implementada a fim de melhorar os processos e o treinamento é realizado para toda a equipe de saúde, proporcionando mais segurança e menos riscos aos pacientes (TEIXEIRA; CASSIANI, 2014).

A segurança do paciente tem sido considerada um atributo prioritário da qualidade dos sistemas de saúde de todo o mundo; isso ocorre devido à contribuição de estudos epidemiológicos que evidenciaram os efeitos indesejáveis da assistência à saúde que são causados por falhas de qualidade (ANVISA, 2013a). A publicação do relatório do Instituto de Medicina, intitulado *To err is human: building a safer health system*, no ano de 2000, foi o documento disparador da discussão mundial sobre a necessidade de repensar as práticas de

cuidado em saúde e trabalhar as questões relacionadas com a segurança do paciente (IOM, 2000).

Com o intuito de estabelecer um foco nacional para melhorar a segurança do paciente, o Ministério da Saúde, em 2013, instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) cujo objetivo geral é contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional (BRASIL, 2013a). Juntamente com o PNSP, o Ministério da Saúde em parceria com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) lançaram seis protocolos básicos, definidos pela OMS, os quais devem ser implementados nas instituições de saúde: protocolo para a prática de higiene das mãos, protocolo de identificação do paciente, protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, protocolo de prevenção de queda, protocolo de prevenção de úlcera por pressão e protocolo para cirurgia segura (BRASIL, 2014b).

Estima-se que mais de 50% das atuais ações propostas para a efetivação de práticas seguras passem pelo cuidar em enfermagem. A elaboração e a aplicação de protocolos assistenciais impactam sobre a segurança e a qualidade do cuidado, atrelados, entre outros aspectos, à aceleração da recuperação, à redução dos eventos adversos, do tempo de internação e do custo hospitalar, à organização da equipe de trabalho e à satisfação dos pacientes e familiares (VARGAS; LUZ, 2010).

Frente à contextualização do cuidado de enfermagem à pessoa com doença cardiovascular e a liderança do enfermeiro, torna-se relevante estudar as melhores práticas no cuidado seguro à pessoa com doença cardiovascular e os subsídios para a liderança do enfermeiro. A enfermagem se constitui no maior contingente de profissionais que presta cuidado direto à pessoa com doença cardiovascular, sendo o enfermeiro o profissional responsável pelo planejamento desse cuidado, que o garante com qualidade e segurança. Desse modo, este estudo abordará as seguintes questões: Qual a ocorrência de eventos adversos nas unidades de internação de um hospital cardiológico? Quais os subsídios para a liderança do enfermeiro nas melhores práticas para a prevenção de eventos adversos e na promoção do cuidado seguro à pessoa com doença cardiovascular?



## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Analisar a ocorrência de eventos adversos para subsídio à liderança do enfermeiro nas melhores práticas para a prevenção de eventos adversos e para a promoção do cuidado seguro à pessoa com doença cardiovascular atendida nas unidades de internação de uma instituição especializada em cardiologia de Santa Catarina.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Identificar a ocorrência de eventos adversos quanto à identificação do paciente, higiene das mãos, queda, úlcera por pressão, erro na prescrição e na administração de medicamento, e fluidoterapia em uma instituição especializada em cardiologia.
- Descrever as relações entre liderança do enfermeiro e segurança do paciente na prevenção de eventos adversos e promoção do cuidado seguro em uma instituição especializada em cardiologia.
- Conhecer as melhores práticas do enfermeiro no cuidado seguro à pessoa com doença cardiovascular atendida em uma instituição especializada em cardiologia.

### 3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

#### 3.1 Segurança do Paciente

De acordo com dados publicados pela *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), renomada instituição americana responsável por acreditação de unidades de saúde, um em cada seis pacientes internados em hospitais é vítima de algum tipo de erro ou evento, que na maioria das circunstâncias são passíveis de medidas de prevenção (JCAHO, 2008). Desta maneira, torna-se relevante a crescente preocupação de autoridades e de organizações nacionais e internacionais em melhorar os níveis de confiança no sistema de saúde, através das iniciativas que visam à segurança do paciente (GOMES, 2008).

Apesar de Hipócrates ter afirmado, há mais de dois mil anos, “primeiro, não cause dano”, até recentemente os eventos adversos e os incidentes associados à assistência à saúde eram considerados inevitáveis ou reconhecidos como um ato realizado por profissionais mal treinados (ANVISA, 2013a).

O Instituto de Medicina (IOM) identificou, em 1999, que erros associados à assistência à saúde causavam entre 44.000 e 98.000 mortes anualmente nos Estados Unidos (IOM, 2000). Pesquisa realizada com objetivo de atualizar esse número identificou que a cada ano ocorrem entre 210.000 a 400.000 mortes nos EUA causadas por erros de assistência em hospitais (JAMES, 2013). Na Europa, os estudos realizados sobre a qualidade da atenção hospitalar mostraram que um a cada dez pacientes nos hospitais europeus sofrem eventos adversos ocasionados durante a assistência recebida; 50 a 60% destes eventos são evitáveis (GALLOTTI, 2004).

Entre as várias iniciativas relacionadas à segurança do paciente, o marco de confluência do movimento mundial foi a publicação do relatório sobre erros relacionados com a assistência à saúde publicado pelo IOM. Foi identificado nessa publicação que a mortalidade atribuída à assistência à saúde era maior que a de acidentes automobilísticos, câncer de mama ou aids, colocando mortes por erros decorrentes da assistência em saúde como 8ª causa de mortalidade nos EUA (IOM, 2000).

Reconhecendo a magnitude do problema da segurança do paciente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu, em 2004, a Aliança Mundial pela Segurança do Paciente tendo como missão

coordenar, disseminar e acelerar melhorias para segurança do paciente em termos mundiais por meio do lançamento de programas voltados para alcançar este objetivo (WHO, 2010).

A JCAHO foi designada pela OMS, em 2005, como primeiro centro colaborador dedicado à segurança do paciente, a qual propôs “Seis Metas Internacionais de Segurança do Paciente”, que são soluções com o propósito de promover melhorias específicas em áreas problemáticas. Estas metas incluem: 1) Identificar os pacientes corretamente; 2) Melhorar a comunicação efetiva; 3) Melhorar a segurança de medicamentos de alta vigilância; 4) Assegurar cirurgias com local de intervenção, procedimento e paciente corretos; 5) Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde; 6) Reduzir o risco de lesões ao paciente decorrente de quedas (JCAHO, 2008).

As iniciativas do governo brasileiro para melhorar a segurança do paciente nos serviços de saúde estão em consonância com as atividades mundiais. Em 2001, o Ministério da Saúde e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) lançaram o Projeto Hospitais Sentinela, cujo objetivo é a construção de uma rede de notificações da vigilância sanitária para receber as notificações de eventos adversos e queixas técnicas relacionadas com os produtos sob vigilância sanitária, visando assim, garantir melhores produtos no mercado e mais segurança e qualidade para pacientes e profissionais de saúde (ANVISA, 2001).

Em 2007, a Organização Pan-Americana de Saúde, em parceria com a ANVISA e Ministério da Saúde, promoveu a oficina “Segurança do Paciente: Um desafio Global” na qual, além de ser discutida a grande relevância da correta higienização das mãos, foram abordados assuntos como a segurança do sangue e hemoderivados em transfusões, a segurança durante procedimentos cirúrgicos e a administração segura de medicamentos injetáveis (BRASIL, 2007).

Outra iniciativa foi a criação da Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente pela Organização Pan-Americana da Saúde, em 2005. A partir dessa iniciativa, um grupo de enfermeiros adotou tal estratégia para a realidade brasileira e em 2008 foi criada a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente, com o objetivo de fortalecer a assistência de enfermagem segura e com qualidade (CASSIANI, 2010).

Com o intuito de estabelecer um foco nacional para criar liderança, pesquisa, ferramentas, recursos e protocolos sobre segurança, o Ministério da Saúde publicou a Portaria n. 529, de 1º de abril de 2013,

instituindo o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). O objetivo geral do programa é contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, de qualquer natureza econômica e administrativa, de acordo com a prioridade conferida à segurança do paciente em serviços de saúde (BRASIL, 2013a).

Para o fortalecimento da regulação e controle sanitário nos estabelecimentos de saúde no âmbito do PNSP, a ANVISA publicou no mesmo ano a RDC n. 36 que institui as ações de segurança do paciente em serviços de saúde, assim como a implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) nas instituições de saúde (BRASIL, 2013b).

Os NSP são instâncias que devem ser criadas nos serviços de saúde com as atribuições de elaborar, desenvolver e monitorar as ações previstas no Plano de Segurança do Paciente, apoiando a implementação de medidas de prevenção, controle e mitigação de eventos adversos nos serviços de saúde (BRASIL, 2013b). O desenvolvimento de um Plano de Segurança do Paciente perpassa pelo conhecimento da natureza, da extensão e da magnitude dos eventos adversos. O desafio para o enfrentamento da redução dos eventos adversos e dos danos na assistência à saúde dependerá na mudança da cultura de segurança dos profissionais, alinhada à política de segurança do paciente instituída nacionalmente (ANVISA, 2013a).

### 3.2 Eventos Adversos

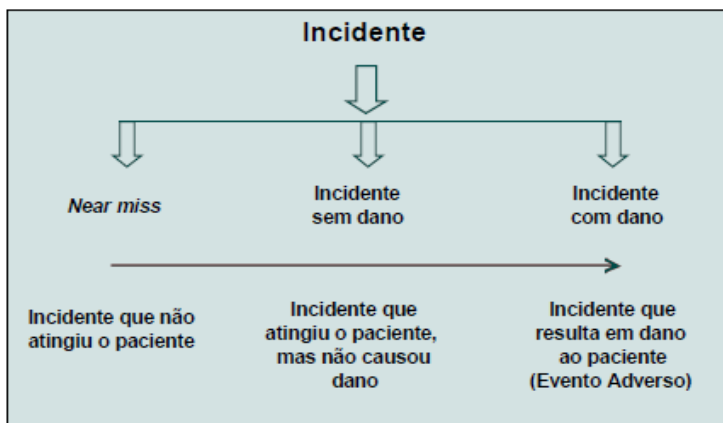
No ambiente hospitalar, a segurança do paciente gera debates em âmbito mundial, porém o entendimento do conceito de segurança do paciente é importante para o dimensionamento do problema e compreensão dos diversos fatores envolvidos (SILVA, 2012). A OMS, orientada por especialistas, desenvolveu a Classificação Internacional de Segurança do Paciente (*International Classification for Patient Safety – ICPS*), trazendo conceitos-chave sobre a temática (RUNCIMAN et al., 2009). A tradução para o português foi realizada pelo Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente - Proqualis (PROQUALIS, 2015).

A ICPS define **segurança do paciente** como sendo a redução do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável. O mínimo aceitável se refere àquilo que é viável diante do conhecimento atual, dos recursos disponíveis e do contexto em

que a assistência foi realizada frente ao risco de não tratamento ou outro tratamento (PROQUALIS, 2015).

Erro é definido como falha na execução de uma ação planejada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano. As situações onde ocorrem erros são denominadas incidentes e podem, ou não, provocar danos no paciente. **Evento adverso** é o incidente que atingiu o paciente e resultou num dano ou lesão, podendo representar um prejuízo temporário ou permanente e até mesmo a morte entre os usuários dos serviços de saúde. Os incidentes classificam-se como: *near miss* – incidente que não atingiu o paciente, **incidente sem dano** – evento que atingiu o paciente, mas não causou dano discernível, **incidente com dano** (evento adverso) – incidente que resulta em dano ao paciente (PROQUALIS, 2015). Este esquema pode ser observado na Figura 1.

**Figura 1** - Incidentes relacionados ao cuidado de saúde com base na ICPS



**Fonte:** ANVISA (2013a).

Os eventos adversos (EA) podem ser agrupados em ocorrências relacionadas ao profissional, aos procedimentos e ao sistema. Nas circunstâncias relacionadas ao profissional, encontramos as quedas do paciente, a infecção hospitalar, as úlceras por pressão, os erros envolvendo fármacos e a utilização de equipamentos e materiais. Já as situações relacionadas aos procedimentos podem ser as mesmas, o que modifica é a forma como foi realizada a intervenção, pois o objetivo do

procedimento não foi corretamente planejado. Além desses, incluem-se nesta categoria a manipulação das vias aéreas, a ventilação artificial, a manutenção de drenos, cateteres e sondas e a utilização de equipamentos e materiais. As ocorrências relacionadas ao sistema dependerão de fatores institucionais, organizacionais e de recursos materiais e equipamentos disponíveis (PERTELINI; PEREIRA, 2006). Todas essas categorias de eventos adversos podem estar presentes na hospitalização de pessoas com doenças cardiovasculares.

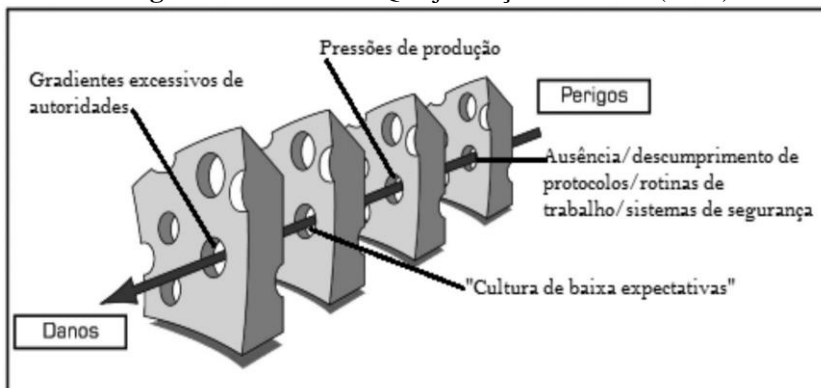
Embora os EA possam ocorrer em quaisquer contextos e modalidades assistenciais nos quais se prestam cuidados de saúde, estima-se que 10% dos pacientes internados em hospitais sofram EA evitáveis (WHO, 2004). Além dos danos e prejuízos causados aos pacientes e suas famílias, os EA constituem um encargo financeiro considerável para os sistemas de saúde. Pesquisa realizada no Rio de Janeiro apontou que os eventos adversos implicaram o gasto de R\$ 1.2 milhões no ano de 2003, e o valor médio pago nas internações de pacientes com EA foi 3 vezes maior do que o valor médio pago por internação de pacientes sem EA (PORTO et al., 2010).

Estudo brasileiro realizado em três hospitais de ensino do Rio de Janeiro identificou uma incidência de 7,6% de pacientes com EA, sendo que o número de EA que seria evitável chega a ser próximo de 67% nas situações descritas (MENDES et al., 2009). Outra pesquisa realizada num hospital cardiológico no Rio de Janeiro avaliou a ocorrência de eventos adversos a medicamentos, sendo identificada a incidência de 14,3% EAs a medicamentos e em 31,2% dos casos houve necessidade de intervenção para o suporte de vida (ROQUE; MELO, 2012).

A compreensão do caráter multifatorial subjacente às falhas de segurança é elucidada à luz da teoria sobre o erro humano, proposta por James Reason, professor de psicologia da Universidade de Manchester, Reino Unido (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013). De acordo com o Modelo do Queijo Suíço de James Reason (Figura 2), os sistemas são mais parecidos com fatias de queijo suíço, com muitos buracos, e que para a ocorrência de um erro é necessário um alinhamento de diversos buracos. Os buracos do queijo correspondem às várias causas, como por exemplo: superlotação dos hospitais, raridade de prontuários ou prescrições eletrônicas, falhas na gestão, falhas no processo de educação permanente, descuido dos profissionais, sobrecarga de trabalho, dispensação coletiva de medicamentos, ausência de protocolos, falta de

recursos humanos e materiais (REASON, 2000; ANVISA, 2013b; FERNANDES et al., 2014).

**Figura 2** - Modelo do Queijo Suiço de Reason (2000)



**Fonte:** ANVISA (2013b).

Diante da dimensão do problema e da gama de processos envolvidos para se alcançar um cuidado seguro, a OMS em parceria com a *Joint Commission International* vem incentivando a adoção das Metas Internacionais de Segurança do Paciente como uma estratégia para orientar as boas práticas para a redução de riscos e eventos adversos em serviços de saúde (ANVISA, 2013a).

Os furos na assistência sempre existirão, porém é necessário buscar maneiras de evitar que estes se enfileirem e cheguem ao paciente. A enfermagem, por estar na “ponta afiada” do sistema, em contato direto com o paciente, deve acarretar uma atenção especial, pois os seus furos podem atingir mais rapidamente e com maior notoriedade o ser cuidado (FERNANDES et al., 2014).

### 3.3 Cuidado de Enfermagem nas Doenças Cardiovasculares

As doenças cardiovasculares são aquelas que afetam o coração e as artérias, como doença arterial coronariana, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, hipertensão arterial sistêmica, doença arterial periférica, doença cardíaca reumática, arritmias cardíacas, angina, insuficiência cardíaca e doença cardíaca congênita (WHO, 2015).

O aumento da longevidade e o impacto do tabagismo, das dietas

ricas em gorduras e de outros fatores de risco (como hipertensão, diabetes, sedentarismo e obesidade) se combinaram para tornar as doenças cardiovasculares a principal causa de morte na maioria dos países (GAZIANO; GAZIANO, 2013). Estas alterações começaram nos países de maior renda, mas conforme elas se disseminaram para os de média e baixa renda, a mortalidade pelas doenças cardiovasculares aumentou globalmente; essas doenças causam quatro a cinco vezes mais mortes nos países em desenvolvimento do que nos desenvolvidos (GAZIANO; GAZIANO, 2013).

Essas doenças acarretam consequências econômicas ao sistema de saúde. Estudo realizado em 2006, pela *Oxford Health Alliance*, mostrou que os custos com as doenças cardiovasculares nos países em desenvolvimento variam entre 1% a 3% do Produto Interno Bruto (SUHRCKE et al., 2006).

Esse estudo identificou também que o impacto econômico associado às doenças cardiovasculares pode ser medido por três abordagens. A primeira fonte de impacto financeiro é definida pelos custos de hospitalização, tratamento e procedimentos hospitalares, e os custos associados com o tratamento ambulatorial e prevenção, como consultas médicas, custos com cuidados de enfermagem e reabilitação. A segunda avaliação econômica avalia o impacto microeconômico no âmbito doméstico dos indivíduos ou familiares que sofrem com as doenças cardiovasculares, devido aos custos médicos e seu tratamento. O terceiro método de determinação do impacto financeiro se baseia nas análises macroeconômicas. Essas avaliações consideram a perda da produtividade dos trabalhadores ou crescimento econômico perdido com a presença de adultos portadores da doença ou de seus cuidadores (SUHRCKE et al., 2006).

Pesquisa qualitativa realizada em Goiânia/GO, com o objetivo de analisar entre os indivíduos que possuem doença cardíaca os significados da experiência da doença e de seu tratamento, identificou que a descoberta da doença cardíaca pode ser interpretada como sinônimo de perda da saúde e incapacidade funcional (VILA; ROSSI; COSTA, 2008). As pessoas com doenças cardiovasculares apresentam dificuldades para aderência e manutenção do tratamento, com consequentes reinternações devido às complicações do estado de saúde que podem estar relacionadas ao déficit no autocuidado ou mesmo de conhecimento sobre a doença, seu tratamento, as formas de prevenção e manutenção da própria saúde (NEVES, 2012).



Verifica-se então que as doenças cardiovasculares geram alterações na condição de vida das pessoas. Para enfrentar essa situação é necessária a ajuda de profissionais da área da saúde capacitados para atuar no tratamento e na prevenção dessas doenças. O papel dos profissionais de enfermagem é relevante em toda esta dinâmica.

Estes profissionais assumem grande parte da responsabilidade de preparar os pacientes, física e psicologicamente, para a hospitalização e os cuidados contínuos (SPRINGHOUSE, 2010). Por meio da avaliação clínica diária do paciente, o enfermeiro poderá realizar o levantamento dos vários fenômenos, seja na aparência externa ou na subjetividade da multidimensionalidade do ser humano (BALDUINO; MANTOVANI; LACERDA, 2009).

Para um cuidado eficaz, o enfermeiro deve estar atento aos fenômenos relevantes à prática de enfermagem, ao diagnóstico médico e à elaboração da prescrição de enfermagem, assim como, estar atualizado sobre novos medicamentos, exames de diagnósticos e outros tratamentos inovadores (BALDUINO; MANTOVANI; LACERDA, 2009; SPRINGHOUSE, 2010).

O monitoramento cardíaco e hemodinâmico é essencial para o cuidado cardiovascular, pois através deles é possível avaliar a resposta à terapia medicamentosa ou procedimentos diagnósticos, e ainda, oportunizar intervenções precoces para prevenir complicações (SPRINGHOUSE, 2010).

Em emergências cardiovasculares, os enfermeiros são capazes de realizar ou auxiliar em procedimentos que salvam a vida, como atendimento precoce aos pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio, ressuscitação cardiopulmonar, desfibrilação, cardioversão e marca-passo temporário. A realização desses procedimentos exige conhecimentos profundos da anatomia, fisiologia e dos equipamentos cardiovasculares, além de técnicas importantes de investigação e intervenção (SPRINGHOUSE, 2010).

No período pré e pós-operatório, especificamente tratando do paciente que se submeterá a uma cirurgia cardíaca, ter conhecimento do procedimento cirúrgico, do paciente e do que envolve esse momento auxilia o enfermeiro a prever e a prover os cuidados que possam evitar problemas e/ou estar alerta para atender quaisquer situações previstas ou inusitadas (CARVALHO et al., 2006). O processo de comunicação instaurado entre a equipe, o paciente e a sua família é extremamente necessário; esse fato se justifica por se referir à manipulação do coração,

cujo órgão é alvo de crenças e valores e que mediante a possibilidade/necessidade de sofrer alguma intervenção, gera temores e ansiedades (CARVALHO et al., 2006).

No setor de hemodinâmica (onde ocorrem procedimentos invasivos como cateterismo, angioplastia, ablação, troca valvar percutânea, entre outros), o enfermeiro e a equipe de enfermagem devem ficar atentos às possíveis alterações que poderão ocorrer durante os procedimentos, como risco de sangramento, arritmias, alterações nas perfusões tissulares cardíaca e cerebral; assim como, durante os procedimentos são utilizados contrastes radiopaco, os quais podem desencadear reações mínimas até choque anafilático (CUNHA et al., 2007; LINCH et al., 2009).

Com relação ao tratamento medicamentoso, durante a internação hospitalar, os pacientes com doenças cardiovasculares utilizam diariamente os medicamentos de alta vigilância, os quais possuem risco maior de lhes provocar danos significativos, (aos pacientes) caso ocorra falha no processo de utilização (ISMP, 2014). Os principais medicamentos utilizados são anticoagulantes (heparina, varfarina, heparinas não fracionadas e de baixo peso molecular), agonistas adrenérgicos intravenosos (epinefrina, norepinefrina), antagonistas adrenérgicos intravenosos (propranolol, metoprolol), anestésicos gerais e intravenosos (propofol), antiarrítmicos intravenosos (amiodarona), contrastes radiológicos intravenosos, eletrólitos (como cloreto de potássio, cloreto de sódio, sulfato de magnésio), hipoglicemiantes orais e insulina subcutânea e intravenosa (CUNHA et al., 2007).

É nesse contexto que se encontra o cuidado de enfermagem voltado às pessoas que vivenciam alguma doença cardiovascular. O papel do enfermeiro no cuidado a essas pessoas se desenrola desde o momento da internação, passando os períodos perioperatórios e culminando, na maioria das vezes, com a alta hospitalar (GASPERI, 2005).

Este conhecimento, aliado à Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), guia o enfermeiro no desenvolvimento do raciocínio clínico para prever e prover os cuidados necessários a cada situação (CARVALHO et al., 2006). A SAE permite conhecer o paciente de forma holística e a identificar as suas necessidades, proporcionando um cuidado integral e individualizado; assim como organiza e sistematiza as atividades de enfermagem, garantindo a continuidade da assistência e possibilitando registros de enfermagem mais completos e

seguros (ADAMY; TOSATTI, 2012).

A SAE atribui uma maior confiabilidade e segurança aos pacientes, pois permite que o enfermeiro tenha um julgamento crítico, por ser uma ferramenta que favorece uma melhor prática assistencial com base no conhecimento, pensamento e tomada de decisão baseada em evidências, adquirida a partir da avaliação dos dados do paciente, família e comunidade (TANNURE; PINHEIRO, 2011).

Percebe-se, então, que o profissional enfermeiro e a equipe de enfermagem estão constantemente junto ao paciente, realizando cuidados das mais diversas ordens, desde os atendimentos de emergências até os procedimentos invasivos. Esses cuidados, muitas vezes, podem gerar eventos adversos, os quais provêm de erros ou falhas na realização dos cuidados de enfermagem, podendo colocar em risco a segurança do paciente.

O cuidado prestado aos pacientes com doenças cardiovasculares é complexo e requer que seja executado com qualidade e sem gerar danos desnecessários ao indivíduo. Desta maneira, apenas enfermeiros que conhecem as melhores práticas relativas ao cuidado cardiovascular podem garantir um resultado excelente a esses pacientes (SPRINGHOUSE, 2010). A adesão às melhores práticas acarreta melhor desempenho, reduzindo a morbimortalidade e o custo das doenças cardiovasculares, além de contribuir para maior segurança dos pacientes (NOVELLO et al., 2011).

### **3.4 Liderança do Enfermeiro**

As transformações que ocorrem no mundo moderno exigem dos serviços de saúde constante atualização de suas práticas e requerem dos profissionais um perfil diferenciado, para que se adéquem às novas tecnologias e ao trabalho sempre mais compartilhado, visando uma assistência de qualidade e com segurança (SILVA; CAMELO, 2013).

Nesse contexto, é exigido do enfermeiro o conhecimento técnico científico das práticas de saúde, a execução de atividades educativas e de pesquisa, e o conhecimento dos processos administrativos, visto que ele é o responsável pela coordenação e supervisão da equipe de enfermagem (RAMOS; FREITAS; SILVA, 2011). Para tanto, torna-se relevante que o enfermeiro apresente a capacidade de liderar, sendo este um fator importante para que consiga conduzir sua equipe durante a tomada de decisões e o enfrentamento de conflitos, assim como para

facilitar o trabalho e a assistência prestada ao paciente (AMESTOY et al., 2014).

A liderança consiste em uma competência profissional do enfermeiro e representa a capacidade em influenciar as pessoas, por meio do diálogo, com o objetivo de alcançar as metas estabelecidas pelo grupo, que no caso da enfermagem, reporta-se ao cuidado ao ser humano (AMESTOY et al., 2014).

Sendo a enfermagem considerada uma área de ciências da saúde, essa foi influenciada pelas Teorias de Liderança das áreas administrativas, as quais desenvolvem estratégias para aprimorar os modelos e as práticas do ato de liderar (GAIDZINSKI; PERES; FERNANDES, 2004).

Ao longo do último século, muitas teorias sobre liderança foram elaboradas: **Teoria dos Traços de Liderança**, sendo uma das primeiras teorias a serem formuladas por volta da década de 30; **Teoria do Comportamento**, muito estudada até o final de 1960; **Teoria Situacional**, a qual esteve presente até o início dos anos 1980; e nas últimas décadas surgiram outras teorias, como **Teoria da Liderança Carismática**, **Teoria da Liderança Transacional** e por fim, a **Teoria da Liderança Transformacional** (STRAPASSON; MEDEIROS, 2009; ROBBINS; JUDGE; SOBRAL, 2011; FERNANDES; SOARES, 2012).

A **Teoria dos Traços de Liderança** considera que algumas pessoas nascem com traços de personalidades e de características de um líder, os quais determinam que sejam melhores líderes do que outros. Esta teoria afirma que os líderes já nascem como tal, não há possibilidade de desenvolver tais habilidades e características, ou seja, as de aprender a ser líder (MARQUIS, 2005).

As falhas dos primeiros estudos sobre traços de liderança levaram os pesquisadores a seguir por outra direção, ao final dos anos 1940 até o final dos anos 1960. Enquanto a teoria dos traços de liderança forneceu uma base para selecionar a pessoa certa para exercer a função de líder, as teorias comportamentais sugeriram que é possível treinar pessoas para serem líderes (ROBBINS; JUDGE; SOBRAL, 2011).

