UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

NATÁSSIA CARMO LOPES QUEIROZ FERREIRA

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
SEGUNDO O PERFIL ASSISTENCIAL DOS PACIENTES DE UMA
INSTITUIÇÃO HOSPITALAR

RIBEIRÃO PRETO

2017

NATÁSSIA CARMO LOPES QUEIROZ FERREIRA

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
SEGUNDO O PERFIL ASSISTENCIAL DOS PACIENTES DE UMA
INSTITUIÇÃO HOSPITALAR

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Tecnologia e Inovação no Gerenciamento e Gestão em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof. Dra. Ana Maria Laus

RIBEIRÃO PRETO

2017

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ferreira, Natássia Carmo Lopes Queiroz

Avaliação da qualidade da assistência de enfermagem segundo o perfil assistencial dos pacientes de uma instituição hospitalar.

Ribeirão Preto, 2017.

109 p. : il. ; 30 cm

Dissertação (Mestrado) apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Orientador: Ana Maria Laus

1. Garantia da Qualidade dos Cuidados de Saúde. 2. Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde. 3. Recursos Humanos de Enfermagem. 4. Enfermagem.

FERREIRA, Natássia Carmo Lopes Queiroz

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM SEGUNDO O
PERFIL ASSISTENCIAL DOS PACIENTES DE UMA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de
Pós-Graduação Mestrado Profissional Tecnologia e
Inovação em Enfermagem.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

DEDICATÓRIA

Ao meu esposo Daniel, com amor, admiração e gratidão por sua compreensão, carinho, presença e incansável apoio ao longo do período de elaboração deste trabalho.

À minha família, que sempre acreditou em mim e incentivou a buscar novas formas de aprendizado.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por Sua infinita graça, misericórdia e amor, por estar sempre me orientando quanto às escolhas e decisões a serem tomadas.

Ao meu esposo Daniel, que sempre esteve ao meu lado me incentivando, ajudando e se orgulhando das minhas conquistas.

A toda minha família, em especial à minha mãe, meu padrasto e irmãos Guilherme e Pedro Henrique pelo apoio, carinho e compreensão em todos os momentos.

À família de meu esposo, que sempre com muito amor e carinho estavam comigo, felizes pela conquista.

À minha orientadora, Profa. Dra. Ana Maria Laus, primeiramente pela maravilhosa pessoa que sempre foi, humana, carinhosa, sábia, pelos ensinamentos ao longo destes anos. Obrigada por acreditar em mim, incentivar, pela competência, sabedoria, paciência, disponibilidade, atenção e estímulo.

À equipe da Libertas Faculdades Integradas, instituição que trabalho, pelo apoio e compreensão durante este trabalho, à Coordenadora de Curso de Enfermagem Denize Almeida, a quem agradeço imensamente e a todos colegas de trabalho.

Ao hospital participante deste estudo, em especial aos auxiliares e técnicos de enfermagem e enfermeiros que colaboraram para que o questionário fosse aplicado da melhor maneira possível, por toda a paciência e disponibilidade que me receberam.

Às minhas amigas da pós-graduação Luana e Aline, pelas idas a Ribeirão-Preto, pela companhia, apoio e amizade. Em especial à minha amiga Luana, por estarmos unidas desde o colegial, passamos pela graduação e agora conquistamos mais uma etapa de nossa formação juntas, além dos choros e desabafos que compartilhamos.

Às minhas colegas Mayra Meneguetti, Thamyrís Ricci e Cristiane Leite, doutorandas da EERP/USP, por todo apoio, orientação e carinho nestes anos.

Enfim, obrigada a todos os meus amigos e pessoas que torceram por mim e que ajudaram de uma maneira ou de outra na realização deste sonho.

“Deem graças em todas as circunstâncias, pois esta é a vontade de Deus...”