A **Teoria do Comportamento** enfatiza que a liderança pode ser aprendida por meio de técnicas de desenvolvimento pessoal. Essa teoria considera que o líder pode adotar estilos diferentes frente à equipe ou à resolução de problemas, sendo elencados três estilos básicos de liderança: o autoritário, caracterizando-se por ter um forte controle sobre o grupo, usando a coerção e o comando; o democrático, onde há uma

autonomia e um crescimento de cada funcionário, deixando-os à vontade para expor suas ideias e opiniões; e, por último, o liberal (*laissez-faire*), que utiliza pouco controle sobre o grupo, sendo ele permissivo, não fazendo críticas, dispersando por todo o grupo a tomada de decisões (GONÇALVES; MOTA, 2011; FERNANDES; SOARES, 2012).

Já na segunda metade do século XX, pesquisadores identificaram que as situações influenciavam o estilo de liderança escolhido e a sua eficácia, surgindo então a **Teoria Situacional** proposta por Hersey e Blanchard. Essa teoria preconiza a não existência de um estilo melhor de liderança, ou seja, os líderes são capazes de adaptar seu estilo de comportamento às necessidades dos liderados e à situação (HERSEY; BLANCHARD, 2007).

Para que se possa determinar o estilo de liderança mais apropriado a ser aplicado em uma situação específica, o líder deve identificar o campo de atividade de um indivíduo ou equipe no qual almeja influenciar, decidir o grau de maturidade dos mesmos e determinar qual dos quatro estilos propostos neste modelo é o mais adequado para aquele liderado ou equipe na área determinada (GONÇALVES; MOTA, 2011).

Os estilos propostos neste modelo são: Determinar (E1) - o líder é apresentado como aquele que proporciona orientações específicas ao liderado ou à equipe e supervisiona atentamente seu desempenho; Persuadir (E2) - o líder se sente responsável em esclarecer aos liderados as decisões por ele tomadas e oferece oportunidade aos mesmos de questionamentos sobre suas determinações; Compartilhar (E3) - mostra um líder que sempre compartilha com o liderado ou a equipe suas ideias, opiniões e também o processo decisório de determinada situação; Delegar (E4) - o líder que outorga aos seus liderados a responsabilidade sobre as decisões tomadas concernentes a determinada situação e a implementação das mesmas (GONÇALVES; MOTA, 2011).

Já na **Teoria da Liderança Carismática**, os líderes são indivíduos que inspiram seus liderados por meio de palavras, ideias e comportamentos. Eles possuem uma visão otimista e entusiasta, são capazes de influenciar seus liderados assumindo uma postura de confiança e sensibilidade frente às limitações do ambiente e das necessidades da equipe, despertando-lhes um sentimento de autoestima e autoconfiança (ROBBINS; JUDGE; SOBRAL, 2011). A **Teoria da Liderança Transacional** se refere a uma troca entre líderes e liderados, em que o líder oferece algum tipo de recompensa pelo esforço e bom

desempenho do liderado. Nessa teoria, o líder exerce uma liderança mais passiva, evitando tomar decisões ou intervém apenas quando os padrões não são alcançados (ROBBINS; JUDGE; SOBRAL, 2011).

E por fim, há a **Teoria Transformacional**, na qual os líderes inspiram os liderados a transcenderem os próprios interesses, tornando as metas e objetivos da organização um propósito coletivo. Compreende-se também que o líder transformacional oferece consideração individualizada, presta atenção às preocupações e necessidades de seus liderados. É capaz de entusiasmar e inspirar as pessoas a darem o máximo de si em benefício do grupo, transmite a visão e o sentido da missão, comunicando suas expectativas, além de possuir carisma. Esse estilo de liderar está relacionado a índices baixos de rotatividade, maior produtividade e satisfação dos funcionários (MARQUIS, 2005; ROBBINS; JUDGE; SOBRAL, 2011).

Embora este estudo não tenha a intenção de realizar uma análise sobre qual teoria embasa a prática dos enfermeiros, entende-se como essencial conhecer as bases teóricas para poder identificar elementos e/ou favorecer o estabelecimento de relações entre as atividades ou conceitos apontados pelos participantes e as abordagens mais recentes sobre liderança.

Quanto às estratégias utilizadas para facilitar o exercício da liderança na enfermagem, Amestoy et al. (2014) destacam a imparcialidade, o saber ouvir e a comunicação. O enfermeiro necessita agir com racionalidade e evitar tomar uma decisão com base unicamente na intuição e sem analisar todas as dimensões que permeiam uma situação conflitante, bem como precisa saber ouvir cada integrante da equipe, valorizando a opinião de todos os profissionais, atuando como colaboradores neste processo de fazer saúde (AMESTOY et al., 2014).

A comunicação é utilizada como recurso para o sucesso da liderança exercida pelo enfermeiro, promovendo inter-relações com o paciente, a instituição, a equipe médica e a equipe de enfermagem (LANZONI; MEIRELLES, 2011). Por meio da comunicação o enfermeiro busca assegurar no seu processo de trabalho a resolução dos conflitos, iniciativa nas tomadas de decisões e gera um vínculo profissional saudável entre a equipe (AMESTOY et al., 2014).

Em alguns estudos é possível identificar os estilos de liderança mais utilizados pelos enfermeiros: o autoritário e o autêntico (LANZONI; MEIRELLES, 2011; AMESTOY et al., 2014). O líder autoritário se posiciona no topo da hierarquia, centralizando o poder de

decisão, podendo desfrutar do prestígio, *status* e estabilidade social, resultantes da sua administração, bem como responder sozinho pelo insucesso de suas ações (LANZONI; MEIRELLES, 2011). O autoritarismo distorce a liderança, tornando-a um instrumento de demonstração de poder e dominação (AMESTOY et al., 2014).

Já na liderança autêntica, conceituada como a “cola” que mantém todos juntos em um ambiente de trabalho saudável, são necessárias habilidades como ousadia, disposição, persuasão, coragem e liberdade criativa para envolver toda a equipe, não somente no processo decisório, mas, também, na elaboração de estratégias de atuação e resolução dos problemas (LANZONI; MEIRELLES, 2011).

Verifica-se então, que a liderança do enfermeiro exerce influência sobre a equipe de enfermagem, para assegurar um cuidado com qualidade e segurança ao paciente. De acordo com Wong, Cummings e Ducharme (2013), a liderança do enfermeiro influencia os desfechos dos pacientes através da realização de mudanças no ambiente de trabalho ou influenciando as atitudes, comportamento ou desempenho da equipe de enfermagem.

Revisão sistemática realizada no Canadá (WONG; CUMMINGS; DUCHARME, 2013) identificou que a liderança do enfermeiro tem relação direta com o aumento do conhecimento e competência da equipe de enfermagem e com a diminuição da rotatividade de pessoal, contribuindo assim com a redução da mortalidade paciente, infecções hospitalares (como pneumonia e infecção urinária) e eventos adversos, como erros de medicação, úlcera por pressão e queda dos pacientes.

A utilização de práticas positivas de liderança, como o diálogo, a participação da equipe no processo de decisão e os estilos de liderança com abordagens relacionais, possibilitam melhores resultados na condição de saúde do paciente (WONG; CUMMINGS, 2007).

Desta forma, a prática profissional e o processo de trabalho do enfermeiro devem conduzi-lo para o aperfeiçoamento de estratégias de melhoria contínua de suas habilidades de gestão organizacional e do cuidado ao paciente, pois certamente apresentarão repercussão na equipe de saúde e na segurança do paciente.

Enfatiza-se que o capítulo não tem a intenção de indicar a melhor teoria de liderança para atuar neste contexto, entretanto, o Modelo do Queijo Suíço de Reason aponta que no percurso entre perigo/risco as barreiras são quebradas e questões da prática, como lavagem das mãos, por exemplo, são negligenciadas. Este contexto trás algumas reflexões,

como qual a atuação do enfermeiro nesse processo? Ser líder da equipe de enfermagem pode favorecer sua atuação? Reflexões estas que procuraram serem respondidas ao longo do estudo.



#### 4. REFERENCIAL TEÓRICO

Frente à contextualização do cuidado de enfermagem à pessoa com doença cardiovascular e a importância da liderança do enfermeiro para o planejamento de um cuidado seguro e livre de erros, optou-se por utilizar um referencial baseado nas melhores práticas.

As mudanças no ambiente organizacional brasileiro, na década de 90, advindas da crise econômica mundial, fez com que fosse necessário adotar boas práticas de governança corporativa, uma vez que, vieram à tona fragilidades no processo de gestão das organizações. Isso originou a 4ª edição do código das melhores práticas de governança corporativa do Instituto Brasileiro de Governança Corporativa (IBGC), o qual tem por objetivo reforçar a importância das melhores práticas e, assim, adaptar-se à realidade de mercado (IBGC, 2009).

Na área da saúde, observou-se a influência do pensamento administrativo na elaboração dos programas e nos serviços prestados à população, que passaram a considerar os princípios de qualidade e de satisfação das pessoas atendidas pelos serviços, tanto hospitalares quanto na saúde coletiva. Neste contexto, passou-se a valorizar alguns aspectos que outrora eram ignorados nesta área, como os controles e manutenção, as rotinas, os processos de trabalho e as dinâmicas de funcionamento de cada sistema (KEMPFER et al., 2010).

Estar aberto à mudança é uma habilidade necessária na enfermagem, para tanto, rever antigos paradigmas, substituir tecnologias obsoletas, adotar novas práticas de trabalho e assegurar aos pacientes uma assistência qualificada e livre de riscos se tornam condições imprescindíveis para a superação dos desafios e obtenção de êxitos referentes aos resultados (MONTEIRO; MARX, 2006).

A enfermagem trabalha hoje com práticas assistenciais antigas e novas no mesmo ambiente. Ou seja, tem-se ainda como pano de fundo das ações assistenciais de enfermagem o modelo administrativo biomédico, porém, algumas instituições de saúde trazem como foco gerencial a complexidade e as melhores práticas de cuidado (KEMPFER et al., 2010).

As melhores práticas implementadas nas organizações permitem conhecer aquilo que funciona com mais eficácia, possibilitando a utilização de recursos necessários para atingir objetivos propostos; e, assim, atuar na resolução de problemas em outras situações ou contextos semelhantes (COSTA, 2011).

A expressão “melhores práticas” tem sido utilizada amplamente, entretanto, é necessário continuar construindo um método sistemático para encontrá-las. O estabelecimento de critérios é o primeiro passo para definir o que realmente pode ser considerado “melhores práticas” no cuidado à saúde (MELLO, 2005).

Keehley et al. (1996) propõem alguns critérios para definição de melhores práticas:

- Devem possuir sucesso comprovado, através de registros, ao longo do tempo (em média 2 anos);
- O sucesso ser quantificável e demonstrado por diversos indicadores;
- Devem ser inovadoras e possuir certo grau de criatividade que a diferencie das práticas correntes;
- Devem promover resultados (*outcomes*) positivos;
- Podem ser replicáveis com modificações em outros cenários;
- Devem possuir importância local (na organização que busca melhoria) no momento da sua adoção;
- Não devem estar associadas a padrões demográficos específicos.

O termo "melhores práticas" na enfermagem possui diversas definições. *College of Nursing*, da Universidade de Iowa, refere o termo às práticas de enfermagem que são baseadas na melhor evidência disponível a partir de pesquisas em enfermagem. O objetivo das melhores práticas é aplicar às intervenções de enfermagem mais recentes, relevantes e úteis, baseadas nas pesquisas e nas práticas diárias (IOWA, 2014).

Estudo realizado com enfermeiros gestores identificou que a definição do termo melhores práticas está atrelada ao cuidado completo, com qualidade e com conseqüente satisfação do cliente. Essa definição está vinculada ao aperfeiçoamento dos profissionais no que se refere às ações desenvolvidas na prática de cuidado, possibilitando qualidade e segurança no cuidado prestado (COSTA, 2011).

Corroborando, Nelson (2014) avaliou 84 artigos com o objetivo de descobrir o uso do conceito de melhores práticas, especificamente em enfermagem. Identificou-se que as melhores práticas podem ser caracterizadas como diretiva, baseada em evidências e focada na qualidade, ou seja, é um conjunto de recomendações ou de um padrão desejado, incorporando a tradução de evidências atuais em prática e promovendo um elevado nível de performance (eficácia), que ofereça

aos enfermeiros soluções para os problemas ou necessidades identificadas (NELSON, 2014).

Além de consulta aos artigos especializados e atualizados na área de interesse, a Associação Canadense de Enfermeiros, *Registered Nurses' Association of Ontario* (RNAO), realiza um trabalho importantíssimo à enfermagem no que tange à atualização e qualificação dos profissionais por meio de guias de melhores práticas. Com uma série de protocolos de cuidados específicos, incluindo detalhamento de nível de evidência, ainda apresenta guias comportamentais para abordagem interpessoal e liderança em enfermagem (RNAO, 2016a).

Com relação às doenças cardiovasculares, estas são abordadas pela RNAO através de protocolos de melhores práticas aos enfermeiros para realizarem a gestão do cuidado às pessoas com doenças crônicas, identificando estratégias e intervenções que aumentam a capacidade do indivíduo em gerir esta condição de saúde (RNAO, 2010). E oferece, também, um curso aos enfermeiros, profissionais de saúde e Instituições que desejam aprimorar o uso de práticas baseadas em evidências em relação à prevenção e gestão de doenças crônicas, abordando modelos e teorias relevantes e eficazes para a prevenção e gestão das doenças crônicas, assim como a aplicação destes na prática (RNAO, 2016b).

No Brasil, o Ministério da Saúde e a ANVISA lançaram, a partir de 2013, a série “Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde”, sendo composta por seis manuais e seis protocolos básicos na temática de segurança do paciente. Através destes manuais e protocolos é possível a atualização do conhecimento com as melhores práticas apresentadas, a redução e a mitigação de riscos e atos inseguros, e a melhora da qualidade do cuidado prestado nas instituições de saúde (ANVISA, 2013a).

Diante do exposto, este estudo utilizou como melhores práticas os protocolos e manuais lançados pelo Ministério da Saúde e ANVISA, citados anteriormente, como referencial teórico, pois através destes é possível determinar quais são os cuidados considerados mais relevantes, atuais e que garantam qualidade e segurança ao paciente.

## 5. DESENHO METODOLÓGICO

### 5.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo com método misto de desenho sequencial, sendo realizado em duas etapas. Na primeira etapa, estudo quantitativo descritivo do tipo prospectivo. Na segunda etapa, estudo qualitativo descritivo (CRESWELL, 2010; POLIT; BECK, 2011).

A pesquisa de método misto envolve o uso de abordagens qualitativas e quantitativas em conjunto. Dessa maneira os pesquisadores têm condições de permitir as manifestações do melhor de cada um dos métodos, evitando as limitações de uma única abordagem (POLIT; BECK, 2011).

Pesquisa quantitativa é definida como a investigação de fenômenos que se prestam a medição e quantificação precisas, envolvendo um modelo rigoroso e controlado. Pesquisa qualitativa é definida como a investigação de fenômenos de modo detalhado e holístico, por meio de coleta de ricos materiais narrativos, usando um modelo de pesquisa flexível (POLIT; BECK, 2011).

### 5.2 Local de Pesquisa

Selecionou-se como cenário do estudo uma instituição hospitalar privada de saúde especializada em cardiologia no Estado de Santa Catarina. A instituição é de médio porte e consta com 55 leitos de internação clínica médica e cirúrgica, 19 leitos de UTI, setor de emergência funcionando 24 horas, 4 salas cirúrgicas, 2 salas de hemodinâmica e 5 leitos de recuperação anestésica em cada setor<sup>1</sup>.

Os serviços hospitalares prestados por essa instituição iniciaram em 1992, e incluem serviços especializados em cardiologia, atendimento clínico em neurologia e cirurgias nas áreas de urologia, ortopedia, vascular, neurologia, plástica, gastroplastia e cardiologia. A equipe de profissionais que atua na instituição é formada por mais de 400 colaboradores (em torno de 200 colaboradores da área da enfermagem), trabalhando com o propósito de oferecer à comunidade um serviço com qualidade, eficiência e segurança.

---

<sup>1</sup> As informações sobre o local de pesquisa foram obtidas no site da instituição de saúde, porém, para manter o sigilo dos sujeitos participantes, não poderá ser referenciada. Acesso em: 10 janeiro 2016.

A instituição conta com o sistema TASY<sup>®</sup>, o qual é um *software* de gestão em saúde que permite o gerenciamento das atividades administrativas, financeiras, operacionais e assistenciais. Esse sistema possibilita melhoria no atendimento ao paciente com o uso da prescrição informatizada e do prontuário eletrônico, das ferramentas de gestão do atendimento, rastreabilidade e integração das informações (PHILIPS, 2012).

Os locais de realização da pesquisa foram as três unidades de internação, sendo que a Unidade 1 conta com 19 leitos, a Unidade 2 e Unidade 3 possuem 18 leitos cada, e há uma média de 334 internações/mês.

A equipe de enfermagem nas Unidades 1 e 3 se constitui por 8 enfermeiros e 28 técnicos de enfermagem, trabalhando em escala 12 x 36h (12 horas de trabalho por 36 horas de descanso). A equipe de enfermagem na Unidade 2 é composta por 8 enfermeiros e 8 técnicos de enfermagem, sendo que no período diurno a unidade apresenta 3 enfermeiros assistenciais que realizam os cuidados integrais aos pacientes e 1 técnico de enfermagem para auxiliar os enfermeiros; já no período noturno ocorre o oposto, a equipe é composta por 1 enfermeiro e 3 técnicos de enfermagem. A escala de trabalho nessa unidade também é 12 x 36h. Para as unidades de internação, há enfermeira responsável pela supervisão e enfermeira responsável pela coordenação das áreas clínicas.

Para melhor compreensão do desenho metodológico, as duas etapas do estudo serão descritas separadamente: primeira etapa – estudo quantitativo; segunda etapa – estudo qualitativo.

### **5.3 Primeira etapa – estudo quantitativo**

#### **5.3.1 População e Amostra**

De acordo com Polit e Beck (2011), população são todos os indivíduos ou objetos com características definidoras comuns e não se restringe a seres humanos, mas abrange todo agregado de elementos em que o pesquisador esteja interessado. Já a amostra é definida por essas autoras como um subconjunto da população.

Na primeira etapa do estudo, para identificar a população, foi verificado o número de pacientes internados nos seis meses anteriores ao estudo nas 3 unidades de internação. Este período foi escolhido devido à última unidade de internação (Unidade 3) ser aberta a menos de um ano

do início do estudo. Através do sistema TASY<sup>®</sup>, verificou-se que nos últimos seis meses internaram 2002 pacientes. Utilizando a ferramenta SESTATNET<sup>®</sup> para realizar o cálculo amostral e considerando um nível de confiança de 95%, a amostra do estudo constitui-se por 322 pessoas, sendo a escolha intencional, não probabilística.

**Figura 3** - Cálculo amostral por estimação percentual, segundo número de pacientes internados nas unidades de internação nos últimos seis meses.

Tamanho Mínimo da Amostra	
<b>Estimação de Percentual</b>	
Tamanho da População	2002
Precisão da Estimativa	50 ± 5%
Nível de Confiança	95%
Tamanho da Amostra	322
Perda Amostral	Nenhuma
<b>Para outros Níveis de Confiança</b>	
Nível de Confiança	Tamanho da Amostra
99.9%	703
99%	498
90%	238

Fonte: SESTATNET<sup>®</sup>

### 5.3.2 Coleta de dados

Na primeira etapa do estudo foi aplicado o instrumento de coleta sobre Eventos Adversos (Apêndice A) nas 3 unidades de internação. Elaborou-se este instrumento em conjunto com as pesquisadoras Dr<sup>a</sup> Gabriela M. M. Lanzoni e Dr<sup>a</sup> Betina H. S. Meirelles, a partir dos protocolos e indicadores de segurança do paciente da ANVISA, nas seguintes dimensões: Identificação do paciente, Higiene das mãos, Quedas, Úlceras por Pressão, Prescrição e Administração de Medicamentos, e Fluidoterapia.

Este instrumento foi aplicado aos pacientes internados nas 3 unidades de internação no final do plantão diurno e plantão noturno, a partir de abordagem diária com o enfermeiro do plantão, os registros no sistema TASY<sup>®</sup> e visita aos pacientes, sendo verificado:

Caracterização do paciente: verificados os seguintes dados através do sistema TASY<sup>®</sup>.

- Sexo;
- Idade;
- Tempo de internação;
- Especialidade de internação.

Identificação do paciente:

- Paciente com pulseira de identificação: através de visita única aos pacientes para verificar quais estavam utilizando a pulseira de identificação;
- Número de eventos adversos devido a falhas na identificação do paciente: questionado aos enfermeiros do plantão a presença de eventos adversos devido à falha na identificação do paciente.

Higiene das Mãos:

- Acesso ao sabonete líquido pela equipe de enfermagem: através de visita única nos pontos de acesso, verificado se está disponível sabonete líquido nos dispensadores fixados nas paredes dos quartos e do posto de enfermagem;
- Acesso ao papel toalha descartável pela equipe de enfermagem: através de visita única nos pontos de acesso, verificado se está disponível papel toalha nos dispensadores fixados nas paredes dos quartos e do posto de enfermagem;
- Acesso ao álcool gel pela equipe de enfermagem: através de visita única nos pontos de acesso, verificado se está disponível álcool gel nos dispensadores fixados nas paredes dos quartos e do posto de enfermagem.

Queda:

- Paciente avaliado na admissão pela escala *Stratify (St. Thomas Risk Assessment Tool in the Falling Elderly)* para risco de queda: verificado através do sistema TASY<sup>®</sup> (ANEXO A);
- Paciente recebendo avaliação diária pela escala *Stratify* para risco de queda: verificado através do sistema TASY<sup>®</sup>;
- Paciente com risco de queda por meio de escala *Stratify*: verificado através do sistema TASY<sup>®</sup>;
- Paciente com risco de queda avaliado pelo enfermeiro: questionado aos enfermeiros de plantão qual paciente apresentava tal risco;

- Número de sinalizações visuais para identificação de risco de queda: a instituição preconiza como sinalização visual a pulseira laranja escrito “risco de queda” colocada no paciente; etiqueta laranjada escrito “risco de queda” colocada no prontuário; e, no quadro branco presente no posto de enfermagem (o qual contém informações dos pacientes internados na unidade) é escrito “risco de queda”. Foram verificados quais pacientes apresentavam risco de queda pelo enfermeiro e pela escala *Stratify* presente no sistema TASY® e em seguida conferido se esses pacientes apresentavam as sinalizações visuais preconizadas pela instituição;
- Número de quedas: questionado aos enfermeiros do plantão se ocorreu alguma queda na unidade;
- Tipo e motivo da queda: questionado aos enfermeiros do plantão qual o tipo de queda que ocorreu na unidade e o motivo;
- Presença de dano após a queda: questionado aos enfermeiros do plantão se o paciente apresentou algum dano após a queda;
- Presença da equipe de enfermagem no momento da queda: questionado aos enfermeiros do plantão.

#### Úlcera por Pressão (UPP):

- Paciente avaliado na admissão pela escala de Braden para risco de UPP: verificado através do sistema TASY® (ANEXO B);
- Paciente recebendo avaliação diária pela escala de Braden para risco de UPP: verificado através do sistema TASY®;
- Paciente com risco moderado, alto e muito alto de desenvolver UPP recebendo cuidado preventivo: verificado no sistema TASY®, através da escala de Braden, quais pacientes apresentavam risco moderado, alto e muito alto para UPP. Em seguida foi verificado se o nutricionista/nutrólogo da instituição estava avaliando cada caso, através do sistema TASY® e/ou prescrição médica, e por fim, questionado ao enfermeiro do plantão se estava ocorrendo o reposicionamento dos pacientes a cada 2 horas;
- Paciente com UPP: verificado com o enfermeiro do plantão;
- Estágio das UPP: verificado com o enfermeiro do plantão;
- Tipo de cobertura da UPP: verificado com o enfermeiro do plantão.

#### Prescrições e Medicações:

- Prescrições médicas que possuem erros: verificadas as prescrições médicas de cada paciente com o objetivo de identificar se a prescrição



apresentava erro nos seguintes itens: nome completo do paciente, número do atendimento, setor, quarto/leito, presença do nome do médico e carimbo, data da prescrição, legibilidade, utilização de siglas além das preconizadas pela Instituição, via, dose, aprazamento, “Se Necessário” sem definir posologia;

- Tipo da prescrição médica: foram verificadas quantas prescrições eram eletrônicas e quantas eram manuais;
- Presença de dano ao paciente devido erro de prescrição: verificado com o enfermeiro do plantão de cada Unidade se o paciente apresentou algum dano devido erro de prescrição;
- Número de erros envolvendo a administração de medicamentos: verificado com o enfermeiro do plantão de cada Unidade se ocorreram erros de medicação envolvendo identificação errada do paciente, medicação errada, via errada, hora errada, dose errada ou registro errado;
- Presença de dano ao paciente devido erro de administração de medicamentos: verificado com o enfermeiro do plantão de cada Unidade se o paciente apresentou algum dano devido erro de administração de medicamentos.

#### Fluidoterapia:

- Paciente com acesso venoso periférico: através da visita, verificou-se se o paciente possuía punção através de acesso venoso periférico;
- Paciente com acesso venoso central: através da visita, verificou-se se o paciente possuía punção através de acesso venoso central;
- Complicações no acesso venoso periférico e central: verificado com o enfermeiro do plantão se ocorreu infiltração, flebite, infecção local ou sistêmica com os acessos venosos;
- Tempo de punção do acesso venoso periférico ou central: verificada a data de punção do acesso, através das visitas aos pacientes e registros no sistema TASY®;
- Tipo de cobertura do acesso venoso periférico ou central: verificado o tipo de cobertura, através das visitas diárias e registros no sistema TASY®.

### **5.3.3 Variáveis**

Na primeira etapa do estudo, as variáveis consideradas no instrumento de coleta de dados dos Eventos Adversos foram:

Variáveis demográficas:

- Sexo (qualitativa nominal): categoria de gênero, classificada em: **feminino** e **masculino**;
- Idade (quantitativa discreta): constitui o período de vida calculada com base na data de nascimento, classificada em: 17 – 30 anos, 31 – 40 anos, 41 – 50 anos, 51 – 60 anos, 61 – 70 anos, 71 – 80 anos e 81 – 103 anos;
- Tempo de internação (quantitativa discreta): descrito pelo tempo que o paciente ficou internado na Instituição, classificado em: **1 a 10 dias**, e **a partir de 11 dias**;
- Especialidade de internação (qualitativa nominal): descrito pela especialidade médica com qual o paciente internou, classificado em: Cardiologia, Ortopedia, Urologia, Vascular Cabeça e pescoço, Ginecologia, Aparelho digestivo, Torácica, e Buco-maxilo.

Identificação do Paciente: identificação correta do paciente é o processo pelo qual se assegura ao paciente que a ele é destinado determinado tipo de procedimento ou tratamento, prevenindo a ocorrência de erros e enganos que o possam lesar (BRASIL, 2013c).

- Paciente com pulseira de identificação (qualitativa nominal): descrita através das opções **Sim** e **Não** para a presença da pulseira de identificação.

A pulseira de identificação de cor branca é utilizada para garantir a identificação correta do paciente, prevenindo a ocorrência de erros e enganos, sendo necessários: o nome completo do paciente, data de nascimento e número de atendimento (BRASIL, 2013c).

- Número de eventos adversos devido a falhas na identificação do paciente (quantitativa discreta): descrito pelo número total de evento adverso relacionado à falha na identificação do paciente.

Evento adverso é o incidente que atingiu o paciente e resultou num dano ou lesão, podendo representar um prejuízo temporário ou permanente e até mesmo a morte entre os usuários dos serviços de saúde (PROQUALIS, 2015).

- Dano que ocorreu no paciente devido identificação errada (qualitativa nominal): classificado em doença, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção. De acordo com a RDC n. 36/2013 (BRASIL, 2013b), dano é definido como o comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças,

lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.

Higiene das Mãos: higiene das mãos é um termo geral que se refere a qualquer ação de higienizar as mãos para prevenir a transmissão de micro-organismos e conseqüentemente evitar que pacientes e profissionais de saúde adquiram as infecções relacionadas à assistência à saúde (BRASIL, 2013d).

- Acesso ao sabonete líquido pela equipe de enfermagem (qualitativa nominal): descrita através das opções **Sim** e **Não** para a presença de sabonete líquido nos pontos de acesso (quartos e posto de enfermagem). O sabonete líquido deverá estar tão próximo quanto possível do profissional, ou seja, ao alcance das mãos no ponto de atenção ou local de tratamento, sem a necessidade do profissional se deslocar do ambiente no qual se encontra o paciente (BRASIL, 2013d);
- Acesso ao papel toalha descartável pela equipe de enfermagem (qualitativa nominal): descrita através das opções **Sim** e **Não** para a presença de papel toalha nos pontos de acesso (quartos e posto de enfermagem). O papel toalha deverá estar tão próximo quanto possível do profissional (BRASIL, 2013d);
- Acesso ao álcool gel pela equipe de enfermagem (qualitativa nominal): descrita através das opções **Sim** e **Não** para a presença de álcool gel nos pontos de acesso (quartos e posto de enfermagem). O produto mais comumente disponível é a preparação alcoólica para as mãos, que deve estar em dispensadores fixados na parede, frascos fixados no quarto do paciente, podendo também ser portado pelos profissionais em frascos individuais de bolso (BRASIL, 2013d).

Queda: Deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano. Considera-se queda quando o paciente é encontrado no chão ou quando, durante o deslocamento, necessita de amparo, ainda que não chegue ao chão (BRASIL, 2013e).

- Paciente recebendo avaliação na admissão para risco de queda por meio de escala *Stratify* (qualitativa nominal): descrita através das opções **Sim** e **Não** para a presença da avaliação na admissão pela escala *Stratify*. A Instituição utiliza a escala *Stratify* para avaliar o risco de queda dos pacientes internados;

- Paciente recebendo avaliação diária para risco de queda por meio de escala *Stratify* (qualitativa nominal): descrita através das opções **Sim** e **Não** para a presença da avaliação diária pela escala *Stratify*. A Instituição utiliza a escala *Stratify* para avaliar diariamente o risco de queda dos pacientes internados;
- Paciente recebendo avaliação diária para risco de queda pelo enfermeiro (qualitativa nominal): descrita através das opções **Sim** e **Não** para a presença da avaliação diária pelo enfermeiro. Devido ao perfil dos pacientes internados, bem como, alguns fatores que contribuem para a identificação de risco de quedas não estarem contemplados entre os indicadores da escala *Stratify*, os enfermeiros das unidades de internação têm autonomia de avaliar o risco do paciente e classificá-lo com risco de queda a partir da aplicação do processo de enfermagem, que inclui histórico, diagnóstico de enfermagem e evolução diária das condições de saúde;
- Sinalizações visuais para identificação de risco de queda (qualitativa nominal): Na Instituição foi preconizado como sinalização visual: pulseira laranja escrito “risco de queda” colocada no paciente, etiqueta laranjada escrito “risco de queda” colocada no prontuário e no quadro branco presente no posto de enfermagem (o qual contém informações dos pacientes internados na unidade) é escrito “risco de queda”. Variável descrita através das opções **Sim** e **Não** para as sinalizações citadas. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013e), deve-se colocar sinalização visual para identificação de risco de queda quando o paciente apresentar esse risco, a fim de alertar toda equipe de cuidado;
- Número de quedas (quantitativa discreta): descrita pelo número de pacientes que apresentaram queda(s) no período;
- Tipo de queda (qualitativa nominal): descrita através das opções: leito, maca, cadeira, própria altura e banheiro. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013e), a queda pode ocorrer da própria altura, da maca, do leito ou de assentos (cadeira de rodas, poltronas, cadeiras), incluindo vaso sanitário;
- Motivo principal da queda (qualitativa nominal): descrita pela existência de algum desses fatores: hipotensão postural, vertigem, convulsão, síncope, dor intensa, incontinência ou urgência miccional, incontinência ou urgência para evacuação, alterações metabólicas como hipoglicemia, fraquezas musculares e articulares, acuidade visual diminuída e uso de medicamentos (como benzodiazepínicos, antiarrítmicos, anti-histamínicos, antipsicóticos, antidepressivos,

digoxina, diuréticos, laxativos, relaxantes musculares, vasodilatadores, hipoglicemiantes orais e insulina) (BRASIL, 2013e);

- Dano após a queda (qualitativa nominal): classificado em doença, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção. De acordo com a RDC n. 36/2013 (BRASIL, 2013b), dano é definido como o comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico;
- Equipe de enfermagem estava presente no momento da queda (qualitativa nominal): descrita através das opções **Sim** e **Não**. Na Instituição a equipe de enfermagem é constituída pelo estagiário, técnicos em enfermagem e enfermeiro.

Úlcera por Pressão: lesão localizada na pele e/ou tecido subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea, resultante da pressão ou da combinação entre pressão e cisalhamento, causada pela fricção (BRASIL, 2013f).

- Paciente recebendo avaliação na admissão para risco de UPP por meio de escala de Braden (qualitativa nominal): descrita através das opções **Sim** e **Não** para a presença da avaliação na admissão pela escala de Braden. A Instituição utiliza a escala de Braden para avaliar o risco de UPP dos pacientes internados;
- Paciente recebendo avaliação diária para risco de UPP (qualitativa nominal): descrita através das opções **Sim** e **Não** para a presença da avaliação diária pela escala de Braden. A avaliação do risco para desenvolvimento de UPP deverá ser executada através da Escala de Braden;
- Classificação do paciente para risco de queda: a escala de Braden classifica o paciente como sem risco, com risco baixo, moderado, alto ou muito alto para desenvolver UPP (BRASIL, 2013f);
- Número de pacientes com risco moderado, alto e muito alto (quantitativa discreta): descrito pelo número de pacientes que foram caracterizados pela escala de Braden com risco moderado, alto e muito alto para desenvolver UPP;
- Informado ao nutricionista sobre os pacientes com risco moderado, alto e muito alto (qualitativa nominal): descrita através das opções **Sim** e **Não** para a presença da avaliação do nutricionista da Instituição para estes pacientes com risco para desenvolver UPP. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013f), as medidas preventivas para

UPP devem ser instituídas pelo enfermeiro após a identificação dos fatores de risco por meio de cuidados essenciais com a pele, minimizar a pressão e otimização da nutrição e da hidratação (notificar todos os indivíduos em risco nutricional ou em risco para UPP ao nutricionista a fim de instituir as medidas nutricionais específicas);

- Realizada a mudança de decúbito a cada 2 horas (qualitativa nominal): descrita através das opções **Sim**, **Parcialmente** e **Não** para a mudança de decúbito de 2 em horas. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013f), as medidas preventivas para UPP devem ser instituídas pelo enfermeiro após a identificação dos fatores de risco por meio de cuidados essenciais com a pele e minimizar a pressão (reposicionamento a cada 2 horas para redistribuir a pressão e, conseqüentemente, manter a circulação nas áreas do corpo com risco de desenvolvimento de UPP);
- Número de pacientes com UPP (quantitativa discreta): número de pacientes que apresentam úlcera por pressão;
- Estágio das UPP (qualitativa ordinal): a classificação da UPP auxilia na descrição clínica da profundidade observável da destruição tecidual e pode ser classificado em quatro estágios: **Estágio I - eritema não branqueável**, apresenta pele intacta, com rubor não branqueável, numa área localizada, normalmente sobre uma proeminência óssea; **Estágio II - perda parcial da espessura da pele**, que se apresenta como uma ferida superficial (rasa) com leito vermelho/rosa sem esfacelo; **Estágio III - perda total da espessura da pele**, o tecido adiposo subcutâneo pode ser visível, mas não estão expostos os ossos, tendões ou músculos; e por fim, **Estágio IV - perda total da espessura dos tecidos**, com exposição dos ossos, tendões ou músculos (BRASIL, 2013f);
- Tipo de cobertura da UPP (qualitativa nominal): descrita pelo tipo de cobertura utilizada para cobrir a UPP. Cobertura é o recurso que cobre uma ferida, com o objetivo de favorecer o processo de cicatrização e protegê-la contra agressões externas, idealmente mantendo-a úmida e preservando a integridade de sua região periférica (BRASIL, 2011).

Medicações: Uso seguro de medicamentos é definido como a inexistência de injúria acidental ou evitável durante o uso de medicamentos (BRASIL, 2013g).

- Número de prescrições médicas que possuem erros (qualitativa nominal): Número de prescrição médica que apresentou algum erro nos seguintes itens: nome completo do paciente, número do atendimento,

setor, quarto/leito, presença do nome do médico e carimbo, data da prescrição, legibilidade, utilização de siglas, via, dose, aprazamento, “Se Necessário” sem definir posologia. Erro de prescrição é definido como o erro de medicação que ocorre durante a prescrição de um medicamento, em decorrência tanto de redação da prescrição, como do processo de decisão terapêutica (BRASIL, 2013g);

- Dano devido erro de prescrição (qualitativa nominal): classificado em doença, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção. De acordo com a RDC n. 36/2013 (BRASIL, 2013b), dano é definido como o comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico;
- Número de erros envolvendo a administração de medicamentos (qualitativa nominal): Número de erros de medicação envolvendo identificação errada do paciente, medicação errada, via errada, hora errada, dose errada ou registro errado. Erro de administração é definido como o erro decorrente de qualquer desvio no preparo e administração de medicamentos de acordo com a prescrição médica, da não observância das recomendações ou guias do hospital ou das instruções técnicas do fabricante do produto (BRASIL, 2013g);
- Dano devido erro de administração de medicamentos (qualitativa nominal): classificado em doença, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção. De acordo com a RDC n. 36/2013 (BRASIL, 2013b), dano é definido como o comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.

#### Fluidoterapia:

- Paciente com acesso venoso periférico (qualitativa nominal): descrita através das opções **Sim** e **Não** para a presença de acesso venoso periférico;
- Paciente com acesso venoso central (qualitativa nominal): descrita através das opções **Sim** e **Não** para a presença de acesso venoso central;
- Número de complicações no acesso venoso periférico e central (qualitativa nominal): As complicações que podem ocorrer com os pacientes em fluidoterapia podem ser locais ou gerais. As complicações locais podem ocorrer infiltração (ocorre quando o cateter está fora da

veia, no tecido subcutâneo, havendo o aparecimento de edema tecidual doloroso), flebite (inflamação da veia com presença de dor, hiperemia e edema, podendo surgir um cordão fibroso palpável e temperatura corporal aumentada) ou infecção local (causada por assepsia insatisfatória ou uso de material contaminado, ocasionando febre, dor local, inflamação, drenagem de pus ou até necrose); já as complicações gerais podem ocorrer infecção generalizada (geralmente decorrente de assepsia insatisfatória ou uso de material contaminado, resultando em bacteremia, com aparecimento de febre alta, calafrios, taquicardia, desconforto generalizado e alteração na pressão arterial) (PRADO e GELBCKE, 2002);

- Tempo de punção do acesso venoso periférico ou central (quantitativa discreta): o tempo será considerado em dias a partir da data da punção até a data da retirada do dispositivo;
- Tipo de cobertura do acesso venoso periférico ou central (qualitativa nominal): descrito pelo tipo de cobertura utilizada para fixar o dispositivo na pele.

### **5.3.4 Análise dos dados**

Na primeira etapa do estudo (quantitativo), os dados coletados foram tabulados no programa Microsoft Excel<sup>®</sup> com importação e análise no *software* estatístico SPSS<sup>®</sup> versão 20.0. Foi realizada uma análise descritiva (frequência absoluta e relativa) e verificadas associações entre as variáveis, com a utilização dos testes Qui-quadrado de Pearson, T-test independente, Teste U de Mann-Whitney, Teste Exato de Fischer e Kruskal Wallis; estes testes foram utilizados de acordo com a distribuição dos eventos, nas categorias das variáveis. Considerou o nível de significância p valor <0,05 e um intervalo de confiança de 95% entre os dados encontrados. As associações entre as variáveis e os testes estatísticos utilizados estão descritos nos resultados, em forma de manuscrito.

## **5.4 Segunda etapa – estudo qualitativo**

### **5.4.1 População e Amostra**

Na segunda etapa do estudo, os participantes da pesquisa foram os enfermeiros das três unidades de internação. Para que participassem do estudo foi necessário que atendessem os seguintes critérios de



inclusão: ser profissional enfermeiro que atue na unidade no período da coleta de dados e trabalhe nesta unidade há no mínimo três meses.

Ao final, dos 16 enfermeiros disponíveis, o estudo contou com a participação de 14 enfermeiros, já que dois profissionais não se encaixaram nos critérios de inclusão, pois estavam a menos de 3 meses trabalhando na unidade.

Os enfermeiros foram convidados a participar do estudo individualmente, sendo explicados os objetivos do estudo e garantindo o sigilo, segurança e proteção dos dados em todas as fases do estudo, como também na publicação do mesmo. Após o aceite da participação, foi entregue o termo de consentimento livre e esclarecido, escolhido o local e horário da entrevista pelos enfermeiros.

#### **5.4.2 Coleta de dados**

Na segunda etapa, foram realizadas entrevistas com os enfermeiros das unidades de internação com o intuito de compreender o fenômeno do estudo. Esta era composta de questões norteadoras sobre segurança do paciente, liderança do enfermeiro e melhores práticas para o cuidado seguro e prevenção de eventos adversos à pessoa com doença cardiovascular (Apêndice B). As entrevistas foram áudio gravadas em meio digital e os registros foram transcritos na íntegra.

#### **5.4.3 Análise dos dados**

Após a transcrição das entrevistas, os dados foram analisados através do método da análise de conteúdo, segundo Laurence Bardin.

De acordo com Bardin (2009), a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter indicadores (quantitativos ou não) que permitam inferências de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

A análise de conteúdo se realiza em três momentos: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados (a inferência e a interpretação). A pré-análise se inicia com a leitura de todos os dados para obter o sentido do todo. Esse primeiro contato com os dados se constitui no que Bardin chama de "leitura flutuante". (BARDIN, 2009). Nesta etapa foram realizadas as transcrições das 14 entrevistas e organizado o material para posterior análise.

A segunda fase aborda a exploração do material ou codificação, que consiste na definição de categorias através da codificação

(BARDIN, 2009). Nesta fase o material transcrito foi lido por diversas vezes, para apreensão dos dados contidos nas falas. As categorizações foram feitas manualmente por agrupamento dos códigos que emergiram, a partir da similaridade e diferenças de ideias.

O último momento consiste no tratamento dos resultados que se divide nas inferências e na interpretação, quando ocorre a condensação e o destaque das informações para análise, propõe inferências e realiza interpretações, inter-relacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente ou abre outras pistas em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas, sugerida pela leitura do material (BARDIN, 2009). Nesta última etapa, identificou-se cinco categorias e vinte e cinco subcategorias.

### **5.5 Aspectos éticos**

A pesquisa seguiu todas as recomendações e preceitos éticos da Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, seguindo princípios como os de beneficência, não maleficência, justiça, e autonomia, além dos princípios do Código de Ética Profissional de Enfermagem. O projeto de pesquisa foi submetido à plataforma Brasil, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina/SES sob Protocolo n. 1.049.447 (ANEXO C).

O projeto foi apresentado em seus objetivos, fundamentos, estratégias e finalidades à Direção Geral e à Gerência de Enfermagem da instituição, sendo autorizado o desenvolvimento da pesquisa.

Foi utilizado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C), com total liberdade de adesão, assegurando o direito do profissional pesquisado a suspender sua participação no estudo em qualquer momento da coleta de dados, garantindo-lhe, inclusive, sigilo, segurança e proteção dos dados em todas as fases do estudo, como também na publicação do mesmo. O termo foi fornecido em duas vias para assinatura, sendo que uma cópia ficou com o pesquisador e outra com o participante.

Para garantir o anonimato dos participantes, estes foram codificados com as letras 'EA' para os enfermeiros assistenciais, e 'E' para os demais enfermeiros, seguindo de numeral arábico conforme a ordem em que foram entrevistados.

## 6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e as discussões desta dissertação são apresentados na forma de manuscritos, conforme a Instrução Normativa n. 10/PEN/2011, que determina os critérios para elaboração e formato de apresentação dos trabalhos de conclusão do Curso de Mestrado e Doutorado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Assim, os resultados deste estudo serão apresentados a partir dos três manuscritos:

- **Manuscrito I**, intitulado “Eventos adversos nas unidades de internação de um hospital privado”;
- **Manuscrito II**, intitulado “Subsídios à liderança do enfermeiro no cuidado seguro à pessoa com doença cardiovascular”; e
- **Manuscrito III**, intitulado “Melhores práticas no cuidado seguro à pessoa com doença cardiovascular”.

## **6.1 MANUSCRITO I - Eventos adversos nas unidades de internação de um hospital privado**

### **Eventos adversos nas unidades de internação de um hospital privado**

**RESUMO:** Objetivo: Identificar a ocorrência de eventos adversos nas unidades de internação de um hospital cardiológico privado quanto à identificação do paciente, higiene das mãos, queda, úlcera por pressão, erro na prescrição e na administração de medicamento, e fluidoterapia. Método: Estudo descritivo, com abordagem quantitativa, realizado durante o mês de junho de 2015, com uma amostra de 322 pacientes. Para a coleta de dados se elaborou um instrumento pautado nos protocolos de segurança do paciente da ANVISA. Foi realizada análise descritiva dos dados e verificadas associações entre as variáveis. Resultados: Houve predomínio de pacientes do sexo masculino (56,5%), com média de idade 63,2 anos  $\pm$ 16,3 anos. A pulseira de identificação foi utilizada por 75,5% dos pacientes, a maioria dos pontos de acesso para realizar a higiene das mãos possui álcool gel (83,2%), papel toalha (98,8%) e sabonete líquido (96,9%). Foram registrados 6 episódios de quedas e 11 pacientes desenvolveram úlcera por pressão. Verificou-se maior número de erros nas prescrições manuais (4,58 erros por prescrição) e ocorreram 47 complicações em acesso venoso periférico. Conclusão: Os cuidados de enfermagem relacionados à segurança do paciente estão sendo realizados nas unidades, porém há necessidade de aprimoramento institucional e profissional.

**DESCRITORES:** Enfermagem. Segurança do paciente. Dano ao paciente. Hospitais privados. Gestão em saúde.

## **INTRODUÇÃO**

A segurança do paciente tem sido considerada um atributo prioritário da qualidade dos sistemas de saúde de todo o mundo, e um dos fatores é a ocorrência de eventos adversos (EA), que envolve custos sociais e econômicos consideráveis, podendo implicar em danos irreversíveis aos pacientes e a suas famílias (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

A cada ano ocorrem entre 210.000 a 400.000 mortes nos EUA causadas por erros de assistência em hospitais (JAMES, 2013). Estudo de coorte retrospectivo realizado em três hospitais de ensino do Rio de Janeiro identificou uma incidência de 7,6% pacientes com eventos adversos, sendo que o número de EA que seria evitável chega a ser próximo de 67% nas situações descritas (MENDES et al., 2009). Outra pesquisa realizada num hospital cardiológico no Rio de Janeiro, utilizando revisão retrospectiva de prontuário, avaliou a ocorrência de eventos adversos a medicamentos, sendo identificada a incidência de 14,3% EA a medicamentos e em 31,2% dos casos houve necessidade de intervenção para o suporte de vida (ROQUE; MELO, 2012).

Além dos danos e prejuízos causados aos pacientes e suas famílias, os EA constituem um encargo financeiro considerável para os sistemas de saúde. Estudo descritivo realizado no Rio de Janeiro apontou que os eventos adversos implicaram o gasto de R\$ 1.2 milhões no ano de 2003, e o valor médio pago nas internações de pacientes com EA foi 3 vezes maior do que o valor médio pago por internação de pacientes sem EA (PORTO et al., 2010).

A *International Classification for Patient Safety* define “erro” como falha na execução de uma ação planejada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano. As situações onde ocorrem erros são denominadas incidentes e podem, ou não, provocar danos no paciente. Já o Evento Adverso é o incidente que atingiu o paciente e resultou num dano ou lesão, podendo representar um prejuízo temporário ou permanente e até mesmo a morte entre os usuários dos serviços de saúde (OMS, 2011).

A identificação dos EA contribui para o dimensionamento dos erros e falhas ocorridos nos processos de cuidar e é informação valiosa para avaliar a segurança do paciente e da qualidade do cuidado prestado (ROQUE; MELO, 2012). Dessa forma, conhecer e entender os EA, seu gerenciamento, controle e fatores de risco, permitem, a toda equipe multidisciplinar, a implementação de medidas preventivas e tratamento eficazes (LIMA; BARBOSA, 2015).

Diante do exposto, este estudo tem como objetivo identificar a ocorrência de eventos adversos nas unidades de internação de um hospital cardiológico privado quanto à identificação do paciente, higiene das mãos, queda, úlcera por pressão, erro na prescrição e na administração de medicamento, e fluidoterapia.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa, desenvolvido em uma instituição hospitalar privada no Estado de Santa Catarina, durante o mês de junho de 2015.

A instituição é de médio porte e conta com 55 leitos de internação clínica médica e cirúrgica. Os serviços hospitalares prestados por essa instituição incluem serviços especializados em cardiologia, atendimento clínico em neurologia, e cirurgias nas especialidades de urologia, ortopedia, vascular, neurologia, plástica, ginecologia, aparelho digestório, cabeça e pescoço, torácica e cardiologia.

A instituição utiliza o sistema TASY<sup>®</sup>, um *software* de gestão em saúde que permite o gerenciamento das atividades assistenciais, o uso da prescrição informatizada e do prontuário eletrônico.

Os locais de pesquisa foram as três unidades de internação, sendo que a Unidade 1 conta com 19 leitos de internação, a Unidade 2 e Unidade 3 contam com 18 leitos de internação, respectivamente.

Através do sistema TASY<sup>®</sup>, verificou-se que nos seis meses anteriores à pesquisa internaram 2002 pessoas nas 3 unidades. Utilizando a ferramenta SESTATNET<sup>®</sup> para realizar o cálculo amostral e considerando um nível de confiança de 95%, a amostra do estudo constitui-se por 322 pessoas, sendo a escolha intencional, não probabilística.

Para a coleta de dados foi elaborado um instrumento de coleta sobre Eventos Adversos a partir dos indicadores da ANVISA sobre segurança do paciente. Através do instrumento, procedeu-se o registro diário das ações que oportunizam a segurança do paciente e a identificação dos eventos adversos nas seguintes dimensões: Identificação do paciente, Higiene das mãos, Quedas, Úlceras por Pressão, Prescrição e Administração de Medicamentos, e Fluidoterapia.

Este instrumento foi aplicado nas 3 unidades no final do plantão diurno e plantão noturno. Para os itens Identificação do paciente e Higiene das mãos foi realizada visita única aos pacientes (com duração de 5 minutos), onde foi apresentada a pesquisadora e verificado a presença dos seguintes itens: pulseira de identificação no paciente e álcool gel, sabonete líquido e papel toalha nos quartos e postos de enfermagem.

Para os outros itens, a coleta utilizou dados do sistema TASY<sup>®</sup> e questionamentos com os enfermeiros dos plantões diariamente. Ainda, verificou-se com os enfermeiros se algum evento ou incidente havia

acontecido e que não havia sido registrado no sistema até o momento da visita.

Os dados coletados foram tabulados no programa Microsoft Excel<sup>®</sup> com importação e análise no *software* estatístico SPSS<sup>®</sup> versão 20.0. Foi realizada análise descritiva (frequência absoluta e relativa) dos dados e verificadas associações entre as variáveis, com a utilização dos testes Qui-quadrado de Pearson, T-test independente, Teste U de Mann-Whitney, Teste Exato de Fischer e Kruskal Wallis; utilizados de acordo com a distribuição dos eventos, nas categorias das variáveis.

A pesquisa seguiu todas as recomendações e preceitos éticos da Resolução n.466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, iniciando-se apenas após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina/SES, sob Protocolo n. 1.049.447.

## RESULTADOS

A análise das características sociodemográficas revelou que a maioria dos participantes do estudo é do sexo masculino (56,5%), a idade oscilou entre 17 e 103 anos, sendo que a maior concentração (48,44%) dos pacientes avaliados tinha idade entre 61 a 80 anos, com média de 63,2 anos  $\pm$ 16,3 anos, e com relação à especialidade de internação, houve predominância da especialidade Cardiologia (66,5%).

A instituição em questão é especializada em procedimentos de hemodinâmica e cirurgias cardíacas; por esse motivo, verificou-se na literatura nacional a média do tempo de internação para considerar um ponto de corte para a análise dos dados (JANSSEN et al., 2015; OLIVEIRA et al., 2015). Consideraram-se então os pacientes que ficaram de 1 a 10 dias internados e aqueles a partir de 11 dias.

Verificou-se que a maioria dos pacientes (72,75%) esteve internado entre 1 e 10 dias, a média de internação para os pacientes cardiológicos foram 10,5 dias (não incluído no cálculo um paciente internado a mais de um ano, sendo considerado *outlier*) e para as demais especialidades 2,5 dias, conforme apresentado na Tabela 1.

**Tabela 1.** Características sociodemográficas dos pacientes nas unidades de internação de uma instituição hospitalar privada no Estado de Santa Catarina, Brasil, 2015 (N= 322)

<b>Características</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	140	43,5
Masculino	182	56,5
<b>Faixa etária</b>		
17 – 30 anos	13	4,0
31 – 40 anos	24	7,5
41 – 50 anos	26	8,1
51 – 60 anos	57	17,7
61 – 70 anos	92	28,6
71 – 80 anos	64	19,8
81 – 103 anos	46	14,3
<b>Especialidade de internação</b>		
Cardiologia	214	66,5
Ortopedia	32	9,9
Urologia	24	7,5
Vascular	19	5,9
Cabeça e pescoço	19	5,9
Ginecologia	9	2,8
Aparelho digestivo	3	0,9
Torácica	1	0,3
Bucomaxilo	1	0,3
<b>Tempo de Internação</b>		
1 – 10 dias	234	72,7
A partir de 11 dias	88	27,3

Fonte: Dados de pesquisa da autora.

Além das características sociodemográficas dos pacientes, foram avaliadas as seguintes variáveis relacionadas à segurança do paciente: Identificação do paciente, Higiene das mãos, Quedas, Úlceras por Pressão, Prescrições médicas, Administração de Medicamentos e Fluidoterapia. Essas variáveis foram pautadas nos protocolos de segurança do paciente da ANVISA.



### **Identificação do paciente**

Para esta variável foi verificado se os pacientes se encontrava com a pulseira de identificação preconizada pela Instituição. Verificou-se, então, que 75,5% dos participantes utilizavam a pulseira de identificação. Durante o período da coleta de dados, não houve eventos adversos associados à falha na identificação do paciente.

### **Higiene das mãos**

Nas unidades de internação estudadas há em todos os quartos suporte para álcool gel e pia com sabonete líquido e papel toalha para a lavagem das mãos, assim como nos postos de enfermagem. Para esta variável foi verificado se os pontos de acesso se encontravam completos, ou seja, com álcool gel, papel toalha e sabonete líquido para cada paciente visitado.

Verificou-se que a maioria dos pontos de acesso para realizar a higiene das mãos possui álcool gel (83,2%), papel toalha (98,8%) e sabonete líquido (96,9%).

### **Queda**

Na instituição estudada os pacientes são avaliados com risco de queda através da escala *St. Thomas Risk Assessment Tool in the Falling Elderly (Stratify)*. Devido ao perfil dos pacientes internados, bem como, alguns fatores que contribuem para a identificação de risco de quedas não estarem contemplados entre os indicadores dessa escala, os enfermeiros das unidades de internação têm autonomia de avaliar o risco do paciente e classificá-lo com risco de queda a partir da aplicação do processo de enfermagem, que inclui histórico, diagnóstico de enfermagem e evolução diária das condições de saúde.

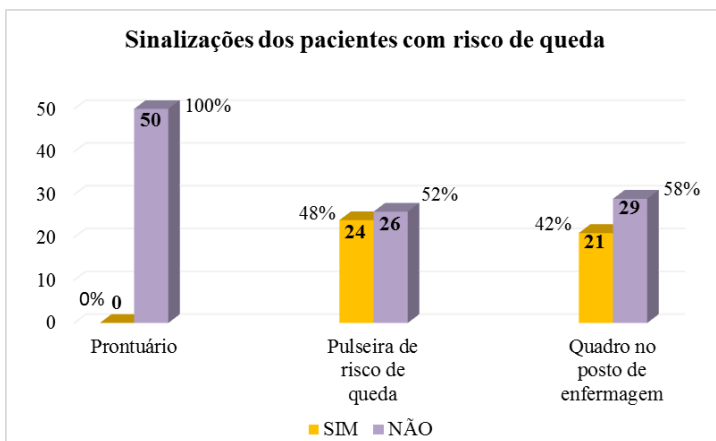
Nesta variável foi analisado se os pacientes receberam avaliação, na sua admissão e diariamente, para o risco de queda através da escala *Stratify*. Identificou-se que mais da metade dos pacientes foi avaliada na sua admissão (60,6%) e 70,2% era avaliada diariamente por meio desta escala.