(I Tessalonicenses 5:18)

RESUMO

FERREIRA, Natássia Carmo Lopes Queiroz Ferreira. **Avaliação da qualidade da assistência de enfermagem segundo o perfil assistencial dos pacientes de uma instituição hospitalar**. 2017. 109 f. Dissertação (Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

A avaliação de qualidade das instituições de saúde evidencia uma contribuição expressiva das ações de enfermagem nos processos assistenciais. A técnica de observação com base em um *check list* pode se constituir em uma ferramenta valiosa para tal. A gestão do serviço de enfermagem pode ser facilitada com a adoção de indicadores assistenciais que permitem revisar os processos vigentes. Assim, este estudo objetivou avaliar a qualidade da assistência de enfermagem relacionando-a ao perfil de cuidados identificado. Estudo observacional, longitudinal, relacional, quantitativo, realizado em um hospital regional, acreditado de Minas Gerais. A amostra foi composta pelos pacientes internados nas Unidades de Clínica Cirúrgica (UCC) e Clínica Médica (UCM). Foram utilizados dois instrumentos para coleta de dados: o registro de busca ativa, baseado em 15 indicadores de qualidade, que classifica a assistência em segura, desejável, adequada, limítrofe ou insuficiente e o instrumento de caracterização do grau de dependência por meio do Sistema de Classificação de Pacientes de Perroca. Os dados foram coletados e organizados em planilhas com dupla digitação e analisados por meio estatística descritiva e teste qui quadrado de Pearson, realizadas por meio do programa STATA. Durante os 14 dias de coleta, 185 pacientes foram avaliados, totalizando 650 observações, 296 na UCC e 354 na UCM. Os resultados apontam a prevalência de homens internados nas clínicas e com idade mediana de 56 anos na UCC e 67 anos na UCM, sendo a maioria dos pacientes avaliados com perfil de cuidados mínimos nas duas unidades. Os pacientes em cuidados mínimos (CM) prevaleceram nas duas unidades, em seguida pacientes em cuidados intermediários (CI); presença de cuidados semi-intensivos (CSI) apenas na UCM, e nenhum paciente categorizado em cuidados intensivos. Na associação entre o perfil assistencial dos pacientes aos indicadores avaliados, constatou-se que não houve diferença na qualidade prestada, quando comparados CM e CI na UCC e UCM, e entre pacientes em CI e CSI na UCM. No tocante a adequação ao padrão de qualidade, o percentual de positividade obtido ficou abaixo do esperado, considerado insuficiente, com valores de 58% na UCC e 55% na UCM. Ao se estabelecer a associação entre o perfil de cuidados e o percentual de adequação de cada indicador nas unidades avaliadas verificou-se que não houve diferença estatística na qualidade assistencial oferecida. Apesar das características diversas das clínicas bem como de perfis de pacientes e da equipe de enfermagem identificou-se semelhança nas avaliações. Os resultados encontrados trazem implicações para a qualidade assistencial ofertada pela instituição que tem investido na melhoria da qualidade e poderão subsidiar uma discussão mais consistente sobre os processos de trabalho.

Palavras-chave: Garantia da Qualidade dos Cuidados de Saúde. Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde. Recursos Humanos de Enfermagem. Enfermagem.

ABSTRACT

FERREIRA, Natássia Carmo Lopes Queiroz Ferreira. **Evaluation of the quality of nursing care according to the care profile of the patients of a hospital institution.** 2017. 109 f. Dissertação (Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

The evaluation of quality of the health institutions makes evident the significant contribution of the nursing actions on the assisting processes. The observational technique based in a *check list* can be a valuable tool for such an action. The management of the nursing services can be facilitated with the adoption of the assistential indicators that allow to review the current processes. Therefore this study aimed to evaluate/assess the quality of the assistance in nursing according to the profile of patients of an accredited hospital in Minas Gerais. It is an observational, longitudinal and relational study with quantitative approach; accomplished in a regional hospital with inpatients receiving care in a Surgical Clinic Unit (SCU) and at a Medical Clinic Unit (MCU). Two instruments were used to collect the data: the Register of Active_Search based on the 15 quality indicators that assess the care assistance in safe, desirable, adequate, limited or insufficient; the second instrument, provided by the institution determines the patients according to the degree of dependency by the Perroca's Classification System of Patients, after being exposed to the opinion of the Committee of Ethics in Research. The data were collected and organized in double typed spread sheets. And was used simple descriptive statistic for analysis and the Pearson's Chi-Squared test by the STATA program. During the 14 collecting days 185 patients were evaluated totalizing 650 observations, 296 at SCU and 354 at MCU. It was observed a predominance in men admitted to the hospital receiving care in the health center with an average age of 56 years old at SCU and 67 years old at MCU. The patients in Minimal Care (MC) prevailed on the two units, followed by the patients receiving Intermediate Care (IC). With Semi Intensive Care (SIC) only at MCU and no one patient categorized in Intensive Care. By associating the assistential profile of the patients to the assessed indicators, it was verified that there wasn't difference in the quality offered when comparing MC and IC at SCU and MCU, and between patients in IC and SIC at MCU. Concerning to the adequacy of the quality pattern, the percentage of positivity obtained was below expected, considered insufficient with values of 58% at SCU and 55% at MCU. By establishing the association between the profile of caring and the percentage of adequacy to pattern of quality of each indicator at the evaluated units, it was verified that there wasn't statistic difference in the quality offered. Although the different characteristic in each clinic as well as the profile of the patients and of the nursing staff it was identified similarity on the evaluations. The results found point out implications to the assistential quality of the assistance offered by the institution that has invested on the improvement of the quality and can contribute in a more effective discussion about the working process.