Entre os pacientes estudados, 27 foram considerados com risco de queda pela escala *Stratify* e 32 foram considerados com risco de queda pelos enfermeiros. Dentre estes pacientes com risco, somente 9 foram considerados com risco de queda pela escala e pelos enfermeiros.

A Instituição preconiza que os pacientes que possuem risco de queda devam ser sinalizados com a pulseira de risco de queda, sinalizar

os prontuários destes pacientes e sinalizar no quadro que se encontra no posto de enfermagem (com as informações de cada paciente internado) aquele que possui risco de queda. O Gráfico 1 apresenta as sinalizações realizadas para estes pacientes.

**Gráfico 1.** Sinalizações dos pacientes com risco de queda nas unidades de internação de uma instituição hospitalar privada no Estado de Santa Catarina, Brasil, 2015 (N=50)



Fonte: Dados de pesquisa da autora.

Analisando o tempo de internação dos pacientes com a presença de risco de queda, verificou-se que há associação entre as variáveis, ou seja, os pacientes que estavam internados há mais de 11 dias possuíam maior risco de queda que aqueles internados há menos dias (<0,001; teste Qui-quadrado de Pearson).

Durante o período de coleta de dados, ocorreram 6 episódios de queda notificados pelos enfermeiros em pacientes distintos. A Tabela 2 apresenta as características destes episódios.

**Tabela 2.** Episódios de queda segundo características destes episódios nas unidades de internação de uma instituição hospitalar privada no Estado de Santa Catarina, Brasil, 2015.

Características	Episódios de queda	
	n	%
<b>Avaliação na admissão pela escala <i>Stratify</i></b>		
Sim	6	100
<b>Paciente com risco de queda?</b>		
Sim, pela escala <i>Stratify</i> e/ou Enfermeiro	4	66,7
Não	2	33,3
<b>Sinalização</b>		
Pulseira de risco de queda	4	66,7
Quadro do posto de enfermagem	3	50
<b>Tipo</b>		
Leito	3	50
Própria altura	2	33,3
Banheiro	1	16,7
<b>Motivo principal da queda</b>		
Desequilíbrio	4	66,7
Urgência urinária	1	16,7
Desorientação	1	16,7
<b>Equipe de enfermagem estava presente</b>		
Sim	2	33,3
Não	4	66,7
<b>Apresentou dano</b>		
Sim	1	16,7
Não	5	83,3

Fonte: Dados de pesquisa da autora.

É possível verificar que todos os pacientes que caíram foram avaliados na admissão pela escala *Stratify*, a maioria (66,7%) foi considerado com risco de queda pela escala e/ou pelo enfermeiro, sendo sinalizados com a pulseira de risco de queda. Metade das quedas ocorreu nos leitos e o motivo principal foi desequilíbrio dos pacientes. Somente um paciente apresentou dano (escoriação em face). Com relação às características dos pacientes que caíram, a maioria era do sexo

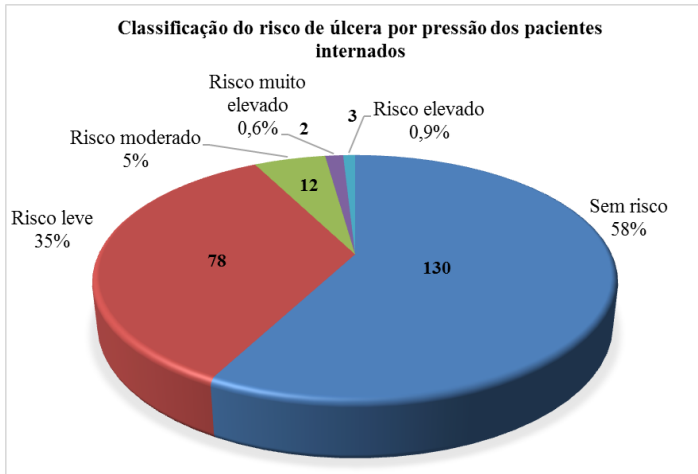
masculino e internaram sob a especialidade de Cardiologia (5 pacientes), todos possuíam mais de 80 anos, com média de idade de 86,3 anos  $\pm 2,73$  anos, e estavam internados a mais de 11 dias.

### Úlcera por Pressão

Nesta variável foi verificado se os pacientes foram avaliados na admissão e diariamente para o risco de desenvolver úlcera por pressão através da escala Braden. Identificou-se que mais da metade dos pacientes foram avaliados pela escala de Braden na admissão (59,9%) e 225 pacientes (69,9%) foram avaliados diariamente.

Conforme a classificação emitida pela escala de Braden, predominou pacientes sem risco de desenvolver úlcera por pressão (40,4%), conforme apresentado no Gráfico 2.

**Gráfico 2.** Classificação do risco de desenvolver úlcera por pressão dos pacientes nas unidades de internação de uma instituição hospitalar privada no Estado de Santa Catarina, Brasil, 2015. (N=225)



Fonte: Dados de pesquisa da autora.

Para os 17 pacientes que possuíam risco de desenvolver úlcera por pressão (risco moderado, elevado e muito elevado), 3 (17,6%) foram avaliados por nutricionista e 10 (58,8%) realizavam a mudança de decúbito a cada 2 horas.

Durante o período da coleta de dados, verificou-se que 11 pacientes desenvolveram úlcera por pressão. Por meio da análise entre as variáveis, verificou-se que há associação entre os pacientes com risco de desenvolver úlcera por pressão e aqueles que desenvolveram tal evento ( $p < 0,001$ ; através do teste Qui-quadrado de Pearson).

Dos pacientes que desenvolveram úlcera por pressão, mais da metade é do sexo masculino (54,6%), 10 pacientes foram avaliados na admissão pela escala de Braden e 2 pacientes foram classificados sem risco de desenvolver úlcera por pressão. 72,7% dos pacientes foram classificados com risco (de leve a muito elevado), a maioria dos pacientes (72,7%) não foi avaliada pelo nutricionista e todos os pacientes realizavam a mudança de decúbito, parcialmente (45,4%) ou a cada 2 horas (54,6%).

Com relação à idade destes pacientes, foi possível verificar que os pacientes com úlcera de pressão apresentam média de idade (79,2 anos  $\pm$  9,29 anos) significativamente maior que aqueles sem úlceras ( $p < 0,001$ ; Teste U de Mann-Whitney). Relacionando o tempo de internação, identificou-se que os pacientes que apresentaram tal evento estavam internados há mais de 11 dias ( $p < 0,001$ ; através do teste Exato de Fischer).

Com relação às úlceras de pressão, 9 pacientes desenvolveram somente uma úlcera e dois pacientes desenvolveram 2 e 4 úlceras respectivamente, totalizando 15 úlceras por pressão. Destas, 5 foram classificadas como estágio I e 10 foram classificadas como estágio II de úlcera por pressão.

### **Prescrições médicas e Administração de Medicamentos**

Nesta variável foram avaliadas todas as prescrições médicas dos pacientes durante a coleta de dados, verificando os seguintes itens: Nome completo do paciente, Número do prontuário, Setor, Número do Quarto/leito, Nome médico e carimbo, Legibilidade, Uso de siglas além das preconizadas pela Instituição, Via, Dose, Aprazamento da prescrição, incluindo “Se necessário” sem definir posologia e Data.

Com relação ao tipo de prescrição, a Instituição possui o prontuário eletrônico do paciente (Tasy<sup>®</sup>), no qual é possível realizar a prescrição eletrônica, porém também são utilizadas as prescrições manuais eventualmente. No total foram avaliadas 1217 prescrições, sendo que destas analisadas, verificaram-se quatro situações: 112 pacientes somente com prescrições eletrônicas, 86 pacientes com

prescrições eletrônicas com acréscimo manual, 63 pacientes com prescrições eletrônicas e manuais, e 60 pacientes somente com prescrições manuais.

Na Tabela 3 é possível observar os erros encontrados para cada item analisado juntamente com os tipos de prescrições. Ao examinar as prescrições com os erros encontrados, comprovou-se que há associação significativa entre as Prescrições manuais e as variáveis ‘Setor de internação’, ‘Número do quarto/leito’, ‘Legibilidade’, ‘Via’, ‘Dose’ e “‘Se necessário” sem definir posologia’. Durante o período da coleta de dados, não houve eventos adversos relacionados aos erros encontrados nas prescrições médicas.

Com relação à administração de medicamentos, durante a coleta de dados, foram notificados pelos enfermeiros somente dois casos de erros de medicação, sendo que nestes os medicamentos foram administrados em paciente errado.

Estes dois pacientes eram de ambos os sexos, possuíam média de idade de 83 anos, encontravam-se há mais de 11 dias internados, sob a especialidade Cardiologia, ambos possuíam a pulseira de identificação. Um paciente recebera prescrições eletrônicas com acréscimo manual e o outro, somente prescrições manuais, e apenas um deles apresentou dano ao evento (hipotensão).

**Tabela 3.** Prescrições médicas segundo itens avaliados de pacientes nas unidades de internação de uma instituição hospitalar privada no Estado de Santa Catarina, Brasil, 2015 (N= 1217)

	Total de erros	Eletrônica (n=339)		Eletrônica com acréscimo manual (n=541)		Eletrônica e manual (n=218)		Manual (n=119)		Valor de p*
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Nome completo do paciente	02	0		0		2	0,9	0		--
Número do prontuário	14	0		0		10	3,4	4	3,4	--
Setor	285	51	15	29	5,4	96	44	<b>109</b>	<b>91,6</b>	<b>&lt;0,001</b>
Número do quarto/leito	288	51	15	30	5,5	98	44,9	<b>109</b>	<b>91,6</b>	<b>0,019</b>
Nome do médico e carimbo	08	0		1	0,2	1	0,4	6	5,0	--
Legibilidade	391	0		186	34,4	95	43,6	<b>110</b>	<b>92,4</b>	<b>&lt;0,001</b>
Uso de siglas além das preconizadas pela Instituição	45	0		18	3,3	13	6	14	11,8	--
Via	145	0		63	11,6	28	12,8	<b>54</b>	<b>45,4</b>	<b>&lt;0,001</b>

Dose	344	20	5,8	153	28,3	73	33,5	<b>98</b>	<b>82,3</b>	<b>&lt;0,001</b>
Aprazamento	23	7	2,1	10	1,8	5	2,3	1	0,8	0,111
Data	20	0		0		7	3,2	13	10,9	--
“Se necessário” sem definir posologia.	541	162	47,8	269	49,7	82	37,6	<b>28</b>	<b>23,5</b>	<b>&lt;0,001</b>

\* Teste estatístico Kruskal Wallis.

-- Não foram realizados testes de associação por valores reduzidos ou nulos em uma categoria.

Fonte: Dados de pesquisa da autora



## **Fluidoterapia**

Nesta variável foram verificados quantos pacientes apresentavam acesso venoso periférico e acesso venoso central durante a internação, se houve presença de complicações nos acessos (como flebite, infiltração, infecção local ou sistêmica), tempo de punção e tipo de cobertura nos casos com complicações nos acessos.

Foi possível averiguar que 204 pacientes (63,3%) apresentavam acesso venoso periférico e 2 pacientes tiveram acesso venoso central durante a internação. Com relação às complicações de acesso venoso periférico, ocorreram 47 complicações em 30 pacientes: 23 casos de flebite e 24 casos de infiltração.

Desses pacientes, 4 apresentaram as duas complicações, 4 pacientes tiveram mais de um episódio de flebite durante a internação (2 a 4 episódios de flebite) e 5 pacientes apresentaram mais um episódio de infiltração (2 a 3 episódios de infiltração). Dos 23 casos de flebites, 22 ocorreram em pacientes cardiológicos e dos 24 casos de infiltração, 14 ocorreram em pacientes cardiológicos.

Com relação ao tempo de punção dessas complicações, variou entre 1 a 5 dias, com média de 2,47 dias. Todos os pacientes utilizaram fixador estéril (IV Fix<sup>®</sup>) nas punções venosas periféricas. Não houve casos de complicações nos dois acessos venosos centrais.

## **DISCUSSÃO**

Do total da população estudada, evidenciou-se a predominância de pacientes idosos, do sexo masculino e que internaram sob a especialidade de cardiologia.

Com relação à identificação dos pacientes, verificou-se que 75,5% dos pacientes utilizavam a pulseira de identificação, sendo este resultado inferior quando comparado aos resultados de outras instituições (QUADRADO; TRONCHIN, 2012; BARBOSA et al., 2014). A identificação do paciente é considerada um dos principais fatores para monitorar a qualidade do cuidado, especialmente por agir como protetor de eventos adversos em procedimentos de alto risco, como na administração de medicamentos, transfusão sanguínea, na realização de procedimentos cirúrgicos e exames diagnósticos (NEVES; MELGAÇO, 2011).

Para prevenção de infecção, a higiene das mãos é considerada uma prática essencial. Neste estudo, identificou-se expressiva

disponibilidade de álcool gel, papel toalha e sabonete líquido nos pontos de acesso, e por mais que estes resultados não garantem a prática de higienização das mãos, estes favorecem a sua adesão.

Dos eventos adversos o que mais ocorre nas instituições hospitalares é a queda de pacientes (DUARTE et al., 2015; MENEGUIN; AYRES; BUENO, 2014). Um dos cuidados recomendados para evitá-lo é a utilização de escala de avaliação de risco de queda; a Instituição em questão utiliza a escala *Stratify*. A avaliação do risco de queda deve ser feita no momento da admissão do paciente e deve ser repetida diariamente até a sua alta (BOUSHON et al., 2012). Esta prática se evidencia nas unidades de internação, porém deve ser estimulada, pois pouco mais da metade dos pacientes é avaliada na sua admissão e cerca de 70% são avaliados diariamente.

Com relação à sinalização do risco de queda, a adesão ao protocolo institucional não ocorre adequadamente, já que não houve a sinalização do prontuário, menos da metade dos pacientes foram sinalizados com a pulseira de risco de queda e no quadro presente no posto de enfermagem. Este achado é importante para refletir se este protocolo de sinalização é o mais adequado à realidade das unidades, uma vez que apresenta baixa adesão dos profissionais.

As características dos episódios de queda apresentados são convergentes com outros estudos; a maioria era do sexo masculino, com idade avançada, internados há mais de 10 dias, apresentando queda no leito, da própria altura ou no banheiro, e presença de fatores como desequilíbrio, desorientação ou urgência urinária (MENEGUIN; AYRES; BUENO, 2014; LUZIA; VICTOR; LUCENA, 2014).

Assim como no risco de queda, identificou-se a mesma adesão à escala de avaliação de risco de úlcera por pressão, tanto na admissão quanto diariamente na internação do paciente. Uma avaliação criteriosa e periódica do paciente em risco para o desenvolvimento de úlcera por pressão é imprescindível na prática do enfermeiro (BORGHARDT et al., 2015). A escala utilizada pela Instituição – escala de Braden - estabelece a probabilidade da ocorrência da úlcera por pressão com base numa série de parâmetros considerados como fatores de risco, como avaliação da pele, mobilidade, umidade, incontinência, nutrição, dor, entre outros fatores (NACIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, 2009).

Identificou-se a associação entre os pacientes com risco de desenvolver úlcera por pressão pela escala em questão e aqueles que

desenvolveram tal evento, o que demonstra a importância da adesão à avaliação na admissão e diariamente.

A atuação do enfermeiro na avaliação do risco subsidia um planejamento do cuidado integral e individualizado ao paciente e à família, proporciona informações imprescindíveis para o plano de cuidado, quando, por exemplo, identifica um problema sem subsídio do instrumento, e sim, pautado em sua relação e diálogo com o paciente. Ainda, assegura a comunicação multidisciplinar eficaz, possibilitando a implementação de cuidados preventivos após a identificação do risco (FERNANDES et al., 2012; BORGHARDT et al., 2015).

Neste sentido, é importante refletir se os cuidados preventivos estão sendo realizados adequadamente, já que mais de 70% dos pacientes que desenvolveram úlcera por pressão foram classificados com risco para desenvolver tal evento. Sendo este um elemento que repercute também na valorização da necessidade de suporte dos demais profissionais da equipe de saúde.

Dentre os eventos adversos, os erros de medicação têm recebido destaque nas pesquisas, a partir do relatório publicado pelo Instituto de Medicina. O sistema de medicação é complexo e para sua realização se faz necessário o cumprimento de vários processos, como os de prescrição, de dispensação, de preparo e administração do medicamento, podendo ocasionar erros em qualquer etapa do processo se não realizados corretamente (AIZENSTEIN; TOMASSI, 2011).

Com relação à prescrição, esta deve ser legível, clara e completa, apresentando o nome, número de registro e leito do paciente, a data, o nome do medicamento, a dosagem, a via, o horário de administração, a duração do tratamento, a assinatura legível do médico e o número do registro no conselho de classe correspondente (ANVISA, 2013). No estudo em questão, verificaram-se erros em todos os itens avaliados, principalmente no quesito dose, legibilidade e “se necessário” sem definir posologia, apresentando média de 1,73 erros por prescrição (as prescrições manuais apresentaram média de 4,58 erros por prescrição e as prescrições eletrônicas apresentaram 0,83). Esses erros ocorrem principalmente nas prescrições manuais e prescrições eletrônicas com acréscimo manual.

As prescrições manuais, devido à caligrafia ilegível, requerem tempo extra por parte da equipe de saúde para interpretá-la, raramente proporciona à equipe da farmácia e da enfermagem todas as informações necessárias para a administração segura dos medicamentos, e o risco de

erros ocorrerem é aumentado na medida em que os profissionais não são capazes de ler corretamente as prescrições, resultando em confusão durante a dispensação, distribuição, preparo e administração dos medicamentos (NAIR; KAPPIL; WOODS, 2010; ANVISA, 2013).

Para a administração dos medicamentos, infusão de fluidos e/ou aporte nutricional, a maioria dos pacientes internados se encontravam com acesso venoso periférico. A terapia intravenosa é um elemento que merece atenção na segurança do paciente, por ser resultante de procedimento invasivo, demandar manejo constante e possibilitar a presença de eventos adversos ou complicações, como flebite e infiltração (CAMERINI; SILVA, 2011).

A *Infusion Nursing Society* (INS, 2011), órgão de referência internacional da enfermagem na terapia intravenosa, considera aceitável incidência total de flebites em até 5%. Verificou-se que os pacientes do estudo apresentaram um índice duas vezes maior que o indicado pela INS, porém se comparado com outras realidades brasileiras (SOUZA et al., 2015; URBANETTO et al., 2011), o índice ainda se encontra inferior.

## CONCLUSÃO

Os cuidados de enfermagem relacionados à segurança do paciente estão sendo realizados nas três unidades de internação, porém há necessidade de desenvolvimento, principalmente na adesão das escalas de avaliação de risco, como *Stratify* e Braden, a sinalização aos pacientes com risco de queda e a participação da equipe multidisciplinar na prevenção da úlcera por pressão.

Verifica-se a importância do enfermeiro conhecer a sua realidade e seus pacientes, os riscos presentes durante o cuidado e planejar os cuidados preventivos aos possíveis eventos adversos, já que estes são constantemente observados na prática assistencial, como identificado neste estudo.

A prescrição médica é um fator importante para a prevenção de eventos adversos relacionados à administração de medicamentos, sendo necessário adotar a prescrição eletrônica como melhor prática, evitando dessa forma o não entendimento dos itens prescritos, otimizando o tempo e o cuidado prestado ao paciente, tornando o processo mais seguro e confiável.

Ainda, outro fator que pode acarretar repercussões na continuidade do cuidado, bem como no processo de auditoria institucional, são as falhas no registro ou os dados incompletos nos prontuários relacionados, como por exemplo, ao número exato de punções venosas. Este elemento pode ser entendido como uma limitação do estudo, que buscou superá-la através de complementação dos dados com os enfermeiros. Outra limitação foi o fato do processo de coleta de dados não contar com observação para comparar com os dados, considerando a possibilidade de subnotificação tanto dos eventos quanto no registro profissional formal.

Estudos como este são importantes para identificar os riscos e possíveis eventos adversos em diversas realidades, verificar a adesão aos protocolos institucionais e analisar os indicadores de segurança do paciente, dessa forma é possível atuar frente aos problemas levantados, melhorando a qualidade e segurança no cuidado.

## REFERÊNCIAS

AIZENSTEIN, Moacyr Luiz; TOMASSI, M.H. **Problemas relacionados a medicamentos; reações adversas a medicamentos e erros de medicação:** a necessidade de uma padronização das definições e das classificações. Rev Cienc Farm Basica Apl., v.32, n.2, p.169-73, 2011.

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. **Assistência Segura:** Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Brasília (DF): ANVISA; 2013.

BARBOSA, Tais Pagliuco et al. **Práticas assistenciais para segurança do paciente em unidade de terapia intensiva.** Acta Paul Enferm., São Paulo, v. 27, n. 3, p. 243-8, jun.2014 .

BORGHARDT, Andressa Tomazoni et al. **Avaliação das escalas de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos:** uma coorte prospectiva. Rev. Latino-Am. Enfermagem, v.23, n.1, p.28-35, jan./fev.2015.

BOUSHON, B. et al. **How-to Guide: Reducing Patient Injuries from Falls**. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2012.

CAMERINI, Flávia Giron; SILVA, Lolita Dopico. **Patient safety: analysing intravenous medication preparation in a sentinel network hospital in Brazil**. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 41-9, mar.2011 .

DUARTE, Sabrina da Costa Machado et al. **Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem**. *Rev Bras Enferm.* Brasília, v. 68, n. 1, p. 144-54, feb. 2015 .

FERNANDES, Maria das G.Melo et al. **Risco para úlcera por pressão em idosos hospitalizados: aplicação da Escala de Waterlow**. *Rev Enferm UERJ*, v.20, n.1, p.56-60, 2012.

INFUSION NURSES SOCIETY. **Infusion nursing standards of practice**. *J Infus Nurs.* 2011; 34(1S).

JAMES, John T. **A new evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care**. *J Patient Saf*, v.9, n. 3, p.122-8, set.2013.

JANSSEN, Alana Michelle da Silva et al. **Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio**. *Rev Pesq Saúde*, v.16, n.1, p.29-33, jan/abr.2015.

LIMA, Camila S. Pires; BARBORA, Sayonara F. Faria. **Ocorrência de eventos adversos como indicadores de qualidade assistencial em unidade de terapia intensiva**. *Rev Enferm UERJ*, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.222-8, mar/abr.2015.

LUZIA, Melissa de Freitas; VICTOR, Marco A. de Goes.; LUCENA, Amália de Fátima. **Diagnóstico de enfermagem Risco de quedas: prevalência e perfil clínico de pacientes hospitalizados**. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v.22, n.2, p.262-8, mar/abr.2014.

MENDES, Walter et al. **The assessment of adverse events in hospitals in Brazil**. *International Journal for Quality in Health Care*, v.21, n.4, p.279–84, 2009.

MENEGUIN, Silmara; AYRES, Jairo Aparecido; BUENO, Giovana Hass. **Caracterização das quedas de pacientes em hospital especializado em cardiologia**. Rev Enferm UFSM, v.4, n.4, p.784-91, out/dez.2014.

NAIR, Rama P.; KAPPIL, Daya; WOODS, Tonja M. **10 Strategies for Minimizing Dispensing Errors**. Pharmacy Times. Published Online: January, 2010. Disponível em: <<http://www.pharmacytimes.com/publications/issue/2010/january2010/p2pdispensingerrors-0110>>. Acesso em: 20 janeiro 2016.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY. Panel and European Pressure Ulcer Advisory Panel. **Prevention and treatment of pressure ulcer: Clinical Practice Guidelines**. Washington, DC: Nacional Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009

NEVES, Lourdes Alexandrina de Castro; MELGAÇO, Regina Maria Tavares. **A identificação do paciente como indicador de qualidade**. 2011. Trabalho de Conclusão de Curso da Pós Graduação Latu Sensu em Gestão de Ambiente e Segurança em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://proqualis.net/dissertacao/identifica%C3%A7%C3%A3o-do-paciente-como-indicador-de-qualidade>>. Acesso em: 01 de janeiro de 2016.

OLIVEIRA, Jéssica Maria Aguiar de et al. **Complicações no pós-operatório de cirurgia cardiovascular com circulação extracorpórea**. R. Interd., v. 8, n. 1, p. 9-15, jan./mar. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estrutura Conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente** - Relatório Técnico Final. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2011.

PORTO, Silva et al. **A magnitude financeira dos eventos adversos em hospitais no Brasil**. Rev Port Saude Publica, vol temat, n.10, p. 3-10, 2010.

QUADRADO, Ellen R. Sevilla; TRONCHIN, Daysi M. Rizatto.

**Evaluation of the identification protocol for newborns in a private hospital.** Rev Latino-Am Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 20, n. 4, p. 659-67, ago. 2012.

REIS, Cláudia Tartaglia; MARTINS, Mônica; LAGUARDIA, Josué. **A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde** – um olhar sobre a literatura. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 2029-36, jul. 2013.

ROQUE, Keroulay.E.; MELO, Enirtes C. Prates. **Avaliação dos eventos adversos a medicamentos no contexto hospitalar.** Esc Anna Nery, Rio de Janeiro, v.16, n. 1, p. 121-7, mar. 2012.

SOUZA, Angela E. Breda Rodrigues et al. **Prevalência de flebites em pacientes adultos internados em hospital universitário.** Rev Rene., v. 16, n. 1, p.114-22, jan/fev. 2015.

URBANETTO, J.Souza et al. **Prevalência de flebites em pacientes adultos com cateter venoso periférico.** Rev Enferm UFSM., v.1, n.3, p.440-8, set/dez.2011.



## **6.2 MANUSCRITO II – Subsídios à liderança do enfermeiro no cuidado seguro à pessoa com doença cardiovascular**

### **Subsídios à liderança do enfermeiro no cuidado seguro à pessoa com doença cardiovascular**

**RESUMO:** Objetivo: Descrever as relações entre liderança do enfermeiro e segurança do paciente na prevenção de eventos adversos e promoção do cuidado seguro. Método: Estudo descritivo com abordagem qualitativa, desenvolvido em três Unidades de internação de uma instituição privada especializada em cardiologia em Santa Catarina. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, entre agosto e outubro de 2015, com 14 enfermeiros. Utilizou-se a Análise de Conteúdo proposta por Bardin. Resultados: Emergiram duas categorias que apresentam os conceitos e as principais características da Instituição no que tange à segurança do paciente e aos eventos adversos, bem como abordam as habilidades e ações de liderança para garantir o cuidado seguro. Conclusão: A liderança do enfermeiro é essencial para garantir a segurança do paciente, já que este se constitui como referência por supervisionar de forma contínua o ambiente e a sua equipe, além de orientar os pacientes e acompanhantes, incluindo-os como participantes do cuidado.

**DESCRITORES:** Enfermagem. Liderança. Gestão em Saúde. Segurança do Paciente. Enfermagem Cardiovascular.

### **INTRODUÇÃO**

As doenças cardiovasculares são atualmente a principal causa de morte no mundo. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2012 cerca de 17,5 milhões de pessoas morreram vítimas dessas doenças (WHO, 2014). No Brasil, cerca de 28% de todas as mortes registradas no país foram ocasionadas pelas doenças cardiovasculares, sendo a principal causa de mortes em 2014 (BRASIL, 2015).

As pessoas com doenças cardiovasculares apresentam dificuldades para aderência e manutenção do tratamento, com consequentes reinternações hospitalares devido às complicações do estado de saúde que podem estar relacionadas ao déficit no autocuidado

ou mesmo de conhecimento sobre a doença, seu tratamento, as formas de prevenção e manutenção da própria saúde (NEVES, 2012). As doenças cardiovasculares geram alterações na condição de vida dessas pessoas, e, para enfrentar essa situação, a pessoa com doença cardiovascular deve contar com a ajuda de profissionais da área da saúde capacitados para atuar na prevenção e no tratamento dessas doenças.

A equipe de enfermagem em uma instituição hospitalar é fundamental no cuidado à pessoa com doença cardiovascular, pois compõe o maior número de profissionais de saúde, prestando assistência direta ao paciente e em tempo integral. Neste contexto, o enfermeiro é o profissional habilitado e responsável por gerenciar a unidade e o cuidado prestados a estes indivíduos (SANTOS, 2015).

Como coordenador deste cuidado, o enfermeiro é automaticamente responsável pelo desenvolvimento do plano de cuidado que vise suprir as necessidades do paciente. Ele mantém uma visão abrangente de todo o atendimento prestado pelos membros da equipe de saúde e desempenha papel central na comunicação da situação de saúde, no esclarecimento das metas do tratamento e na promoção da tomada de decisão (JCAHO, 2008; SANTOS et al., 2013).

A liderança do enfermeiro tem impacto sobre o cuidado oferecido nos diversos cenários em saúde. Revisão sistemática identificou relação direta entre a liderança do enfermeiro e o aumento do conhecimento e competência da equipe de enfermagem, e com a diminuição da rotatividade de pessoal, contribuindo assim com a redução da mortalidade paciente, infecções hospitalares (como pneumonia e infecção urinária) e eventos adversos, como erros de medicação, úlcera por pressão e queda dos pacientes. A liderança do enfermeiro influencia os desfechos dos pacientes através da realização de mudanças no ambiente de trabalho ou influenciando as atitudes, comportamento ou desempenho da equipe de enfermagem (WONG; CUMMINGS; DUCHARME, 2013).

Considerando que o enfermeiro e a equipe de enfermagem são os elementos chaves no processo de evitar erros e impedir decisões ruins; considerando o papel de liderança assumido pelo enfermeiro para promover a qualidade do cuidado e segurança do paciente (ANVISA, 2013); e, ainda, considerando que a enfermagem se constitui no maior contingente de profissionais que presta cuidado direto à pessoa com doença cardiovascular, este estudo teve como objetivo descrever as

relações entre liderança do enfermeiro e segurança do paciente na prevenção de eventos adversos e promoção do cuidado seguro em uma instituição especializada em cardiologia no Estado de Santa Catarina.

## **MÉTOD**

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, desenvolvido em uma instituição hospitalar privada especializada em cardiologia no Estado de Santa Catarina, no período entre agosto e outubro de 2015.

A instituição é de médio porte, consta com 55 leitos de internação clínica e cirúrgica e conta com o sistema TASY<sup>®</sup>, o qual é um *software* de gestão em saúde que permite o gerenciamento das atividades administrativas, financeiras, operacionais e assistenciais. Esse sistema possibilita melhoria no atendimento ao paciente com o uso da prescrição informatizada e do prontuário eletrônico, das ferramentas de gestão do atendimento, rastreabilidade e integração das informações (PHILIPS, 2012).

Os locais de pesquisa foram as três Unidades de internação, sendo que a Unidade 1 conta com 19 leitos de internação, a Unidade 2 e Unidade 3 contam com 18 leitos de internação, respectivamente.

A equipe de enfermagem na Unidade 1 e Unidade 3 se constitui por 8 enfermeiros e 28 técnicos de enfermagem, trabalhando em escala 12 x 36 (12 horas de trabalho por 36 horas de descanso). A equipe de enfermagem na Unidade 2 compreende 8 enfermeiros e 8 técnicos de enfermagem, sendo que no período diurno a unidade apresenta 3 enfermeiros assistenciais que realizam os cuidados integrais aos pacientes e 1 técnico de enfermagem para auxiliar os enfermeiros; já no período noturno ocorre o oposto, a equipe é composta por 1 enfermeiro e 3 técnicos de enfermagem. A escala de trabalho nessa unidade também é 12 x 36. Para as unidades de internação, há a uma enfermeira responsável pela supervisão e uma enfermeira responsável pela coordenação das áreas clínicas.

Como critérios de inclusão, consideraram-se: ser profissional enfermeiro que atue na unidade no período da coleta de dados e trabalhar nesta unidade há no mínimo três meses. Ao final, dos 16 enfermeiros disponíveis, o estudo contou com a participação de 14 enfermeiros, já que dois profissionais não se encaixaram nos critérios de inclusão, pois estavam a menos de 3 meses trabalhando na unidade.

A coleta de dados foi realizada através de entrevistas semiestruturadas compostas por questões norteadoras sobre segurança do paciente e a liderança do enfermeiro para garantir o cuidado seguro à pessoa com doença cardiovascular. As entrevistas foram áudio gravadas em meio digital e os registros foram transcritos na íntegra. Os participantes foram entrevistados em um único encontro com duração média de 20 minutos.

Após esta etapa, as entrevistas passaram por processo analítico e descritivo a partir do referencial da Análise de Conteúdo, segundo Laurence Bardin. Tal referencial é composto de três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados (a inferência e a interpretação) (BARDIN, 2009).

Na pré-análise, iniciou-se com a leitura de todos os dados por diversas vezes para obter o sentido do todo. Esse primeiro contato com os dados se constitui no que Bardin chama de "leitura flutuante" (BARDIN, 2009).

Na segunda fase, realizou-se a exploração do material ou codificação, que consiste na definição de categorias através da codificação. Esta é a etapa da descrição analítica, da codificação, classificação e a categorização (BARDIN, 2009). As categorizações foram feitas manualmente por agrupamento dos códigos que emergiram.

O último momento no tratamento dos resultados que se divide nas inferências e na interpretação, quando ocorre a condensação e o destaque das informações para análise, propõe inferências e realiza interpretações (BARDIN, 2009). Nesta última etapa emergiram da análise dos dados 2 categorias e 6 subcategorias.

Para garantir o anonimato dos participantes, estes foram codificados com as letras 'EA' para os enfermeiros assistenciais, e 'E' para os demais enfermeiros, seguindo de numeral arábico conforme a ordem em que foram entrevistados. Ressalta-se que participaram do estudo somente aqueles enfermeiros que, após o esclarecimento sobre a forma de participação e direitos, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A pesquisa seguiu todas as recomendações e preceitos éticos da Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, iniciando-se apenas após apreciação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina/SES sob Protocolo n. 1.049.447.

## RESULTADOS

As características sociodemográficas dos participantes estão apresentadas na Tabela 1. A análise dessas características revelou que a maioria dos profissionais é do sexo feminino (78,6%) e a idade dos profissionais variou entre 23 e 37 anos, evidenciando a predominância de adultos jovens.

**Tabela 1.** Características sociodemográficas dos enfermeiros das unidades de internação de internação de uma instituição hospitalar privada especializada em cardiologia no Estado de Santa Catarina, Brasil. (N=14)

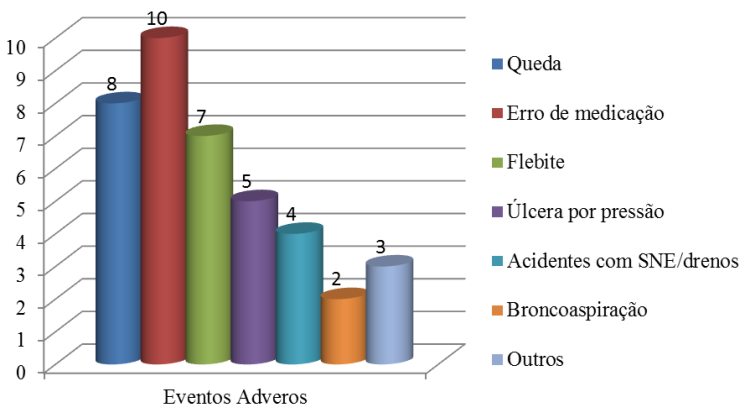
Características	N	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	11	78,6
Masculino	03	21,4
<b>Faixa etária</b>		
23 – 30 anos	09	64,3
31 – 40 anos	05	35,7
<b>Tempo de formação na enfermagem:</b>		
<1 ano	1	7,1
1 – 5 anos	9	64,3
>5 anos	4	28,6
<b>Experiência anterior como técnico em enfermagem</b>		
Sim	06	42,8
Não	08	57,2
<b>Tempo de trabalho na Unidade de Clínica Cirúrgica</b>		
<1 ano	10	71,4
>1 ano	04	28,6
<b>Pós- graduação</b>		
Sim, Especialização	08	57,1
Não	06	42,9

Fonte: Dados de pesquisa da autora.

Quanto à formação profissional, os enfermeiros entrevistados representaram um perfil de profissionais com tempo de formação na área recente, já que a maioria (71,4%) possui até 5 anos de formado. Em relação ao tempo de experiência desses profissionais nas unidades de internação, 10 enfermeiros (71,4%) trabalham há menos de 1 ano na instituição. Com relação à pós-graduação, a maioria dos enfermeiros (57,1%) possui especialização em diversas áreas de atuação, predominando em UTI/EMG (62,5%).

Quando questionados quais eventos adversos já presenciaram nas unidades de internação, 10 enfermeiros relataram que já assistiram a erro de medicação, 8 referiram queda, 7 presenciaram flebite e 5 referiram úlcera por pressão, conforme apresentando no Gráfico 1. Por se tratar de uma questão aberta, cada enfermeiro poderia citar mais de um evento. Somente um enfermeiro referiu não ter visto evento adverso nas unidades de internação.

**Gráfico 1.** Eventos Adversos citados pelos enfermeiros das unidades de internação de uma instituição hospitalar privada especializada em cardiologia no Estado de Santa Catarina, Brasil.



Fonte: Dados de pesquisa da autora.

Os códigos apreendidos nos discursos dos enfermeiros entrevistados foram distribuídos em 2 categorias temáticas que serão devidamente apresentadas e analisadas a seguir: “Segurança do Paciente

na visão do Enfermeiro” e “Liderança do Enfermeiro para o Cuidado Seguro”.

### **Segurança do paciente na visão do enfermeiro**

A categoria *Segurança do paciente na visão do enfermeiro* foi sustentada por 04 subcategorias que buscam apresentar os conceitos e as principais características da Instituição no que tange à segurança do paciente e aos eventos adversos.

Na primeira subcategoria, intitulada *Conceituando segurança do paciente e os eventos adversos*, os enfermeiros apresentam os termos permeados por vários significados, como estar seguro em um ambiente hospitalar, evitando riscos e danos ao paciente, os quais podem interferir no processo de cuidado.

Para os enfermeiros, o cuidado humanizado, holístico, integral, com qualidade e segurança também está relacionado à segurança do paciente.

*É o atendimento humanitário, completo, com uma visão holística, tem que vislumbrar tanto a questão biopsicossocial do paciente [...] Então é uma visão total do paciente para garantir a segurança dele. (E8)*

Verificou-se que a segurança do paciente também está relacionada com a segurança física do mesmo, associada à prevenção de infecção. Salientam a falta de segurança na entrada do hospital e o não controle do número e de pessoas que visitam os pacientes pode levar a um ambiente de infecção ou contaminação para os pacientes e acompanhantes.

*Eu me preocupo com isso, com a falta de segurança de entrada, não tem segurança na porta de entrada no hospital [...] Tinha um paciente em pós-operatório com 9 pessoas visitando em enfermaria, acho que isso também não é seguro para o paciente, né? E também a questão de infecção, infecção cruzada, né, que faz parte da segurança do paciente. (E2)*

Para os enfermeiros, ter uma equipe qualificada e capacitada é necessário para garantir um cuidado com segurança aos pacientes cardiológicos, já que esses apresentam mais riscos, principalmente aqueles que se encontram em período pós-operatório.

*Os profissionais inseridos da enfermagem têm que estar treinados e capacitados também [...] porque a partir do momento que a gente coloca um profissional, não só descomprometido, mas incapacitado, coloca em risco a segurança. (E3)*

*O paciente pós-operatório de cirurgias cardíacas eu acho que demanda um pouco mais de cautela [...] É paciente com mais riscos, eles podem desestabilizar mais rapidamente [...] Então a gente tem que ficar atento nas 24 horas. (E7)*

Quando o paciente sofre algum dano durante o seu tratamento ou durante o cuidado realizado é considerado pelos enfermeiros como evento adverso, o qual desvia do cuidado planejado ao paciente. Os eventos adversos podem ocorrer com qualquer profissional e por diversos fatores, como falta de atenção, excesso de trabalho, falta de capacitação, dimensionamento inadequado da equipe, materiais insuficientes ou até eventos ocasionados pelo próprio paciente.

*Às vezes, o posto está 'supercorrido', 'superagitado' mesmo [...] o telefone tocando, a campainha tocando, é médico perguntando, acompanhante 'supersolicitante'... Então eu acho que em função disso acaba ocorrendo esses 'escorregões'. (EA6)*

*Por exemplo, num momento quando o paciente está grave, uma parada, a gente teve falta de material na hora, que não tinha aqui, que daí teve que sair e ir buscar e quando pegou, não funcionou [...] Isso acaba prejudicando naquele momento que um segundo faz diferença para o paciente. (EA3)*

*Porque, às vezes, é inevitável, né? Às vezes, o paciente saca uma sonda, às vezes, o paciente levanta mesmo estando orientado a chamar e ele cai, ou perde o acesso. (E4)*

A subcategoria *Conhecendo os eventos adversos e a importância da notificação* revela que após detectar o evento adverso, o enfermeiro avalia o paciente, verifica a presença de dano e realiza os primeiros cuidados, e em seguida, o médico assistente é comunicado sobre o ocorrido.

Na instituição, há um protocolo definindo quais eventos adversos devem ser notificados no sistema TASY<sup>®</sup> (sistema eletrônico). Todos os enfermeiros que presenciaram eventos adversos referiram ter notificados no sistema. As notificações são realizadas apenas pelos enfermeiros, então quando ocorre evento adverso com algum profissional da equipe de enfermagem, o enfermeiro fica condicionado ao profissional de informá-lo para então realizar a notificação. Quando questionados sobre



a possibilidade de liberar as notificações aos outros membros da equipe, os enfermeiros referiram que preferem dessa forma, pois assim eles ficam cientes dos eventos.

*É um sistema pronto, é no Tasy. Daí, eu coloco os dados do paciente, os meus dados, a ação que eu realizei, se causou dano ou não no paciente [...] Eu acho que o enfermeiro que deve fazer realmente, porque se for liberado para os técnicos, o enfermeiro nem vai saber o que aconteceu, pode ser que nem fique sabendo, né. (E2)*

Para os enfermeiros a notificação eletrônica é simples de ser realizada, permite utilizar os dados como indicador de qualidade, além de possibilitar conhecer a realidade das unidades, verificar as necessidades de treinamentos e melhorar os processos. Porém referem não ter retorno da Instituição após as notificações, sobre o que é feito com essas informações e quais são os indicadores dos eventos adversos.

*Eu não vejo retorno. Eu mando, por exemplo, uma notificação de úlcera por pressão, não recebo retorno nenhum tipo 'ah recebi a notificação de úlcera' [...], nenhum retorno de que 'ah recebi e vi' (E5)*

*A gente pudesse ver um gráfico ou algum tipo de estatística que a gente pudesse estar acompanhando, quanto teve esse mês? Qual foi o posto? Para gente poder ir mapeando e evitando, que esse índice diminuísse, até mesmo para zerar. (E8)*

Além das notificações eletrônicas, os enfermeiros relatam o evento adverso na evolução de enfermagem, informam o ocorrido na passagem de plantão e, caso o evento adverso seja úlcera por pressão, é comunicado também à Comissão de Integridade da Pele (CIP) da instituição, além de registrar em um documento específico as características e tratamento realizado para a úlcera por pressão:

*E tem uma folha também que fica no posto de enfermagem sobre úlcera por pressão que a gente coloca ali a úlcera, o grau, o que está sendo utilizado no momento. A gente tem também uma CIP (Comissão de Integridade da Pele) e a gente acaba fazendo uma comunicação com os outros membros para que eles fiquem cientes do que está sendo usado e qual o paciente que tem o problema. (EA4)*

As notificações realizadas são encaminhadas à enfermeira supervisora, sendo esta responsável pelas três unidades de internação.

Após os eventos adversos, a supervisão orienta os enfermeiros sobre as condutas a seguir, os cuidados necessários para cada evento e relembra sobre a importância das notificações. Por acompanhar a rotina da enfermagem, a enfermeira supervisora auxilia os enfermeiros a identificar as necessidades de treinamento para prevenção dos eventos adversos.

*A gente aqui tem a supervisão muito ativa. Então a gente já passa para a supervisão (o evento adverso). Até mesmo para eles orientarem a gente quanto aquele momento, o que fazer, porque muitas vezes a gente também acaba, na hora, sem saber o que fazer. Então, pede muito a orientação.* (EA3)

Surgiram situações contrárias sobre o apoio que a supervisão oferece após a ocorrência dos eventos adversos. Para alguns, há liberdade aos enfermeiros procurarem a supervisão para compartilhar as dificuldades, expressar as suas opiniões e dar sugestões. Para outros, há cobrança e questionamentos após os eventos adversos, solicitando mais atenção à equipe de enfermagem e aumento dos cuidados para prevenção.

*A gente sempre teve liberdade de expressar, porque tem-se a hierarquia, isso é fato! Todo lugar vai ter, mas a gente sempre tem liberdade de chegar e estar dando as nossas opiniões e expondo o que a gente acha, o que deveria fazer para melhorar.* (E4)

*É, por exemplo, muitos pacientes com úlcera por pressão [...] mas o que essa equipe está passando para não ter conseguido mudar esse decúbito? Então eu acho que falta um pouco dessa conversa [...] A gente precisa um pouco desse entendimento e de sentar junto e ter soluções pra resolver esse problema, porque é um problema. Então tem que ver qual é a causa disso, por que não está sendo mudado de decúbito? [...] Não apenas chamar a atenção 'não pode acontecer'. (E5)*

Através da subcategoria *Repercussão dos eventos adversos para o enfermeiro e para a equipe de enfermagem*, verificou-se que com a ocorrência dos eventos adversos surgem sentimentos negativos, como tristeza, desânimo, preocupação e culpa. Há dificuldade dos profissionais falarem sobre os erros, em dividir as suas experiências, tanto por vergonha quanto por medo de repercussões negativas por parte da equipe de enfermagem, da supervisão ou até mesmo dos pacientes/familiares.

*Quando acontece algum evento, lógico que a gente não queria que acontecesse. Mas quando acontece a gente fica bem chateado porque a gente tenta fazer um trabalho assim, o melhor possível, né? E aí a gente fica um pouco desanimado com aquilo que ocorreu. (EA1)*

*É resistência de falarem que eles erraram, né? Porque tem gente que não admite. Tem gente que não admite, tem gente que não quer e tem gente que tem medo. Eu acho que o medo é um bloqueio muito grande para isso. Porque a pessoa fala 'Ai, eu errei eu não vou falar, porque se eu falar... Ai, vou dar um jeito aqui mesmo, porque se não, vai acabar descobrindo e vão me mandar embora'. (EA2)*

Mas surgem também repercussões positivas após os eventos adversos, pois a equipe de enfermagem aprende com o evento, fica mais atenta e aumenta os cuidados para prevenção.

*A gente consegue tirar uma positividade no que acontece, porque a gente aprende e já evita que aconteça novamente, que tenha reincidência naquele caso. (E8)*

E por fim, na subcategoria *Presença da equipe multidisciplinar na segurança do paciente*, verificou-se que os enfermeiros contam com a ajuda da equipe multidisciplinar, como fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição e educação permanente para a prevenção dos eventos adversos. Os profissionais da fisioterapia auxiliam os pacientes na recuperação, avaliam a parte motora e orientam os enfermeiros com relação à mobilização correta do paciente.

*A gente tem um bom relacionamento com os fisioterapeutas, a gente sempre está tendo conversas com um e outro [...] A fisio toda vez que ela trabalha com o cliente ela chega até mim ou nos outros enfermeiros e diz 'olha esse paciente não pode deambular porque está com muita dispneia, está intolerante à atividade física, ou não pode tirar ele do leito'. (E5)*

A fonoaudiologia auxilia na prevenção da broncoaspiração, avaliando o paciente com disfagia, informando à equipe as consistências dos alimentos e orientação aos sinais de broncoaspiração e como preveni-los.

*Acho que o trabalho com as fonos aqui dentro da Instituição [...] ajudou bastante nesse evento adverso (broncoaspiração), que é um evento adverso bem importante; então deixar a cabeceira*

*levantada, a ofertar líquido ou não, a usar o 'espessante' ou não, então acho que isso ajudou bastante. (E3)*

O profissional da nutrição está presente para avaliar os pacientes desnutridos ou que precisam de suplementação. Já a educação permanente está presente na atualização dos conhecimentos das equipes.

*Nutrição que passa avaliando e vê se aquela é a melhor dieta ou, às vezes, também a gente observa que o paciente não está aceitando bem, se é um paciente desnutrido a gente fala pra nutricionista, daí ela vem e avalia e vê se tem outra suplementação ou chama o nutrólogo. (EA5)*

*A gente conta com o serviço de apoio como educação permanente, então isso daí ajuda bastante a gente a se atualizar a algum tipo de técnica nova que possa vir a surgir. (E8)*

Através das falas, verifica-se que a presença da equipe multiprofissional na instituição e a sua interação com a enfermagem são essenciais na segurança do paciente, através de orientações, trocas de experiências e atualização dos conhecimentos.

## **Liderança do Enfermeiro para o Cuidado Seguro**

A *Liderança do enfermeiro para o cuidado seguro* se sustenta nas duas subcategorias: “Habilidades de liderança para o cuidado seguro” e “Ações de liderança para o cuidado seguro”.

Na primeira subcategoria, *Habilidades de liderança para o cuidado*, os participantes destacam a responsabilização do enfermeiro pelo cuidado prestado, tanto por ele quanto pelos demais membros da equipe de enfermagem. É importante verificar se o cuidado está sendo realizado corretamente, sempre com clareza e atenção, assim como identificar as dificuldades da equipe, para então orientá-los e resolver as dúvidas. O enfermeiro precisa conhecer os seus pacientes, suas limitações, as necessidades de cuidado e os possíveis eventos adversos que podem vir a acontecer.

*Conhecer o seu paciente, as limitações dele. Conhecer a sua equipe também, para saber se o que você está delegando para o seu técnico, se ele vai saber fazer aquilo realmente, se ele consegue. Para que não ocorram esses eventos. (EA3)*

*Tem que ter essa visão de prevenção, tem que ter uma visão de não esperar acontecer o erro pra começar a prestar atenção naquilo, tem que ver se o paciente é idoso, se tem uma*

*dificuldade pra deambular 'Opa, ele pode cair, então vamos conversar com a família, vamos ficar mais de olho!'. E não esperar ter a primeira queda para começar a agir. (E5)*

Para os enfermeiros, o conhecimento técnico científico é essencial para garantir um cuidado seguro. Através da qualificação do enfermeiro e atualização do conhecimento, é possível identificar as necessidades de cuidado do paciente e saber agir diante das complicações. Por possuírem conhecimento técnico científico, o enfermeiro é referência na equipe para resolução das dúvidas e tomadas de decisões.

A comunicação e a troca de experiência, ser humilde, saber escutar e aceitar as opiniões de outros profissionais são consideradas habilidades importante para a liderança do enfermeiro.

*Ser humilde é muito importante, aceitar opiniões e sempre estar trocando experiências com profissionais para poder estar se atualizando, né? Ou nas dúvidas, pedir sempre informações para alguém que sabe mais do que você [...] Então, é humildade, segurança para equipe, eu acho que isso é importante pra estar mantendo uma equipe bem estruturada. (E7)*

Na segunda subcategoria *Ações de liderança para o cuidado seguro*, verificou-se que para assegurar a liderança, o enfermeiro precisa supervisionar de forma contínua o ambiente e a sua equipe, para assim prevenir os eventos adversos e garantir a segurança do paciente.

*O enfermeiro consegue ter essa visão geral, de toda a unidade. Ele consegue nortear a equipe e ter essa liderança, e conseguir conduzir 'Olha vamos fazer isso agora, agora vamos fazer isso, estamos precisando focar mais nesse paciente porque tem um risco maior de queda, de broncoaspirar'. (E5)*

Para os enfermeiros assistenciais a liderança do enfermeiro está associada ao fato de liderar uma equipe de enfermagem. Como esses enfermeiros prestam assistência integral aos pacientes, não se sentem líderes; para eles, a supervisão ocorre sobre os cuidados que realizam, através da conferência.

*Eu como faço parte do projeto de enfermeiro assistencial, eu poderia dizer para você que é supervisionar, né? Mas aí eu acabo supervisionando o meu trabalho mesmo, né? Então eu estou sempre conferindo as coisas, porque eu não tenho que ficar supervisionando o serviço de um técnico de enfermagem*

[...] Então eu acabo supervisionando o meu próprio serviço, né. Eu recebo o paciente, começo a conferência da internação até a alta do paciente. (EA2)

Liderança do enfermeiro está associada a gerenciar pessoas, a ter flexibilidade e saber se relacionar com o paciente, familiar e equipe de enfermagem. O enfermeiro precisa enxergar cada membro da equipe como um indivíduo ímpar, verificando as suas dificuldades e motivando quando necessário. Ser receptivo e trabalhar em equipe faz parte da liderança do enfermeiro.

*É uma questão de tentar julgar cada um como pessoas diferentes, é que nem eu faço com os pacientes, cada paciente é um paciente, cada funcionário é um funcionário [...] É tratar cada um diferente, tu vai ser 4 pessoas diferentes num mesmo dia, naquelas 12 horas 4 pessoas diferentes, um pra cada pessoa.* (E1)

A orientação ao paciente, familiares e acompanhantes também faz parte da liderança do enfermeiro, com o objetivo de ensinar, incluí-los nos cuidados para garantir a segurança do paciente, e assim, empoderá-los nas suas escolhas. Assim como orientação à equipe de enfermagem, tanto para prevenção dos eventos adversos, quanto para capacitar a equipe e deliberar os cuidados.

*Já aconteceu comigo de eu querer fazer uma medicação no paciente e o paciente dizer pra mim que nunca tinha recebido a medicação, aí eu fui confirmar e poxa, que bom que ele me falou [...] Eu acho importante a gente orientar o paciente a confirmar sempre com a gente, porque ele tem sempre um profissional atendendo ele, mas a gente tem vários pacientes pra atender.* (EA6)

Após a ocorrência dos eventos adversos, cabe ao enfermeiro liderar a investigação e os encaminhamentos necessários: reúne a equipe, identifica as dificuldades ou dúvidas, e faz a orientação sobre o evento e quais cuidados são necessários para evitar outros episódios, sem punições ou julgamentos.

*Eu sento com a equipe, a gente sempre se reúne para ver o que aconteceu, o que faz para melhorar, o porquê aconteceu, se a gente tivesse tido uma intervenção mais rápida se teria acontecido ou não.* (E4)

*Quando acontecem esses eventos eu tento não punir o técnico, e sim, tentar tirar um aprendizado disso. Então, acho que tem que ser receptivo, ter jogo de cintura para conseguir remanejar a situação e não punir o técnico, e sim dar o subsídio para o técnico, apoiar ele apesar do que tenha acontecido. (E6)*

Além da orientação, o planejamento do cuidado está presente na liderança dos enfermeiros. Através da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é possível identificar riscos e as necessidades de cuidado, e assim, realizar um plano de cuidado individualizado ao paciente. Para os enfermeiros, a participação no cuidado junto a sua equipe, assim como avaliar os curativos, verificar as prescrições médicas e o prontuário do paciente, são essenciais para elencar os cuidados prioritários, organizar a equipe e otimizar o tempo.

*Tu tens que conhecer o paciente para poder prescrever uma ação que tem que ser realizada. Aqui a gente faz a prescrição de enfermagem [...] Então, eu vou prescrever meus cuidados, faço meu plano de cuidado, faço prescrição de enfermagem para aquele paciente. (E2)*

*Gerenciar todo o cuidado, saber primeiro o histórico do paciente, se ele tem risco de queda, se ele tem risco de alergia, isso faz parte de uma qualidade de assistência e da segurança do paciente também [...] Também participar da prática, né? Porque a partir do momento que tu tá junto na prática, tu vê, tu tá fazendo o exame físico, às vezes, até na mudança de decúbito, tu consegues ter uma visão geral dele, então faz diferença. (E3)*

Neste contexto, verifica-se que a liderança do enfermeiro é essencial para garantir um cuidado seguro, já que o enfermeiro se constitui como referência na equipe para resolução das dúvidas e tomadas de decisões, por supervisionar de forma contínua o ambiente e a sua equipe, além de orientar os pacientes e acompanhantes, incluindo-os como participantes do cuidado.

## **DISCUSSÃO**

Considerando o que os resultados mostram, segurança do paciente está associada a estar seguro em um ambiente hospitalar, com equipes qualificadas e capacitadas para realizar um cuidado humanizado e holístico, e assim, evitar riscos e danos aos pacientes.

A OMS, através da *International Classification for Patient Safety* (ICPS), define segurança do paciente como sendo a redução do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável. O mínimo aceitável se refere àquilo que é viável diante do conhecimento atual, dos recursos disponíveis e do contexto em que a assistência foi realizada frente ao risco de não tratamento ou outro tratamento (PROQUALIS, 2015). Verifica-se então que os enfermeiros do estudo salientam a importância da qualificação da equipe e do cuidado humanizado para garantir a segurança do paciente durante o cuidado recebido na instituição.

Assim, as falhas de segurança ocorrem quando o paciente sofre algum dano durante o seu tratamento ou durante o cuidado realizado, que é considerado pelos enfermeiros do estudo como um evento adverso. Essa definição corrobora com a definição dada pela ICPS, na qual evento adverso é o incidente que atingiu o paciente e resultou num dano ou lesão, podendo representar um prejuízo temporário ou permanente e, até mesmo, a morte entre os usuários dos serviços de saúde (PROQUALIS, 2015).

As falhas de segurança são elucidadas à luz da Teoria do Queijo Suíço de James Reason, no qual os sistemas são mais parecidos com fatias de queijo suíço, com muitos buracos, e que para a ocorrência de um erro é necessário um alinhamento de diversos buracos (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013). Os buracos referidos pelos enfermeiros do estudo e que podem levar aos eventos adversos são falta de atenção, excesso de trabalho, falta de capacitação, dimensionamento inadequado da equipe, materiais insuficientes e, até mesmo, eventos ocasionados pelo próprio paciente, como tração de sonda nasoesofaríngea ou drenos.

O estudo demonstrou que há a prática de notificar os eventos adversos, principalmente no sistema eletrônico presente na instituição, já que todos os enfermeiros que presenciaram eventos adversos referiram notificar o evento. Os sistemas eletrônicos possibilitam maior qualidade dos relatos, ampliação das participações dos profissionais nas notificações, facilidade para realização de análises estatísticas com vistas à elaboração de estratégias de redução e controle de incidentes e acompanhamento dos resultados (CAPUCHO, 2012; WACHTER, 2013), como também identificado pelos enfermeiros do estudo.

Entretanto, os enfermeiros referiram não receber retorno da enfermeira supervisora, após as notificações dos eventos, não têm



ciência sobre o que é realizado com essas informações e quais são os indicadores de eventos adversos das unidades/instituição; dessa forma, em alguns momentos os enfermeiros podem se sentir desestimulados a notificar, e assim, ocorrer a subnotificação dos casos.

Sobre o apoio da supervisão frente aos eventos adversos, verificaram-se opiniões contrárias: alguns enfermeiros referiram o apoio por meio de orientações e disponibilidade em compartilhar as dificuldades, já outros referiram sentimentos de cobrança e questionamentos após os eventos. Estes sentimentos negativos e as dificuldades em falar sobre o erro ainda são reflexos da cultura de punição vigente nos serviços de saúde (FERREIRA et al., 2014).

Compreender que o erro pode ser tratado de maneira positiva junto à equipe poderá diminuir a sensação de vulnerabilidade percebida pelo profissional (DUARTE et al., 2015). Observou-se que os enfermeiros utilizam a ocorrência dos eventos para identificar as falhas e como uma oportunidade de orientação e capacitação da equipe, através da resolução das dúvidas e de novas práticas, dessa forma, evitando novos episódios.

Com relação à participação da equipe multidisciplinar, comprovou-se que esta auxilia os enfermeiros na avaliação dos pacientes, a identificar os riscos e a orientá-los com relação à prevenção dos eventos e cuidados corretivos. A participação da equipe multidisciplinar e o trabalho em conjunto com estes profissionais permite um olhar mais amplo ao paciente, contribuindo para o planejamento do cuidado, com mais qualidade e segurança (BRASIL, 2013). Os pacientes internados nestas unidades possuem múltiplas necessidades de cuidado, necessitando da participação da equipe multidisciplinar, além de requerer do enfermeiro conhecimentos, habilidades e atitudes para a compreensão do processo saúde/doença em uma dimensão ampliada (LANZONI et al., 2015).

Para garantir um cuidado com segurança e qualidade, o enfermeiro precisa ter habilidades de liderança, como responsabilizar-se pelo cuidado prestado, tanto por ele quanto pela equipe; conhecer seus pacientes, as suas limitações e as necessidades de cuidado; ter conhecimento técnico científico, pois através da qualificação o enfermeiro se torna referência na equipe para resolução das dúvidas e tomadas de decisões (SANTOS, 2015; LANZONI; MEIRELLES, 2011).

Outra habilidade referida pelos enfermeiros foi a comunicação. A comunicação é considerada fundamental para uma boa liderança, sendo utilizada como uma estratégia de motivação e de troca de experiências. Utilizá-la de forma objetiva faz a diferença no alcance das metas e no estabelecimento de um clima amistoso e motivacional (LANZONI et al., 2015; GOMES et al., 2015; SILVA; CAMELO, 2013).

Para assegurar a liderança, o enfermeiro supervisiona o cuidado, seja aquele realizado pela equipe de enfermagem, seja aquele realizado pelo próprio enfermeiro, com intuito de conhecer a sua equipe e seus pacientes, identificando as suas fragilidades e necessidades de cuidado, assim como as suas potencialidades.

A realização de orientações ao paciente, familiares e a equipe de enfermagem está presente na liderança dos enfermeiros, com o objetivo de capacitá-los, envolvê-los nos cuidados para garantir a segurança, assim como, empoderá-los nas suas escolhas. A orientação e o treinamento de pessoal são considerados elementos importantes não apenas no processo de formação, como também ajuda a garantir o desenvolvimento do grupo e partilhar responsabilidades de uma forma integrada, possibilitando identificar necessidades educacionais, possíveis falhas e necessidades de ajustes da qualidade do cuidado executado (DUARTE et al., 2015).

O estudo evidenciou que o planejamento do cuidado está presente na liderança dos enfermeiros, através da SAE. O planejamento do cuidado é um processo pelo qual se podem atingir resultados com um mínimo de erros (DUARTE et al., 2015). O processo de enfermagem estabeleceu meios de organizar a assistência proporcionada pela enfermagem, orientando e padronizando práticas de forma a elevar o padrão das ações. A SAE é uma metodologia assistencial geradora de informações significativas e essenciais à atuação do enfermeiro tanto no nível assistencial quanto no nível administrativo, resultando em melhorias no processo de trabalho da enfermagem e qualificação na assistência prestada (CONCEIÇÃO et al., 2012).

O enfermeiro é o responsável pela gestão do cuidado por meio da supervisão da equipe, do controle dos recursos materiais da unidade, do levantamento das necessidades de treinamento e capacitação da equipe, no planejamento do cuidado individualizado ao paciente, além de manter um ambiente de trabalho baseado na comunicação, respeito e boa relação interpessoal – entre equipe de enfermagem, equipe multiprofissional, pacientes e acompanhantes. Desta forma, o

enfermeiro desempenha um papel crucial na promoção da segurança do paciente e na prevenção de eventos adversos.

## CONCLUSÃO

Os enfermeiros responsáveis pelo cuidado de pacientes com doenças cardiovasculares avaliam a importância da sua liderança para a prevenção de eventos adversos e segurança do paciente. Existe rotina de notificação dos eventos adversos, mas há possibilidade de melhoria se os enfermeiros recebessem o retorno das notificações realizadas, através dos indicadores de segurança do paciente.

Percebe-se que surgem sentimentos negativos, após a presença de eventos adversos, como medo e culpa. Os eventos adversos ocorrem em consequência de uma cadeia de fatores, dessa forma não é possível atribuir a ocorrência de um erro apenas à atitude de um indivíduo, é preciso levar em consideração as diversas causas relacionadas. Por isso a importância de substituir a cultura da culpa e punição pela cultura da segurança do paciente, possibilitando aprender com os erros e melhorar o cuidado ao paciente.

A integração e a colaboração existente entre os profissionais da equipe multidisciplinar e a equipe de enfermagem contribuem com a qualidade do cuidado e a segurança do paciente. Estudos a partir dessa temática são importantes para ampliar o conhecimento sobre a interdisciplinaridade da equipe multidisciplinar na perspectiva da prevenção dos eventos adversos e do cuidado seguro.

A gestão do cuidado é inerente à ação do enfermeiro, e verificou-se que este assume como profissional responsável pela supervisão do cuidado. Assim, são necessárias habilidades de liderança, tais como: responsabilidade, conhecimento técnico científico, tomada de decisão e comunicação para gerenciar pessoas e saber identificar as suas fragilidades e potencialidades. Conhecer a sua equipe e seus pacientes, identificar as necessidades de cuidado e possíveis riscos, assim como capacitar os pacientes, familiares e equipe são ações essenciais para garantir o cuidado seguro e com qualidade. Dessa forma, a liderança do enfermeiro se faz necessária para a segurança do paciente com doença cardiovascular.

## REFERÊNCIAS

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. Brasília (DF): ANVISA; 2013.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Protocolo para prevenção de úlcera por pressão**. 2013.

Disponível em:

<<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/julho/PROTOCOLO%20ULCERA%20POR%20PRESS%C3%83O.pdf>>.

Acesso em: 5 out 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade. **Painel de Monitoramento da Mortalidade CID-10**.

[Internet]. 2015. Disponível em:

<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/pobt10uf.def>>.

Acesso em: 21 fev 2015.

CAPUCHO, H.C. **Sistemas manuscritos e informatizado de notificação voluntária de incidentes como base para a cultura de segurança do paciente**. 2012. 155f. Tese (doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

CONCEIÇÃO, Vander Monteiro et al. **A gestão da qualidade e a sistematização da assistência de enfermagem: uma revisão sobre sistemas de informação**. R. Enferm. Cent. O. Min., v.2, n.1, p. 124-133, jan/abr.2012.

DUARTE, Sabrina da Costa Machado et al. **Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem**. Rev Bras Enferm. Brasília, v. 68, n. 1, p. 144-54, feb. 2015 .

FERREIRA, Patrícia Cabral et al. **Evento adverso versus erro de medicação: percepções da equipe de enfermagem atuante em terapia intensiva.** J. Res.: fundam. care. Online, v. 6, n. 2, p.725-734, abr./jun.2014.

GOMES, Lucineide Almeida et al. **Percepções de enfermeiros sobre liderança: um repensar necessário.** Revista Eletrônica Gestão & Saúde. n.6, n.03, p. 2711-22, 2015.

JCAHO - Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. **Temas e estratégias para liderança em enfermagem: enfrentando os desafios hospitalares atuais.** Porto Alegre: Artmed, 2008.

LANZONI, Gabriela M. de Melo; MEIRELLES, Betina H. Schlindwein. **Liderança do enfermeiro: uma revisão integrativa da literatura.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, v. 19, n. 3, maio/jun. 2011.

LANZONI, Gabriela M. de Melo et al. **Tornando-se gerente de enfermagem na imbricada e complexa fronteira das dimensões assistencial e gerencial.** Rev. Eletr. Enf., n.17, v.2, p.322-32, abr./jun.2015.

NEVES, Pamela da Silva. **Saberes do cliente sobre fatores de risco para doença coronariana: ações educativas do enfermeiro.** 2012. Dissertação (mestrado) - Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2012.

PHILIPS. **Philips Tasy** – Sistema de Gestão em Saúde. 2012. Blumenau – SC, Brasil. Disponível em: <<http://www.cilatam.philips.com.br/solucoes/13/tasy-prestador/>>. Acesso em: 29 nov. 2014.

PROQUALIS - Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente. **Taxonomia - Classificação Internacional para a Segurança do Paciente (ICPS).** [Internet]. Rio de Janeiro. 2015. Disponível em: <<http://proqualis.net/aula/taxonomia-classifica%C3%A7%C3%A3o-internacional-para-seguran%C3%A7a-do-paciente-icps>>. Acesso em: 10 abr. 2015

REIS, Cláudia Tartaglia; MARTINS, Mônica; LAGUARDIA, Josué. **A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde** – um olhar sobre a literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 2029-36, jul. 2013.

SANTOS, Ana Paula Azevedo. **O enfermeiro no pós-operatório de cirurgia cardíaca: competências profissionais e estratégias da organização**. 2015. Dissertação (Mestrado) - Universidade do Estado de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

SANTOS, José Luis Guedes et al. **Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa**. *Rev Bras Enferm*, Brasília, v.66, n.2, p.257-63, mar/abr.2013.

SILVA, Vania L dos Santos; CAMELO, Silvia H. Henriques. **A competência da liderança em enfermagem: conceitos, atributos essenciais e o papel do enfermeiro líder**. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 21, n.4, p.533-9, out/dez.2013.

WATCHER, Robert M. **Compreendendo a segurança do paciente**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

WHO – World Health Organization. **The top 10 causes of death**. [Internet]. 2014. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>>. Acesso em 23 de ago. 2014.

WONG, Carol A; CUMMINGS, Greta G.; DUCHARME, Lisa. **The relationship between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review update**. *Journal of Nursing Management*, v. 21, n.5, p.709–24, jul.2013.

### **6.3 MANUSCRITO III - Melhores práticas no cuidado seguro à pessoa com doença cardiovascular**

#### **Melhores práticas no cuidado seguro à pessoa com doença cardiovascular**

**RESUMO:** Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, que objetivou conhecer as melhores práticas do enfermeiro no cuidado seguro à pessoa com doença cardiovascular atendida em instituição hospitalar privada especializada em cardiologia no Sul do Brasil. Foi desenvolvido no período entre agosto e outubro de 2015, nas três Unidades de Clínica Cirúrgica, com participação de 14 enfermeiros. A coleta de dados foi realizada através de entrevista semiestruturada, e utilizou-se como referencial a Análise de Conteúdo. Foram identificadas melhores práticas de cuidado na esfera das relações diretas entre profissional e paciente hospitalizado, as melhores práticas relacionadas à liderança dos enfermeiros, e por fim, as possibilidades e necessidades no aprimoramento das melhores práticas para o cuidado seguro à pessoa com doença cardiovascular. Há necessidade de investir na cultura de segurança, no aperfeiçoamento da equipe de enfermagem, na utilização de melhores práticas e na melhoria dos ambientes de trabalho para o alcance da segurança do paciente.

**DESCRITORES:** Cuidados de enfermagem. Gestão da qualidade. Segurança do paciente. Liderança. Enfermagem cardiovascular.

#### **INTRODUÇÃO**

O cuidado prestado às pessoas com doenças cardiovasculares é complexo e requer que seja executado com qualidade e sem gerar danos desnecessários ao indivíduo. Apenas enfermeiros que conhecem as melhores práticas relativas ao cuidado cardiovascular podem garantir um resultado excelente a essas pessoas (SPRINGHOUSE, 2010).

O termo "melhores práticas" se refere às práticas de enfermagem que são baseadas na melhor evidência disponível, a partir de pesquisas em enfermagem. O objetivo das melhores práticas é aplicar as intervenções de enfermagem mais recentes, relevantes e úteis, baseadas nas pesquisas e nas práticas diárias (IOWA, 2014).

O entendimento a respeito das melhores práticas pode possibilitar aos enfermeiros um pensar e agir mais efetivo, dando subsídios para sistematizar sua prática de trabalho, tornando-a clara, definida e com legibilidade, para garantir uma prática segura com conseqüente qualidade e satisfação do paciente (COSTA, 2011). Os enfermeiros são os elementos chave no processo de evitar erros, impedir decisões ruins e também de assumir um papel de liderança no avanço e no uso de estratégias para promover a qualidade do cuidado e segurança do paciente (ANVISA, 2013).

A expressão “segurança do paciente” faz referência aos fatores que influenciam as instituições a empregar a cultura de segurança, levando-se em consideração as melhores práticas (TEIXEIRA; CASSIANI, 2014). Nas instituições de saúde, as pessoas com doença cardiovascular contam com os cuidados do profissional enfermeiro e da equipe de enfermagem nas mais diversas ordens, desde os atendimentos de emergências até os procedimentos invasivos. Esses cuidados, muitas vezes, podem gerar eventos adversos, os quais provêm de erros ou falhas na realização dos cuidados de enfermagem ou nos processos assistenciais, podendo colocar em risco a segurança do paciente.

Diante do exposto, torna-se importante conhecer quais são as melhores práticas adotadas pelo enfermeiro e sua equipe no cuidado seguro à pessoa com doença cardiovascular. A adesão às melhores práticas acarreta melhor desempenho, reduzindo a morbimortalidade e o custo das doenças cardiovasculares, além de contribuir para maior segurança dos pacientes (NOVELLO et al., 2011).

Desse modo, esse estudo teve como objetivo conhecer as melhores práticas do enfermeiro no cuidado seguro à pessoa com doença cardiovascular atendida em uma instituição hospitalar privada especializada em cardiologia no Sul do Brasil.

## **MÉTOD**

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, desenvolvido em uma instituição hospitalar privada especializada em cardiologia no Sul do Brasil, no período entre agosto e outubro de 2015.

Os locais de pesquisa foram as três Unidades de Internação, sendo que a Unidade 1 conta com 19 leitos de internação, a Unidade 2 e Unidade 3 contam com 18 leitos de internação, respectivamente.



A equipe de enfermagem nas Unidades 1 e 3 se constitui por 8 enfermeiros e 28 técnicos de enfermagem. A equipe de enfermagem na Unidade 2 se compõe por 8 enfermeiros e 8 técnicos de enfermagem, sendo que no período diurno a unidade apresenta 3 enfermeiros assistenciais que realizam os cuidados integrais aos pacientes e 1 técnico de enfermagem para auxiliar os enfermeiros; já no período noturno ocorre o oposto, a equipe é composta por 1 enfermeiro e 3 técnicos de enfermagem. A escala de trabalho nas unidades é 12 horas de trabalho por 36 horas de descanso.

Como critério de inclusão, considerou-se: ser enfermeiro que atue na unidade há no mínimo três meses. Dos 16 enfermeiros em atividade, o estudo contou com a participação de 14 enfermeiros, já que dois não atendiam ao critério de inclusão.

A coleta de dados foi realizada através de entrevista semiestruturada no próprio hospital. Esta era composta de questões norteadoras sobre segurança do paciente, melhores práticas para o cuidado seguro e prevenção de eventos adversos à pessoa com doença cardiovascular. As entrevistas foram gravadas em meio digital e os participantes foram entrevistados em um único encontro.

Após esta etapa, as entrevistas foram transcritas em sua íntegra, passaram por processo analítico a partir do referencial da Análise de Conteúdo. Tal referencial é composto de três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados (a inferência e a interpretação) (BARDIN, 2009).

A pré-análise inicia-se com a leitura de todos os dados por diversas vezes para obter o sentido do todo; esse primeiro contato com os dados se constitui no que Bardin chama de "leitura flutuante". A segunda fase aborda a exploração do material ou codificação, que consiste na definição de categorias através da codificação (BARDIN, 2009). As categorizações foram feitas manualmente por agrupamento dos códigos que emergiram, a partir da similaridade e diferenças de ideias. O último momento consiste no tratamento dos resultados, quando ocorre a condensação e o destaque das informações para análise, propõe inferências e realiza interpretações (BARDIN, 2009). Nesta última etapa emergiram da análise dos dados 3 categorias e 17 subcategorias.

Para garantir o anonimato dos participantes, estes foram identificados com as letras 'EA' para os enfermeiros assistenciais, e 'E' para os demais enfermeiros, seguindo de numeral arábico conforme a ordem em que foram entrevistados. A pesquisa seguiu todas as

recomendações e preceitos éticos da Resolução n.466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina/SES sob Protocolo n. 1.049.447.

## RESULTADOS

Os achados apontam a interface entre liderança do enfermeiro e a segurança do paciente na compreensão das melhores práticas de cuidado à pessoa com doença cardiovascular, os quais serão apresentados em três categorias temáticas: “Melhores práticas nas ações de cuidado ao paciente”, “Melhores práticas de liderança do enfermeiro” e “Proposições para o aprimoramento das melhores práticas”.

### Melhores práticas nas ações de cuidado ao paciente

Essa categoria é composta por cinco subcategorias, as quais abordam as melhores práticas de cuidado na esfera das relações diretas entre profissional e paciente hospitalizado.

Na subcategoria *Conferência da identificação do paciente*, verificou-se que esta é realizada através da pulseira de identificação e a sinalização do leito. Quando o paciente chega à unidade de internação, o enfermeiro confere o seu nome, juntamente com a pulseira e o prontuário. Para os enfermeiros, a pulseira e a identificação no leito proporcionaram melhora da comunicação entre enfermagem e o paciente, já que o seu nome fica visível a todos os profissionais, evitando dessa forma erros de identificação.

*O paciente chega, a gente imprime o nome dele e coloca em cima do leito, e tem a pulseirinha com a identificação do paciente. É legal nas enfermarias e até pra comunicação, porque tem a Maria Regina, Maria de Lourdes, a Maria Claudete, a Maria não sei do que... Então, é bom chegar no paciente e falar o nome certo, porque, as vezes, a gente não lembra né? Então, é bom, você olhar para cima e vê em cima do leito o nome. Isso melhorou a qualidade, melhorou a segurança, foi fundamental.*  
(E3)

Na subcategoria *Prevenção de infecção hospitalar* se destacam elementos relevantes para a segurança do paciente. Para prevenir a infecção hospitalar, a lavagem das mãos é um cuidado primordial, o

qual está presente em todos os momentos, e atrelado a este cuidado, está a assepsia dos materiais.

Os enfermeiros relataram a prática do isolamento preventivo por precaução de contato. Quando existe a suspeita de o paciente estar infectado por bactéria multirresistente ou é proveniente de outra instituição, ocorre o isolamento preventivo. Nesses casos, o paciente fica preferencialmente sozinho no quarto, sendo necessário possuir os equipamentos de proteção individual próximo ao leito, juntamente com materiais para verificar sinais vitais e quartenário de amônia para higienizar os materiais e móveis. Para identificar que o paciente está em precaução de contato, é colocada a sinalização de “Precaução de contato” na porta, informando os cuidados necessários ao entrar no quarto.

*Tem que ter luva, avental e material para verificar sinais vitais, esfigmo, esteto, termômetro [...] Ah, sempre tem que ter quartenário de amônia no quarto, que é para limpar esse material também, para prevenir infecção cruzada. (E2)*

*A gente faz todo aquele isolamento com o paciente em precaução de contato [...] A plaquinha de precaução de contato na porta também, é um diferencial. (E1)*

Na subcategoria, *Conferência de medicamentos*, todos os enfermeiros referiram esta prática como fundamental para a administração segura de medicamentos. É indicada a conferência desde a dispensação destes na farmácia com a dupla checagem até a administração ao paciente.

Quando há presença de pacientes com nomes iguais ou parecidos sob o cuidado do mesmo profissional, é referido pelos participantes que os enfermeiros redistribuem os profissionais da escala, para que o mesmo profissional não fique cuidando desses pacientes.

No momento de administrar os medicamentos, há a conferência com a identificação do paciente e a verificação se o paciente possui alguma alergia medicamentosa. Nestes casos, é colocada a pulseira sinalizadora de alergia no paciente, assim como descrito no quadro do posto de enfermagem e na prescrição médica.

Alguns enfermeiros referiram sobre a importância de informar aos pacientes quais medicamentos serão administrados, assim como checar se já receberam tais medicamentos antes, no intuito de estimular a participação do paciente e dos familiares no cuidado.

*Eu acho importante a gente orientar o paciente a confirmar sempre com a gente [...] eu falei para o paciente a medicação que eu ia fazer daí o paciente falou 'Olha, não lembro de ter recebido essa medicação antes'! Daí, quando eu fui olhar não era dele, daí não fiz. Dei graças a Deus que ele me falou, poupei um erro. (EA6)*

Um dos principais eventos adversos relatados pelos enfermeiros é o risco de queda. Neste sentido, na subcategoria *Identificação e cuidados ao paciente com risco de queda* os enfermeiros apresentam o perfil predominante dos pacientes com este risco na unidade: idosos, aqueles com dificuldade de marcha, em pós-operatório, com maior complexidade assistencial (dependentes dos cuidados de enfermagem), assim como aqueles pacientes que utilizam ansiolíticos.

Para identificar o paciente com risco de queda, os enfermeiros utilizando a pulseira de risco de queda e disponibilizam um termo de ciência sobre o evento ao paciente e familiar. Esse termo consta os cuidados que o paciente e familiares/acompanhantes devem ter para prevenção de queda.

Os enfermeiros realizam vários cuidados para prevenção de queda, como: orientação ao paciente e familiar, no intuito de empoderá-los e participarem do cuidado; paciente estar sempre acompanhado de algum familiar ou cuidador; orientação à equipe de enfermagem; manter grades elevadas, campanha próxima ao paciente e cama com altura próxima ao chão; evitar ausência dos profissionais durante os procedimentos; manter os corredores ou áreas próximas ao paciente livre de objetos que possam dificultar a deambulação; cuidados durante o transporte desse paciente; durante o banho, manter sempre próximo uma cadeira de banho; avaliação diária do nível de consciência dos pacientes, para identificar confusão, *delirium* ou agitação.

Na subcategoria *Cuidados ao paciente com risco de desenvolver úlcera por pressão*, primeiramente é necessário identificar os pacientes que apresentam esse risco. Para os enfermeiros pesquisados, os pacientes idosos, acamados, dependentes, com uso de fralda ou sonda possuem maior risco de desenvolver úlcera por pressão.

Após a identificação destes pacientes, inicia-se com os cuidados de prevenção, com a mudança de decúbito a cada 2 horas, utilização do colchão piramidal (colchão perfilado), massagem e hidratação da pele e orientações à equipe de enfermagem. Caso o paciente já apresente

alguma úlcera, o enfermeiro avalia a lesão, indica e inicia com o tratamento.

### **Melhores práticas de liderança do enfermeiro**

Essa categoria é composta por cinco subcategorias as quais estão relacionadas à liderança dos enfermeiros para garantir um cuidado seguro.

A primeira subcategoria, *Assistência integral ao paciente*, afirma que o enfermeiro além de ser líder de uma equipe e realizar a gestão da unidade, é responsável também por prestar cuidado direto ao paciente. Para os enfermeiros, assistência integral ao paciente, seja aquele realizado somente pelo enfermeiro ou pelos membros da equipe de enfermagem, é considerada como melhor prática no cuidado seguro. Através da assistência integral é possível conhecer o paciente por completo, não somente os aspectos físicos, identificando suas potencialidades e necessidades de cuidado.

*Aqui a gente presta uma assistência integral, nós enfermeiros [...] Então, eu gosto de estar presente ali, de estar vendo o que está acontecendo. Porque eu sei do meu paciente, o que ele está precisando, da maneira de cuidar dele [...] para que evite esses eventos adversos. (EA3)*

Na subcategoria *Comunicação como prática segura de cuidado* se evidenciou a importância da comunicação entre as equipes para a prevenção de eventos adversos. Salientam o registro dos cuidados na evolução e a passagem de plantão de forma verbal e escrita, já que há na instituição um protocolo para passagem de plantão.

Diante da importância dos registros, a *Sistematização da Assistência de Enfermagem* (SAE) foi considerada como uma prática relevante para garantir o cuidado seguro ao paciente. Inicia-se com o histórico de enfermagem, onde é possível identificar os riscos e as necessidades de cuidados, seguido pela realização de um plano de cuidado. Diariamente os enfermeiros preenchem as escalas assistenciais, como Braden, *Stratify*, Escala Assistencial de Complexidade e de Flebite, as quais auxiliam os enfermeiros a avaliar o dimensionamento de pessoal, o grau de risco dos pacientes, assim como, a avaliação das intervenções a partir da evolução e prescrição de enfermagem, possibilitando a gestão do cuidado.

*As relações de trabalho na equipe foram evidenciadas como uma facilidade para reduzir os eventos adversos e garantir um cuidado seguro, através da comunicação, troca de experiência, ajuda mútua, cooperação e bom relacionamento entre os membros da equipe.*

*Porque que nem eu disse, não tem aquela divisão. A gente divide para organizar o setor, mas o paciente não é meu, ele é das três enfermeiras que estão ali prestando o cuidado. Então, se tu perguntares para qualquer uma, as três vão saber responder, que nem a mudança de decúbito, eu fui lá e mudei e daqui a duas horas a outra vai lá e muda, a gente se ajuda bastante. (EA5)*

A subcategoria *Orientação como prática de cuidado seguro* está relacionada à orientação que deve ser realizada junto aos pacientes, familiares e equipe de enfermagem. Além de se configurar como uma ação de liderança do enfermeiro garante, também, a resolutividade das dúvidas, norteia o cuidado da equipe de enfermagem, empodera o familiar e paciente, e estimula a participação no cuidado, reduzindo os eventos adversos e garantindo um cuidado seguro.

### **Proposições para o aprimoramento das melhores práticas**

Os enfermeiros elencaram que existem possibilidades e necessidades no aprimoramento das melhores práticas para o cuidado seguro à pessoa com doença cardiovascular, apresentados através de sete subcategorias.

Na *Administração segura de medicamentos* os enfermeiros elencaram a necessidade de capacitar os profissionais quanto à administração correta dos medicamentos, principalmente quanto às diferentes vias de administração. A implementação da dupla checagem dos medicamentos também no momento da administração ao paciente, assim como qualificar o registro dos profissionais após a administração do medicamento e justificar os casos que o paciente não o aceitou.

*A dupla checagem acaba obrigando você a prestar mais atenção naquilo que você está fazendo, principalmente no uso de drogas vasoativas, medicações de mais complexidade, que vêm a trazer mais danos para o paciente, mais eventos adversos. (EA2)*

Na subcategoria *Capacitação dos profissionais* foi sustentado que através da qualificação e a atualização dos conhecimentos, os profissionais se sentem mais valorizados e motivados, exercendo um

cuidado com mais segurança. A presença da educação permanente nos setores é considerada uma melhor prática para alcançar a redução dos eventos adversos. A participação do enfermeiro nessa prática é essencial para identificar as necessidades de treinamentos e organizar esses momentos com a sua equipe.

Aliado à capacitação dos profissionais, há a presença de profissionais técnicos recém-formados e novos na instituição, os quais necessitam de treinamentos quanto às rotinas da instituição, capacitação constante e atualização dos conhecimentos, muitas vezes, até para cobrir as lacunas da formação destes profissionais.

*Está entrando muita gente nova, muita gente sem experiência [...] eu bato na questão de ter qualificação, de ter treinamento constante, pois são profissionais novos que estão chegando. Agora, sabe-se que os estágios que eles estão tendo não são estágios assim tão bons, é mais por cima. Então o pessoal vem bem cedo com os cuidado que se tem. (E7)*

Na subcategoria *Dimensionamento inadequado de pessoas, rotatividade dos profissionais e perfil dos pacientes* se verificou que para os enfermeiros há a necessidade de desenvolver estratégias para diminuir a rotatividade e rever o dimensionamento dos profissionais. A alta rotatividade (tanto de técnicos de enfermagem quanto de enfermeiros) e o dimensionamento inadequado das equipes acarretam em sobrecarga do trabalho, com risco do cuidado ser realizado rapidamente e com pouca atenção, podendo ocasionar ações inseguras e eventos adversos.

*Eu acho que a dificuldade nossa é a rotatividade [...] Perde-se totalmente a segurança do paciente, é como se a gente colocasse o paciente numa linha de tiro, porque é bem difícil! [...] Quando está começando alguém novo, é treinar, capacitar, mas corre um grande risco, né? (E3)*

Na subcategoria *Informação sobre segurança do paciente e notificações dos eventos adversos* se observou que a equipe de enfermagem não está familiarizada sobre o termo segurança do paciente e evento adverso, qual a importância das notificações desses eventos e a não penalização dos erros. Para os enfermeiros, através da conscientização é possível intensificar as ações de prevenção de eventos adversos.

*Então, acho que é uma questão de treinamento com a equipe de enfermagem, com os enfermeiros e os técnicos. Porque se você for perguntar para eles, eles não sabem o que é evento e o que deve ser notificado. (E2)*

Através da subcategoria a *Disponibilidade de materiais e espaço adequado para realizar o cuidado seguro*, os enfermeiros referiram à falta de materiais ou em manutenção, principalmente para os pacientes em isolamento de contato, e espaço inadequado para realizar os cuidados como itens que podem dificultar o cuidado e ocasionar eventos adversos aos pacientes.

Na subcategoria *Cultivar a comunicação entre as equipes e evoluir com o uso do protocolo de passagem de plantão*, verificou-se a necessidade de desenvolver a comunicação entre os profissionais, já que esta é uma melhor prática identificada pelos enfermeiros. Através da comunicação e da troca de ideias é possível aprender com as experiências e melhorar o cuidado prestado.

*Aperfeiçoar as relações com os acompanhantes de forma institucional*, refere-se sobre a presença do acompanhante durante a internação do paciente. Na instituição, todos os pacientes podem ter acompanhantes nas 24 horas e o horário de visita nas unidades de internação é estendido, ocorre ao longo do dia. Para os enfermeiros há certa dificuldade em lidar com essas práticas, por preocupação referente à prevenção de infecção hospitalar e devido ao fato de muitos acompanhantes serem idosos, os quais possuem fragilidades emocionais e de saúde, podendo dificultar a sua inclusão nos cuidados do paciente.

*Uma coisa que me preocupa é referente às visitas, os números de pessoas que entram nos quartos todos os dias. Como a gente lida com pós-operatório, eu acho que isso acaba acarretando numa possibilidade de aumentar os índices de infecção hospitalar [...] há um número de pessoas que entram aqui demasiado, você vê, têm quartos que, às vezes, têm mais de 10 pessoas se você contar [...] o que mais me preocuparia seria isso, a visita, o não o controle de visita. (E7)*

## **DISCUSSÃO**

As melhores práticas elencadas neste estudo corroboram com as “Seis Metas Internacionais de Segurança do Paciente” da Organização Mundial da Saúde e com os protocolos básicos definidos pela portaria n. 529/2013 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013a).



A identificação do paciente é a primeira meta internacional de segurança (JCAHO, 2008), pois é considerada um dos principais fatores para monitorar a segurança do paciente, especialmente por agir como protetor de eventos adversos (NEVES; MELGAÇO, 2011). Além da pulseira, a instituição utiliza também a identificação no leito como mais uma prática de prevenção ao erro de identificação.

Os enfermeiros do estudo referiram a falta de alguns materiais exclusivos para os pacientes em isolamento de precaução de contato, como o aparelho de verificação de glicemia e oxímetro. Embora seja desejável, a literatura apresenta que tais materiais, após correta limpeza e desinfecção, pode ser utilizado por outro paciente sem dano relacionado (KUPLICH et al.; 2011). Contemplando as melhores práticas na segurança e a qualidade da assistência, tal prática poderia ser considerada pela Instituição, com o objetivo de otimizar o cuidado e prevenção de infecção cruzada entre os pacientes.

Para a administração segura dos medicamentos, identificou-se como necessidade de aprimoramento a implementação da dupla checagem e um melhor registro dos profissionais após a administração ou recusa por parte do paciente. Durante a internação hospitalar, os pacientes com doenças cardiovasculares utilizam diariamente os medicamentos de alta vigilância, os quais possuem risco maior de provocar danos significativos aos pacientes, caso ocorra falha no processo de utilização (ISMP, 2014); por isso a importância de utilizar a dupla checagem na dispensação, preparo e administração dos medicamentos de alta vigilância, bem como seu registro adequado que podem, assim, potencializar o monitoramento sobre o paciente e avaliação terapêutica.

A equipe de enfermagem tem um papel importante na identificação dos fatores de risco dos pacientes e do ambiente, os quais contribuem para a ocorrência de eventos adversos, como a queda e úlcera por pressão. O perfil dos pacientes com risco de queda abordados neste estudo está em consonância com a literatura (WACHTER, 2013; BRASIL, 2013b; TEIXEIRA; CASSIANI, 2014). Devido a este perfil, é importante reforçar a necessidade da reavaliação diária do risco de desenvolvimento da úlcera por pressão, pois esta prática permite aos profissionais de saúde ajustar sua estratégia de prevenção conforme as necessidades do paciente. A participação da equipe multiprofissional junto à equipe de enfermagem na prevenção da úlcera de pressão é fundamental, já que poderão ser necessários ajustes nutricionais,

intervenções para auxiliar a mobilização ou mobilidade dos pacientes, entre outras medidas (FERNANDES et al., 2012; BORGHARDT et al., 2015).

A prática do cuidado sistematizado a pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, além de melhorar a qualidade da assistência, contribui para o reconhecimento da importância das ações de enfermagem em qualquer nível de assistência (CARVALHO et al., 2013). A SAE vem sendo implementada na prática assistencial e, confere maior segurança aos pacientes, melhora a qualidade da assistência e a autonomia aos profissionais de enfermagem, por organizar o trabalho quanto ao método, ao pessoal e instrumentos, além de viabilizar a operacionalização do Processo de Enfermagem (TANNURE; PINHEIRO, 2011; COFEN, 2009). Neste contexto, a utilização da SAE garante um cuidado humano, individualizado e centrado nas necessidades humanas básicas, além de garantir um plano de cuidado ao paciente e nortear as ações do enfermeiro e equipe de enfermagem.

O enfermeiro, ao gerenciar o processo de cuidado e no exercício da gerência da unidade, como líder da equipe de enfermagem, está inserido no ponto central do processo de capacitação e desenvolvimento da sua equipe, devendo ficar atento às necessidades de treinamento, bem como implementando estratégias de ensino aprendizagem (SANTOS, 2015). Assim, a presença da educação permanente é considerada pelos participantes como uma melhor prática no intuito de desenvolver conhecimentos, habilidade e práticas, possibilitando um cuidado qualificado e seguro ao paciente. A orientação e o treinamento de pessoal são considerados elementos importantes não apenas na socialização e no processo de formação, como também ajuda a garantir o clima motivacional da equipe e partilhar responsabilidades de uma forma integrada (DUARTE et al., 2015).

Neste sentido, ressalta-se a importância da comunicação com instrumento de liderança do enfermeiro para o cuidado seguro. A passagem de plantão implica em um processo de comunicação entre os profissionais, assim como a transferência de responsabilidade do cuidado. A complexidade do tipo de informação transmitida, os meios de comunicação adotados e as características dos profissionais da equipe têm impacto na efetividade e eficiência da passagem das informações e, consequente, na segurança do paciente (SANTOS et al., 2010).

Além da comunicação entre os membros da equipe, é importante considerar a comunicação entre profissionais e os

pacientes/acompanhantes. Esta deverá se desenvolver de forma adaptada ao paciente e a sua situação, ou seja, o profissional deverá considerar as especificidades culturais e linguísticas do paciente, bem como o seu grau de desenvolvimento cognitivo (SANTOS et al., 2010). Diante deste contexto, os enfermeiros precisam valorizar a comunicação com o paciente e acompanhante, ouvir suas preocupações e viabilizar sua participação ativa no cuidado.

Outro fator importante para garantir o cuidado seguro é o dimensionamento adequado da equipe de enfermagem, já que a manutenção de número reduzido de enfermeiros pode comprometer a supervisão do serviço, a qualidade do cuidado e igualmente coloca em risco a segurança do paciente (LORENZINI et al., 2014; WACHTER, 2013). Revisão integrativa de literatura identificou que há relação entre o quantitativo de enfermagem subestimado e o aumento das taxas de infecções, mortalidade, quedas, pneumonia associado à ventilação mecânica, extubação acidental e tempo de internação (VERSA et al., 2011).

As instituições que apresentam dimensionamento adequado de enfermagem, que se preocupam com a capacitação e a retenção de enfermeiros, permitem uma assistência de enfermagem com foco na qualidade, favorecendo a prevenção e detecção precoce de possíveis eventos adversos (OLIVEIRA et al., 2015).

Por fim, deve-se evoluir com a cultura de segurança na Instituição, já que uma cultura de segurança positiva está associada à adoção de comportamentos seguros e diminuição de eventos adversos, diretamente relacionados à segurança do paciente (DUCCI, 2015). Neste contexto, verificou-se a necessidade de sensibilizar a equipe de enfermagem sobre a temática segurança do paciente, em utilizar a ocorrência dos eventos adversos como uma oportunidade de orientação e, assim, conseguir envolvê-los na importância das notificações e nas melhores práticas de prevenção e cuidado seguro.

## **CONCLUSÃO**

As práticas apresentados estão em consonância com os protocolos do Ministério da Saúde e demais literaturas, ou seja, são práticas relevantes para o cuidado seguro, atuais e adequadas à realidade estudada.

Embora os achados deste estudo apontem para uma realidade de um hospital privado especializado em cardiologia, foram evidenciadas melhores práticas no cuidado direto ao paciente, nas ações de liderança do enfermeiro e práticas que precisam ser aperfeiçoadas, que poderão servir de subsídio para profissionais de contextos similares ou orientar gestores públicos na adoção de instrumentos e recursos já utilizados em instituições privadas visando à segurança do paciente.

A cultura da segurança deve ser internalizada pelos profissionais, sendo necessário ampliar as estratégias de educação permanente sobre o tema, melhorar os processos e condições de trabalho, adequar o dimensionamento dos profissionais e entender a presença dos familiares/acompanhantes como coparticipantes do cuidado seguro.

## REFERÊNCIAS

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. Brasília (DF): ANVISA; 2013.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2009.

BORGHARDT, Andressa Tomazoni et al. **Avaliação das escalas de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos: uma coorte prospectiva**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, v.23, n.1, p.28-35, jan./fev. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SAS/MS 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). 2013a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html)>. Acesso em: 17 out 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Protocolo prevenção de queda**. 2013b. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/julho/Protocolo%20>

>. Acesso em: 5 out 2014.

CARVALHO, Moacira Lopes et al. **Assistência de enfermagem na UTI a pacientes submetidos à cirurgia cardíaca**. R. Interd., São Paulo, v.6, n.4, p. 60-7, 2013.

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN n.358 de 15 de outubro de 2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nas Instituições de Saúde Brasileiras. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Enfermagem; 2009.

COSTA, Veridiana Tavares; MEIRELLES, Betina H. Schindwein; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. **Melhores práticas do enfermeiro gestor no gerenciamento de risco**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, v.21, n.5, 07 telas, 2013.

DUARTE, Sabrina da Costa Machado et al. **Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem**. Rev. Bras. Enferm., Brasília, v. 68, n.1, p. 144-54, fev. 2015.

DUCCI, Adriana Janzante. **Segurança do paciente em unidades de terapia intensiva: fatores dos pacientes, estresse, satisfação profissional e cultura de segurança na ocorrência de eventos adversos**. 2015. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

FERNANDES, Maria das G.Melo et al. **Risco para úlcera por pressão em idosos hospitalizados: aplicação da Escala de Waterlow**. Rev. Enferm UERJ, v.20, n.1, p.56-60, 2012.

IOWA. University Of Iowa. College of Nursing. **HCGNE – Best Practices for Healthcare Professionals**. 2014. Disponível em: <<http://www.nursing.uiowa.edu/hartford/best-practicesfor-healthcare-professionals>> Acesso em: 28 set. 2014.

ISMP – Instituto para Práticas Seguras no uso de Medicamentos. **Medicamentos potencialmente perigosos**. [Internet] 2014. Disponível

em: <<http://www.ismp-brasil.org/site/index/medicamentos/>>. Acesso em: 17 set. 2014.

JCAHO - Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. **Temas e estratégias para liderança em enfermagem: enfrentando os desafios hospitalares atuais**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

KUPLICH, Nádia Mora et al. **Política de prevenção da disseminação de germes multirresistentes no hospital de clínicas de porto alegre**. Rev HCPA, v. 31, n.1, 2011.

LORENZINI, Elisiane et al. Dimensioning of nursing staff: an integrative review. Ciênc Cuid Saúde, v.13, n.1, p.166-72, jan/mar. 2014.

NEVES, Lourdes Alexandrina de Castro; MELGAÇO, Regina Maria Tavares. **A identificação do paciente como indicador de qualidade**. 2011. Trabalho de Conclusão de Curso da Pós Graduação Latu Sensu em Gestão de Ambiente e Segurança em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://proqualis.net/dissertacao/identifica%C3%A7%C3%A3o-do-paciente-come-indicador-de-qualidade>>. Acesso em: 01 de janeiro de 2016.

NOVELLO, Mayra Faria et al. **Qualidade e segurança assistencial aplicada à cardiologia: as contribuições da experiência americana**. Rev Bras Cardiol, v.24, n.3, p169-179, maio/jun. 2011.

OLIVEIRA, Roberta Meneses et al. **Evaluating the intervening factors in patient safety: focusing on hospital nursing staff**. Rev Esc Enferm USP, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 104-13, feb. 2015.

SANTOS, Ana Paula Azevedo. **O enfermeiro no pós-operatório de cirurgia cardíaca: competências profissionais e estratégias da organização**. 2015. Dissertação (Mestrado) - Universidade do Estado de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

SANTOS, Margarida Custódio dos et al. **Comunicação em saúde e a segurança do doente**: problemas e desafios. Rev Port Saúde Pública, vol temat, n.10, p.47-57, 2010.

SPRINGHOUSE. **As Melhores práticas de enfermagem**: procedimentos baseados em evidências. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

TANNURE, Meire Chucre; PINHEIRO, Ana Maria. **SAE - Sistematização da assistência de enfermagem** – guia prático. São Paulo: Guanabara Koogan, 2011.

TEIXEIRA, Thalyta C. Alux; CASSIANI, Silvia H. de Bertoli. **Análise de causa raiz de acidentes por quedas e erros de medicação em hospital**. Acta Paul Enferm, São Paula, v.27, n.2, p.100-7, mar/abr. 2014.

VERSA, Gelena L.G. da Silva et al. **Influência do dimensionamento da equipe de enfermagem na qualidade do cuidado ao paciente crítico**. Texto & Contexto Enferm., Florianópolis, v. 20, n. 4, p.796-802, dez. 2011.

WATCHER, Robert M. **Compreendendo a segurança do paciente**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo geral proposto por este estudo foi de conhecer a ocorrência de eventos adversos, a liderança do enfermeiro e as melhores práticas para a prevenção de eventos adversos e cuidado seguro à pessoa com doença cardiovascular.

Foi possível identificar os fatores relacionados à ocorrência dos eventos adversos, como: perfil sociodemográfico dos pacientes internados, presença da equipe multidisciplinar no cuidado prestado, adesão aos protocolos institucionais e às melhores práticas, dimensionamento e rotatividades da equipe de enfermagem, capacitação e aperfeiçoamento da equipe e liderança do enfermeiro.

Verificou-se que a maioria dos pacientes é idoso, dependente, com múltiplas necessidades de cuidado, com tempo de internação longo. A equipe multidisciplinar exerce um papel fundamental neste contexto, auxiliando os enfermeiros a identificarem os riscos, a orientar a equipe, familiares e pacientes, participando nos cuidados e na prevenção dos eventos adversos.

As melhores práticas identificadas são importantes ferramentas para a prevenção dos eventos adversos, sendo estas: melhores práticas nas ações de cuidado ao paciente, como a identificação correta, conferência de medicamentos, cuidados ao paciente com risco de queda, úlcera por pressão e broncoaspiração, prevenção de infecção hospitalar e cuidado no pré e pós-operatório; e as melhores práticas de liderança do enfermeiro, como a assistência integral, orientação ao paciente, comunicação e as relações de trabalho na equipe e a Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Com relação aos protocolos institucionais, denotou-se baixa adesão da equipe a alguns deles, como utilização das escalas de avaliação de risco (tanto na admissão quanto na avaliação diária), sinalização dos pacientes com risco de queda, participação do serviço de nutrição para prevenção de úlceras por pressão e o uso da prescrição médica manual em vez da prescrição eletrônica já preconizada pela Instituição. A adoção da prescrição eletrônica como uma melhor prática ajudaria na prevenção dos erros de medicação, evitando o não entendimento dos itens prescritos, otimizando o tempo e o cuidado prestado ao paciente, tornando o processo mais seguro e confiável.

Além das melhores práticas já citadas, a presença da educação permanente é considerada pelos enfermeiros como uma melhor prática



no intuito de desenvolver conhecimentos, habilidade e práticas, e a participação do enfermeiro é essencial para identificar as necessidades de treinamentos e organizar esses momentos com a sua equipe.

Aliado à capacitação dos profissionais, há a presença de profissionais técnicos recém-formados e novos na instituição, os quais necessitam de capacitação constante e atualização dos conhecimentos, muitas vezes, até para cobrir as lacunas da formação destes profissionais.

Outro fator importante para garantir o cuidado seguro é a garantia do dimensionamento adequado do número de profissionais da equipe de enfermagem e a baixa rotatividade, já que estes acarretam em sobrecarga do trabalho, com risco do cuidado ser realizado rapidamente e com pouca atenção, podendo ocasionar ações inseguras e eventos adversos.

Em meio ao contexto identificado, o enfermeiro é o profissional responsável pela gestão do cuidado e supervisão. Para tal, é necessário habilidade de liderança, tais como: responsabilidade, conhecimento técnico científico, tomada de decisão e comunicação para gerenciar pessoas e saber identificar as suas fragilidades e potencialidades. Conhecer a sua equipe e seus pacientes, identificar as necessidades de cuidado e possíveis riscos, assim como capacitar os pacientes, familiares e equipe são ações essenciais para garantir o cuidado seguro e com qualidade. Dessa forma, a liderança do enfermeiro se faz necessária para a segurança do paciente com doença cardiovascular.

Entre as diversas práticas de liderança observadas e os diferentes perfis de líderes, identificou-se que os enfermeiros participantes do estudo dão ênfase à manutenção de relações harmoniosas com sua equipe, enxergando cada membro da equipe como um indivíduo ímpar, verificando as suas dificuldades, estimulando e motivando quando necessário. A comunicação, o saber ouvir e aceitar as opiniões dos membros equipe, além de orientar os pacientes e acompanhantes, incluindo-os como participantes do cuidado, são práticas exercidas pelos enfermeiros, tornando-os dessa forma referência na equipe para resolução das dúvidas e tomadas de decisões.

Apesar dos resultados aqui apresentados representarem uma realidade específica, não podendo ser generalizada para outros cenários com características diversas, e ainda contar com coleta de dados em prontuários, outro fator que pode acarretar repercussões nos achados são

as falhas no registro ou dados incompletos; para isto se buscou superá-las através de complementação dos dados com os enfermeiros.

Assim, este estudo viabilizará aos profissionais de saúde, em especial de enfermagem, as melhores práticas no cuidado seguro ao paciente cardiovascular, principalmente no setor hospitalar. Através deste, identificou-se as características e as melhores práticas de liderança utilizadas pelos enfermeiros visando à prevenção dos eventos adversos, bem como, garantir a segurança do paciente.

Estudos como este são importantes para identificar os riscos e possíveis eventos adversos em diversas realidades, analisar os indicadores de segurança do pacientes, verificar a adesão aos protocolos institucionais e às melhores práticas, verificar o ambiente de trabalho e as necessidades de melhoria. Dessa forma é possível atuar frente aos problemas levantados, melhorando a qualidade e segurança no cuidado.

A instituição em questão é especializada no atendimento ao paciente cardiológico, porém, atende outras especialidades, como ortopedia, urologia, vascular, entre outros. Verificou-se que este fato não interferiu nos resultados, já que as melhores práticas no cuidado ao paciente e na liderança do enfermeiro são utilizadas também às outras especialidades, com o mesmo intuito de prevenir os eventos adversos e garantir a segurança aos pacientes. Identificou-se como diferença entre as especialidades que a grande maioria dos eventos adversos ocorreram com os pacientes cardiológicos, o que demonstra a necessidade de implementar as melhores práticas a estes pacientes em especial, assim como às demais especialidades.

Durante a revisão de literatura não foram encontrados estudos utilizando métodos mistos. Deduz-se assim, que há a necessidade de mais estudos como este para ampliar o conhecimento acerca da segurança do paciente cardiológico, associado com as melhores práticas para o cuidado ao mesmo e a influência da liderança do enfermeiro para garantir que esse cuidado seja seguro e com qualidade.

## REFERÊNCIAS

ADAMY, Edlamar Kátia; TOSATTI, Maiara. **Sistematização da assistência de enfermagem no período perioperatório**: visão da equipe de enfermagem. Rev Enferm UFSM, v. 2, n. 2, p. 300-10, Mai/Ago., 012.

AMESTOY, Simone C. et al. **Compreensão dos enfermeiros sobre o exercício da liderança no ambiente hospitalar**. Cogitare Enferm., v.19, n.3, p.475-82, jul/set.2014.

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **ANVISA cria hospitais sentinela para aprimorar vigilância sanitária**. Brasília (DF): ANVISA; 2001.

\_\_\_\_\_. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde.

**Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. Brasília (DF): ANVISA; 2013a.

\_\_\_\_\_. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde.

**Investigação de Eventos Adversos em Serviços de Saúde**. Brasília (DF): ANVISA; 2013b.

BALDUINO, Anice de Fátima Ahmad; MANTOVANI, Maria de Fátima; LACERDA, Maria Ribeiro. **O processo de cuidar de enfermagem ao portador de doença crônica cardíaca**. Esc Anna Nery Rev Enferm., v.13, n.2, p. 342-51, abr/jun.2009.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2009.

BELLUCCI, José Aparecido; MATSUDA, Laura Misue. **O enfermeiro no gerenciamento à qualidade em Serviço Hospitalar de Emergência**: revisão integrativa da literatura. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre, v.32, n.4, p.797-806, dez.2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **ANVISA promove debate sobre segurança do paciente no Brasil**. 2007. Disponível em:

<<http://www.anvisa.gov.br/DIVULGA/noticias/2007/171007.htm>>.

Acesso em: 17 out 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Parecer Técnico-Científico**: Avaliação de Múltiplas Tecnologias em Feridas Crônicas e Queimaduras. Brasília – DF. 2011. Disponível em:

<[http://formsus.datasus.gov.br/novoimgarq/14480/2120690\\_109700.pdf](http://formsus.datasus.gov.br/novoimgarq/14480/2120690_109700.pdf)

>. Acesso em: 29 nov 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS 529, de 1º de abril de 2013. **Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)**. 2013a. Disponível em:

<[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html)>.

Acesso em: 17 out 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Resolução - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. **Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências**. 2013b. Disponível em:

<[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036\\_25\\_07\\_2013.html](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html)>.

Acesso em: 17 out 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Protocolo de Identificação do Paciente**. 2013c. Disponível em:

<<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/julho/Protocolo%20-%20Segura%C3%A7a%20na%20Prescri%C3%A7%C3%A3o,%20uso%20e%20Administra%C3%A7%C3%A3o%20de%20Medicamentos.pdf>>.

Acesso em: 5 out 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde**. 2013d. Disponível em:

<<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/julho/PROTOCOLO%20HIGIENE%20DAS%20M%C3%83OS.pdf>>.

Acesso em: 5 out 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Protocolo prevenção de queda**. 2013e. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/julho/Protocolo%20-%20Preven%C3%A7%C3%A3o%20de%20Quedas.pdf>>. Acesso em: 5 out 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Protocolo para prevenção de úlcera por pressão**. 2013f. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/julho/PROTOCOLO%20ULCERA%20POR%20PRESS%C3%83O.pdf>>. Acesso em: 5 out 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos**. 2013g. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/julho/Protocolo%20Identifica%C3%A7%C3%A3o%20do%20Paciente.pdf>>. Acesso em: 5 out 2014.

\_\_\_\_\_. Informações de Saúde. **Internações Hospitalares do SUS por Local de Internação**. [Internet]. 2014a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/sxsc.def>>. Acesso em: 19 abr 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade. **Painel de Monitoramento da Mortalidade CID-10**. [Internet]. 2015. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/pobt10uf.def>>. Acesso em: 26 março 2016.

CALLEGARO, Giovana Dorneles et al. **Significando o processo de viver a cirurgia de revascularização miocárdica**: mudanças no estilo

de vida. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre, v.33, n.4, p.149-56, dez. 2012.

CARVALHO, Ariana Rodrigues Silva et al. **Complicações no pós-operatório de revascularização miocárdica.** Ciência, Cuidado & Saúde, Maringá, v. 5, n. 1, p. 50-9, jan./abr. 2006.

CASSIANI, Silvia Helena de Bortoli. **Enfermagem e a Pesquisa sobre Segurança dos Pacientes.** Acta Paulista Enfermagem, São Paulo, v. 23, n. 6, p. vii-viii, 2010.

COSTA, Veridiana T. **Melhores práticas do enfermeiro gestor: um estudo de caso.** 2011. 134p. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

CRESWELL, J.W. **Projetos de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto.** 3. ed. Porto alegre: Artmed, 2010.

CUNHA, Aparecida Irian Guidugli et al. **A Enfermagem na cardiologia invasiva.** São Paulo: Atheneu, 2007.

FERNANDES, Ulisses; SOARES, Narciso Vieira. **Modelos de liderança adotados por enfermeiros de um hospital do Rio Grande do Sul.** J Nurs Health, Pelotas, v.2, n. 1, p. 38-43, jan/jun. 2012.

FERNANDES, Liva G. Guerra et al. **Contribuição de James Reason para a segurança do paciente: reflexão para a prática de enfermagem.** Rev Enferm UFPE On line, Recife, v.8, supl.1, p.2507-12, jul. 2014.

GAIDZINSKI, Raquel Rapone; PERES, Heloisa Helena; FERNANDES, Maria Fátima Prado. **Liderança: aprendizado contínuo no gerenciamento em enfermagem.** Rev Bras Enferm., v.57, n. 4, p. 464-6, jul/ago.2004.

GALLOTTI, Renata M.D.G. **Eventos Adversos – o que são?** Rev Assoc Med Bras, São Paulo, v.50, n.2, p. 114, Abr. 2004.

GASPERI, Patricia. **A enfermagem promovendo a saúde no cuidado a pessoas que vivenciam cirurgia cardíaca.** 2005. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2005.

GAZIANO, Thomas A.; GAZIANO, J. Michael. **Peso global da doença cardiovascular.** In: BRAUNWALD, Eugene (Ed.); BONOW, Roberto (Ed.). Tratado de doenças cardiovasculares [de] Braunwald. 9. ed. Rio de Janeiro: Saunders Elsevier, 2013. 2 v. p 01-22.

GOMES, Adélia Q.F. **Iniciativas para a segurança do paciente difundidas pela internet por organizações internacionais.** 2008. 155p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008.

GONÇALVES, Helen Silva; MOTA, Caroline Maria de Miranda. **Liderança situacional em gestão de projetos:** uma revisão da literatura. Rev Produção., v.21, n.3, p. 404-16, jul/set.2011.

HERSEY, Paul; BLANCHARD, Kenneth. **Management of organizational behavior.** 5. ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 2007.

HPC - Health Promotion Clearinghouse. **Best practices approach to health promotion.** 2012. Disponível em: <<http://hpclearinghouse.ca/wp-content/uploads/2012/01/brochure.pdf>>. Acesso em: 28 set 2014.

IBGC - Instituto Brasileiro de Governança Corporativa. **Código das melhores práticas de governança corporativa.** São Paulo, 2009.

IOM – Institute of Medicine. **To Err is Human:** Building a Safer Health System. Washington/DC: National Academy Press, 2000.

IOWA. University Of Iowa. College of Nursing. **HCGNE – Best Practices for Healthcare Professionals.** 2014. Disponível em: <<http://www.nursing.uiowa.edu/hartford/best-practicesfor-healthcare-professionals>> Acesso em: 28 set 2014.

ISMP – Instituto para Práticas Seguras no uso de Medicamentos. **Medicamentos potencialmente perigosos**. 2014. Disponível em: <<http://www.ismp-brasil.org/site/index/medicamentos/>>. Acesso em: 17 set 2014.

JAMES, John T. **A new evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care**. J Patient Saf, v.9, n. 3, p.122-8, set.2013.

JCAHO - Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. **Temas e estratégias para liderança em enfermagem: enfrentando os desafios hospitalares atuais**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

KEEHLEY, Patricia et al. **Benchmarking for best practices in the public sector**. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1996.

KEMPFER, Silvana Silveira et al. **Reflexão sobre um modelo de sistema organizacional de cuidado de enfermagem centrado nas melhores práticas**. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre, v.31, n.3, p. 562-6, set.2010.

LANZONI, Gabriela M. de Melo.; MEIRELLES, Betina H. Schlindwein. **Liderança do enfermeiro: uma revisão integrativa da literatura**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, v. 19, n. 3, maio/jun. 2011.

LINCH, G.F.C et al. **Unidades de hemodinâmica: a produção do conhecimento**. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2009 dez;30(4):742-9.

MARQUIS, B.L. **Administração em liderança: teoria e prática**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

MENDES, Walter et al. **The assessment of adverse events in hospitals in Brazil**. International Journal for Quality in Health Care, v.21, n.4, p.279–84, 2009.

MELLO, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de. **Promovendo o cuidado à saúde bucal do idoso: revelando contradições no processo de cuidar e incorporando melhores práticas a partir do contexto da instituição de longa permanência para idosos**, 2005. 319p. Tese (Doutorado em



Enfermagem) – Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

MONTEIRO, Maria de Penha; MARX, Lore Cecília. **O pensamento lateral como facilitador da criatividade organizacional**. São Paulo, v.5, n.2, p. 45-53, 2006.

NASCIMENTO, Jucian Silva; GOMES, Bruna; SARDINHA, Ana H. Lima. **Fatores de risco modificáveis para as doenças cardiovasculares em mulheres com hipertensão arterial**. Rev Rene, Fortaleza, v.12, n.4, p.709-15, out/dez. 2011.

NELSON, Antonia M. **Best practice in nursing: A concept analysis**. Int.J.Nurs.Stud. 2014.

NEVES, Pamela da Silva. **Saberes do cliente sobre fatores de risco para doença coronariana: ações educativas do enfermeiro** [dissertação]. 2012. Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense.

NOVELLO, Mayra Faria et al. **Qualidade e segurança assistencial aplicada à cardiologia: as contribuições da experiência americana**. Rev Bras Cardiol, v.24, n.3, p169-179, maio/jun. 2011.

OMS - Organização Mundial de Saúde. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Relatório Mundial. Brasília(DF); 2003.

PERTELINI, M.A.S.; PEREIRA, S.R. Os erros humanos: abrangência e tipos. In: HARADA, MJCS; PEDREIRA, MLG; PERTELINI, MAS et al. **O erro humano a segurança do paciente**. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 19-26.

PHILIPS. **Philips Tasy** – Sistema de Gestão em Saúde. 2012. Blumenau – SC, Brasil. Disponível em: <<http://www.cilatam.philips.com.br/solucoes/13/tasy-prestador/>>. Acesso em: 29 nov. 2014.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem:** avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed. 2011.

PORTO, Silva et al. **A magnitude financeira dos eventos adversos em hospitais no Brasil.** Rev Port Saude Publica, vol temat, n.10, p. 3-10, 2010.

PRADO, Marta Lenise do; GELBCKE, Francine Lima. **Fundamentos de enfermagem.** Florianópolis: Cidade Futura, 2002.

PROQUALIS - Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente **Taxonomia - Classificação Internacional para a Segurança do Paciente (ICPS).** [Internet]. Rio de Janeiro. 2015. Disponível em: <<http://proqualis.net/aula/taxonomia-classifica%C3%A7%C3%A3o-internacional-para-seguran%C3%A7a-do-paciente-icps>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

RAMOS, Vanessa Mesquita; FREITAS, Cibelly A.S. Lima; SILVA, Maria Josefina. **Aprendizagem da liderança:** contribuições do internato em enfermagem para a formação do estudante. Esc Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 157-161, jan./mar. 2011.

REASON, J. **Human error:** models and management. BMJ, v. 320, p.768–70, 2000.

REIS, Cláudia Tartaglia; MARTINS, Mônica; LAGUARDIA, Josué. **A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde** – um olhar sobre a literatura. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 2029-36, jul. 2013.

RNAO - Registered Nurses' Association of Ontario. **Strategies to Support Self-Management in Chronic Conditions:** Collaboration with Clients. September 2010. Disponível em: <[http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/storage/related/6711\\_SMS\\_Summary.pdf](http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/storage/related/6711_SMS_Summary.pdf)>. Acesso em: 25 janeiro 2016.

\_\_\_\_\_. **Best practice guidelines.** 2016a. Disponível em: <<http://rnao.ca/>>. Acesso em: 25 janeiro 2016.

\_\_\_\_\_. **Back to Basics: Chronic Disease Management Webinar Series.** 2016b. Disponível em: < <http://rnao.ca/events/back-basics-chronic-disease-management-webinar-series-module-25>>. Acesso em: 25 janeiro 2016.

ROBBINS, Stephen P.; JUDGE, Timothy A.; SOBRAL, Filipe. **Comportamento organizacional: teoria e prática no contexto brasileiro.** 14. ed. Rio de Janeiro: Pearson Prentice Hall, 2011.

ROQUE, Keroulay.E.; MELO, Enirtes C. Prates. **Avaliação dos eventos adversos a medicamentos no contexto hospitalar.** Esc Anna Nery, Rio de Janeiro, v.16, n. 1, p. 121-7, mar. 2012.

RUNCIMAN, W. et al. **Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms.** Int J Qual Health Care, v.21, n.1, p.18-26, fev. 2009.

SANTOS, José Luis Guedes et al. **Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa.** Rev Bras Enferm, Brasília, v.66, n.2, p.257-63, mar/abr. 2013.

SILVA, Lolita Dopico. **Segurança do paciente no contexto hospitalar.** Rev enferm UERJ. Rio de Janeiro, v. 20, n.3, p.291-2, jul/set. 2012.

SILVA, Vania L dos Santos; CAMELO, Silvia H. Henriques. **A competência da liderança em enfermagem: conceitos, atributos essenciais e o papel do enfermeiro líder.** Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, v. 21, n.4, p.533-9, out/dez. 2013.

SPRINGHOUSE. **As Melhores práticas de enfermagem: procedimentos baseados em evidências.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

STRAPASSON, Maria Rejane; MEDEIROS, Cássia R.G. **Liderança transformacional na enfermagem.** Rev Bras Enferm, Brasília, v.62, n.2, p.228-33, mar/abr. 2009.

SUHRCKE, Marc et al. **Chronic disease: An economic perspective.** London: Oxford Health Alliance, 2006. Disponível em:

<<http://www.sehn.org/tccpdf/Chronic%20disease%20economic%20perspective.pdf>>. Acesso em: 23 ago. 2014.

TEIXEIRA, Thalyta C. Alux; CASSIANI, Silvia H. de Bertoli. **Análise de causa raiz de acidentes por quedas e erros de medicação em hospital**. Acta Paul Enferm, São Paula, v.27, n.2, p.100-7, mar/abr.2014.

TANNURE, M.C.; PINHEIRO A.M. SAE: **Sistematização da Assistência de Enfermagem**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

VARGAS, Mara A. de Oliveira; LUZ, Anna Maria Hecker. **Práticas seguras do/no cuidado de enfermagem no contexto hospitalar: é preciso pensar sobre isso e aquilo**. Enfermagem em Foco, v.1, n.1, p.23-7, 2010.

VILA, Vanessa S. Carvalho; ROSSI, Lídia Aparecida; COSTA, Maria C. Silva. **Experiência da doença cardíaca entre adultos submetidos à revascularização do miocárdio**. Rev Saúde Pública, São Paulo, v.42, n.4, p.750-6, aug. 2008.

ZAPELINI, Maria Christina. **Rede de cuidado a pessoas submetidas à angioplastia transluminal coronária**. 2013. 110p. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2013.

WHO - World Health Organization. **Patient safety – a global priority**. Bull World Health Organ 2004; 82(12): 891-970.

\_\_\_\_\_. **World Alliance for Patient Safety Forward Programme 2008-2009**. Geneva (Swi): World Health Organization; 2010.

\_\_\_\_\_. **The top 10 causes of death**. [Internet]. 2014. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>>. Acesso em 23 de ago. 2014.

\_\_\_\_\_. **Cardiovascular diseases.** [Internet]. 2015. Disponível em: <[http://www.who.int/topics/cardiovascular\\_diseases/en/](http://www.who.int/topics/cardiovascular_diseases/en/)>. Acesso em 23 de fev. 2015.

WONG, Carol A.; CUMMINGS, Greta G. **The relationship between nursing leadership and patient outcomes:** a systematic review. *Journal of Nursing Management*, v.15, n.5, p.508–21, jul.2007.

WONG, Carol A; CUMMINGS, Greta G.; DUCHARME, Lisa. **The relationship between nursing leadership and patient outcomes:** a systematic review update. *Journal of Nursing Management*, v. 21, n.5, p.709–24, jul.2013.



### APÊNDICE A - Instrumento de Coleta de Dados

DADOS DO PACIENTE	
Número de identificação:	
Sexo: 1. ( ) Feminino    2. ( ) Masculino	Idade:
Motivo de Internação (especialidade):	
Tempo de internação:	
Unidade:	TURNO: 1. ( ) Diurno    2. ( ) Noturno

### EVENTOS ADVERSOS

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
2. Estava com pulseira de identificação: 0.( ) NÃO      1.( ) SIM	
3. Eventos adversos devido a falhas na identificação do paciente? 0.( ) NÃO      1.( ) SIM	
4. Houve dano? 0.( ) NÃO    1.( ) SIM	5. Qual:
3. HIGIENE DAS MÃOS	
1. Acesso a sabonete líquido?	0.( ) NÃO      1.( ) SIM
2. Acesso a papel toalha?	0.( ) NÃO      1.( ) SIM
3. Acesso imediato ao álcool gel nos pontos de assistência?	0.( ) NÃO      1.( ) SIM
4. QUEDA	
1. Paciente recebeu na admissão avaliação para risco de queda por meio de escala <i>Stratify</i> ? 0.( ) NÃO      1.( ) SIM	
2. Paciente recebendo avaliação diária para risco de queda por meio de escala <i>Stratify</i> ? 0.( ) NÃO      1.( ) SIM	
3. Paciente com risco de queda por meio de escala <i>Stratify</i> ? 0.( ) NÃO      1.( ) SIM Paciente com risco de queda avaliados pela equipe? 0.( ) NÃO      1.( ) SIM	
4. Sinalizações visuais para identificação de risco de queda: Prontuário:      0.( ) NÃO      1.( ) SIM Pulseira de risco: 0.( ) NÃO      1.( ) SIM	

Quadro: 0.( ) NÃO 1.( ) SIM	
5. Apresentou queda: 0.( ) NÃO 1.( ) SIM	7.Motivo principal da queda: 8. Equipe de enfermagem estava presente? 0.( ) NÃO 1.( ) SIM
6.Tipo: A( ) leito B( ) maca C( ) cadeira D( ) própria altura E( ) banheiro	9.Houve dano? 0.( ) NÃO 1.( ) SIM 10.Se sim, qual o tipo:
<b>5. ÚLCERA POR PRESSÃO (UPP)</b>	
1. Paciente recebeu na admissão avaliação para risco de UPP por meio de escala de Braden? 0.( ) NÃO 1.( ) SIM	
2. Paciente recebendo avaliação diária para risco de UPP por meio da escala de Braden? 0.( ) NÃO 1.( ) SIM	
3. Paciente com risco: ( ) Sem Risco ( ) Leve ( ) Moderado ( ) Elevado ( ) Muito elevado	4. Informado à nutricionista/nutrólogo? 0.( ) Não 1.( ) Sim  5. Está sendo realizada a mudança de decúbito a cada 2 horas? 1.( ) Sim 2.( ) Parcialmente 0.( ) Não
5. Paciente com UPP: 0.( ) NÃO 1.( ) SIM	7. Qual o estágio da lesão? A( )Estágio I B( )Estágio II C( )Estágio III D( )Estágio IV
6. Número de lesões:	
8. Tipo de cobertura:	
<b>6. MEDICAÇÕES</b>	
<u>1. Prescrições médicas que possuem erros nos seguintes itens:</u>	
A. Nome completo do paciente____ B. No. do prontuário ____ C. Setor____ D. Quarto/leito____ E. Nome médico e carimbo ____ F. Legibilidade____	G. Utiliza siglas ____ H. Via____ I. Dose____ J. Aprazamento____ K. Data da prescrição____ L. “Se necessário” sem definir posologia.____
2. Houve dano? 0.( ) NÃO 1.( ) SIM	
3. Se sim, qual o tipo:	



<u>4. Número de erros envolvendo a Administração de Medicamentos no que tange à:</u>		
A. Identificação do paciente certo ___		5. Houve dano?
B. Medicação certa___		0.( ) NÃO
C. Via certa___		1.( ) SIM
D. Hora certa___		
E. Dose certa___		6. Se sim, qual o
F. Registro certo___		tipo:
<b>7. FLUIDOTERAPIA</b>		
<u>1. Paciente com acesso venoso: ( ) Periférico ( ) Central.</u>		
<u>2. Número de complicações no acesso venoso: A___periférico B___ central.</u>		
3. Motivo:	4. Tempo de punção:	6. Houve dano?
A flebite ___		0.( ) NÃO
B infiltração___		1.( ) SIM
C sinais de infecção local:___	5. Tipo de cobertura:	
D sinais de infecção sistêmica:___		7. Se sim, qual o tipo:



## APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista

<p>Data: __/__/____</p> <p>Nome completo: _____</p> <p>Código: _____</p> <p>Idade: _____</p> <p>Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino</p> <p>Quantos anos de formação na área de enfermagem?</p> <p>Há quanto tempo trabalha nessa Unidade?</p> <p>Possui pós-graduação? ( ) Sim ( ) Não</p> <p style="padding-left: 20px;">Se sim, qual a área? ( ) Especialização ( ) Mestrado ( ) Doutorado.</p> <p style="padding-left: 20px;">Especifique a área:</p>
<p><b>Questões</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Que <u>ações</u> você implementa na sua prática assistencial para um cuidado seguro?</li> <li>2. Para você, qual o <u>papel do enfermeiro</u> para garantir um cuidado seguro?</li> <li>3. Para você, o que é segurança do paciente?</li> <li>4. Quando um evento adverso ocorre na sua prática assistencial e da sua equipe, como você lida com essa situação?</li> <li>5. Que tipos de eventos adversos já aconteceram?</li> <li>6. Para você, o que é evento adverso?</li> <li>7. O que você acha do <u>processo das notificações</u> dos eventos adversos? Teria alguma sugestão?</li> <li>8. Com relação à ocorrência dos eventos adversos, há apoio da supervisão e gerência? Que tipo de apoio?</li> <li>9. E de outros profissionais da instituição? Que tipo de apoio?</li> <li>10. Quais as principais <u>facilidades</u> para o enfermeiro no processo de redução de EA?</li> <li>11. Quais as principais <u>dificuldades</u> para o enfermeiro no processo de <u>redução de EA</u>?</li> <li>12. Quais <u>repercussões</u> se observam na equipe de enfermagem/saúde com a realização do controle dos EA?</li> <li>13. Como você percebe a <u>liderança do enfermeiro</u> para um cuidado seguro?</li> <li>14. Quais <u>habilidades</u> o enfermeiro precisa ter?</li> </ol>

15. Das práticas assistenciais realizadas por você e sua equipe, indique as melhores práticas para um cuidado seguro à pessoa com doença cardiovascular:
16. Quais as ações que você indicaria como melhores práticas em saúde para alcançar redução dos EA e qualidade da assistência?

## **APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

### **UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

#### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) com as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.

**Título da Pesquisa: A liderança do enfermeiro e as melhores práticas do cuidado seguro à pessoa com doença cardiovascular**

Pesquisadoras responsáveis: Giuliana Caldeirini Aruto (48)9948-3297/ (48)9186-3256, Dr<sup>a</sup> Betina Hörner Schlindwein Meirelles (orientadora) e Dr<sup>a</sup> Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni (coorientadora).

Endereço institucional: Centro de Ciências e Saúde – Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Campus Universitário – Trindade – Florianópolis, Santa Catarina – Brasil. CEP: 88040-900.

O objetivo desta pesquisa é conhecer a liderança do enfermeiro e as melhores práticas para a prevenção de eventos adversos e promoção do cuidado seguro à pessoa internada com doença cardiovascular.

Gostaríamos de convidá-lo(a) a participar da referida pesquisa e, por meio deste termo de consentimento, certificá-lo(a) da garantia de sua participação. Sua participação na pesquisa ocorrerá por meio de concessão de uma entrevista áudio gravada e informações quanto aos eventos adversos e segurança do paciente durante o seu processo de trabalho.

O projeto de pesquisa pode trazer riscos, no que tange a constrangimento ou resgatar algum sentimento de tristeza. Caso isso ocorra, a pesquisadora promoverá uma pausa ou finalizará a entrevista se for de seu desejo.

Você tem a liberdade de se recusar a participar da pesquisa, ou se aceitá-la, retirar o seu consentimento a qualquer momento, uma vez que sua participação é voluntária. A recusa ou desistência da participação do

estudo não implicará em penalização ou prejuízo. Também, se você se sentir em dúvida ou prejudicado em seu direito, poderá fazer contato com o Comitê de Ética em Pesquisa através do telefone (48) 3212-1660 / 3212-1644) ou e-mail: [cepses@saude.sc.gov.br](mailto:cepses@saude.sc.gov.br)

A participação no projeto de pesquisa não implicará em ônus e, em caso de despesas ou danos aos participantes decorrentes da pesquisa, estes serão devidamente ressarcidos por meio de indenização pelos pesquisadores.

Os resultados viabilizarão aos profissionais de saúde, em especial de enfermagem melhores práticas no cuidado seguro ao paciente cardiovascular, principalmente no setor hospitalar, visando contemplar a complexidade e totalidade do ser humano, bem como garantir a segurança do paciente.

Os aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos serão respeitados, conforme determina a Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Portanto, são assegurados o sigilo e a privacidade da identidade dos participantes, o anonimato e a confidencialidade das informações, bem como os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade. Os dados serão utilizados para fins acadêmicos e divulgados em eventos e publicações científicas.

#### CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DO SUJEITO

Eu, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar do presente estudo como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data: \_\_\_\_\_

Assinatura do Sujeito: \_\_\_\_\_

Telefone para contato: \_\_\_\_\_

#### DECLARAÇÃO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Eu, Giuliana Caldeirini Aruto, portadora do CPF: 070.813.339-82, residente da cidade de Florianópolis – SC, comprometo-me em ressarcir/indenizar quaisquer danos causados ao participante decorrente da pesquisa mencionada neste documento.

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_

**ANEXO A – Escala de Avaliação de Risco de Queda *STRATIFY***

<b>Item</b>	<b>Avaliação do Risco</b>	<b>Valor</b>		<b>Pontuação</b>
1. História de queda	O paciente se apresentou ao hospital por queda ou caiu após a admissão? ( ) Sim ( ) Não  O paciente caiu nos últimos 6 meses? ( ) Sim ( ) Não	Sim para qualquer uma das perguntas = 6 pontos		
2. Estado mental	O paciente está confuso? ( ) Sim ( ) Não O paciente está desorientado? ( ) Sim ( ) Não O paciente está agitado? ( ) Sim ( ) Não	Sim para qualquer uma das perguntas = 14 pontos		
3. Visão	O paciente necessita de óculos permanente? ( ) Sim ( ) Não O paciente refere visão turva? ( ) Sim ( ) Não O paciente tem glaucoma, catarata ou degeneração muscular? ( ) Sim ( ) Não	Sim para qualquer uma das perguntas = 1 ponto		
4. <i>Toileting</i>	Há alguma alteração na diurese? ( ) Sim ( ) Não	Sim = 2 pontos		
5. Score de transferência	( ) Independente ( ) Pouca ajuda ( ) Muita ajuda ( ) Incapaz	0 1 2 3	Adicione <b>Score de transferência</b> com <b>Score de mobilidade</b>	

6. Score de mobilidade	<input type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Pouca ajuda <input type="checkbox"/> Muita ajuda <input type="checkbox"/> Imóvel	0 1 2 3	Se o valor total for entre 0 a 2, então pontuação = 0  Se o valor total for entre 3 a 6, então pontuação total = 7.	
<b>Total=</b>				

Pontuação total fornece o nível de risco: **paciente em risco se pontuação total  $\geq 9$ .**



### ANEXO B – Escala de Avaliação de Úlcera Por Pressão Braden

Descrição	Pontuação			
	1	2	3	4
<b>Percepção sensorial</b>	Totalmente limitado	Muito limitado	Levemente limitado	Nenhuma limitação
<b>Umidade</b>	Completamente molhado	Muito molhado	Ocasionalmente molhado	Raramente molhado
<b>Atividade</b>	Acamado	Confinado à cadeira	Deambula ocasionalmente	Deambula frequentemente
<b>Mobilidade</b>	Totalmente imóvel	Bastante limitado	Levemente limitado	Não apresenta limitações
<b>Nutrição</b>	Muito pobre	Provavelmente inadequada	Adequada	Excelente
<b>Fricção e cisalhamento</b>	Problema	Problema em potencial	Nenhum problema	

**Pontuação total:**

≤ 09 pontos = Risco muito elevado

10 a 12 pontos = Risco elevado

13 a 14 pontos = Risco moderado

15 a 18 pontos = Risco baixo

19 a 20 pontos = Sem risco



## ANEXO C - Parecer do Comitê de Ética

SECRETARIA DE ESTADO DA  
SAÚDE DE SANTA  
CATARINA/SES



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A Liderança do Enfermeiro e as Melhores Práticas do Cuidado Seguro à Pessoa com Doença Cardiovascular

**Pesquisador:** Betina Hömer Schlindwein Meirelles

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 41975015.6.0000.0115

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Catarina

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.040.447

**Data da Relatoria:** 29/04/2015

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo com método misto de desenho sequencial, o qual será realizado em duas etapas. Na primeira etapa, o estudo será quantitativo descritivo do tipo prospectivo. Na segunda etapa, o estudo será qualitativo descritivo.

Será realizado em uma instituição hospitalar privada, de médio porte, especializada em cardiologia no Estado de Santa Catarina; conta com 55 leitos de internação, 19 leitos de UTI, setor de emergência funcionando 24 horas, 4 salas cirúrgicas, 2 salas de hemodinâmica e 5 leitos de recuperação anestésica em cada setor.

Através do sistema TASY® (software de gestão em saúde), verificou-se que nos últimos seis meses (15/04/2014 a 15/10/2014) internaram 2002 pessoas nas 3 UCs. Segundo a ferramenta SESTATNET® a amostra do estudo será 322 pessoas, sendo a escolha intencional, não probabilística.

Na segunda etapa do estudo, serão sujeitos de pesquisa os 12 enfermeiros das três Unidades de Clínica Cirúrgica seguindo os seguintes critérios de inclusão: ser profissional enfermeiro que atua na unidade no período da coleta de dados e trabalhar nesta unidade há no mínimo três meses.

Endereço: Rua Esteves Junior, 390, Andar Térreo - Biblioteca  
Bairro: Centro CEP: 88.015-130  
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS  
Telefone: (48)3212-1660 Fax: (48)3212-1680 E-mail: cepes@saude.sc.gov.br

SECRETARIA DE ESTADO DA  
SAÚDE DE SANTA  
CATARINA/SES



Continuação do Parecer: 1.049.447

**Objetivo da Pesquisa:**

Geral: Conhecer a ocorrência de eventos adversos e a liderança do enfermeiro nas melhores práticas para a prevenção de eventos adversos e cuidado seguro à pessoa com doença cardiovascular atendida nas unidades de clínica cirúrgica de uma instituição privada de saúde de Santa Catarina

**Específicos:**

- Identificar os fatores relacionados à ocorrência dos eventos adversos.
- Caracterizar as melhores práticas adotadas pelo enfermeiro frente aos eventos adversos.
- Analisar os eventos adversos encontrados nas unidades de clínica cirúrgica da instituição quanto à identificação do paciente, higiene das mãos, queda, úlcera por pressão, erro de medicação e fluidoterapia.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: O projeto de pesquisa pode trazer riscos aos sujeitos, no que tange ao constrangimento ou resgatar algum sentimento de tristeza. Caso isso ocorra, a pesquisadora promoverá uma pausa ou finalizará a entrevista se for o desejo do entrevistado.

Benefícios: Os resultados viabilizarão aos profissionais de saúde, em especial de enfermagem, melhores práticas no cuidado seguro ao paciente cardiovascular principalmente no setor hospitalar, visando contemplar a complexidade e totalidade do ser humano, bem como garantir a segurança do paciente.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A segurança do paciente é um discussão complexa, multifatorial e vem de encontro a atenção do Ministério da Saúde no âmbito das "Melhores Práticas" em saúde. A pesquisa apresenta uma revisão de literatura consistente o referencial teórico apropriado e de interesse tanto da comunidade científica quanto da sociedade. O método está detalhado e os aspectos éticos estão contemplados nas ações planejadas.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

A documentação atende a normatização do CEP

**Recomendações:**

Todas as recomendações do parecer anterior foram atendidas

Endereço: Rua Esteves Junior, 390, Andar Térreo - Biblioteca  
Bairro: Centro CEP: 88.015-130  
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS  
Telefone: (48)3212-1660 Fax: (48)3212-1680 E-mail: cepes@saude.sc.gov.br

SECRETARIA DE ESTADO DA  
SAÚDE DE SANTA  
CATARINA/SES



Continuação do Parecer: 1.049.447

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não existe pendência

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

FLORIANOPOLIS, 05 de Maio de 2015

---

Assinado por:  
**ELIANE MARIA STUART GARCEZ**  
(Coordenador)

Endereço: Rua Esteves Junior, 390, Andar Térreo - Biblioteca  
Bairro: Centro CEP: 88.015-130  
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS  
Telefone: (48)3212-1660 Fax: (48)3212-1680 E-mail: cepes@saude.sc.gov.br