Keywords: Quality Assurance, Health Care. Quality Indicators, Health Care. Nursing Staff. Nursing.

RESUMEN

FERREIRA, Natássia Carmo Lopes Queiroz Ferreira. **Evaluación de la calidad de la atención de enfermería según el perfil de cuidado de los pacientes en un hospital.** 2017. 109 f. Dissertação (Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

La evaluación de la calidad de las instituciones de salud revela una contribución significativa de las acciones de enfermería en los procesos de atención. La técnica de observación basada en una lista de comprobación (*check list*) puede constituir una herramienta valiosa para ello. La gestión de los servicios de enfermería puede ser facilitada por la adopción de indicadores de atención que permiten revisar los procedimientos actuales. Por lo tanto, este estudio tuvo como objetivo evaluar la calidad de los cuidados de enfermería en relación con el perfil de atención identificado. Un estudio observacional, longitudinal, relacional, cuantitativa, realizada en un hospital regional, autorizado en Minas Gerais. La muestra se compone por los pacientes recluidos en las Unidades de Clínica Quirúrgica (UCQ) y la Medicina Clínica (UMC). Dos instrumentos fueron usados para la recolección de datos: el registro de búsqueda activa, basado en 15 indicadores de calidad, que clasifica en atención segura, conveniente, adecuada, limítrofe o insuficiente y el instrumento de caracterización del grado de dependencia a través del Sistema de Clasificación de Pacientes de Perroca. Los datos fueron recolectados y organizados en hojas de cálculo con doble digitación y analizados mediante la estadística descriptiva y test qui cuadrado de Pearson, realizado por medio del programa STATA. Durante los 14 días de recolección, se evaluaron 185 pacientes, sumando 650 observaciones, 296 en UCQ y 354 en UMC. Los resultados obtenidos indican la prevalencia de pacientes masculinos en las clínicas y con edad mediana de 56 años en la UCQ y 67 años en la UMC, y la mayoría de los pacientes evaluados con perfil de cuidados mínimos en las dos unidades. Los pacientes en preocupaciones o cuidados mínimos (CM) prevalecieron en las dos unidades, pronto después los pacientes en cuidados intermedios (CI); presencia de cuidados intensivos mediano (CIM) sólo en la UMC, y ninguno de los pacientes clasificados en cuidados intensivos. En la asociación entre el perfil de cuidado de los pacientes a los indicadores evaluados, se encontró que no hubo diferencia en la calidad ofrecida, eso comparado CM y CI en la UCQ y UMC, y entre los pacientes en CI y CIM en la UMC. Con respecto a la norma de adecuación de la calidad, el porcentaje de positividad obtenido fue menor de lo esperado, considerado insuficiente, con valores de 58% en la UCQ y 55% en la UMC. Mediante el establecimiento de la asociación entre el perfil de la atención y el porcentaje de adecuación de cada indicador en las unidades evaluadas, se verificó que no hubo diferencia estadística en la calidad de la atención ofrecida. A pesar de las características diversas de las clínicas así como de perfiles de pacientes y del equipo de enfermería se identificó similitudes en las evaluaciones. Los resultados tienen implicaciones para la calidad de la atención ofrecida por la institución que ha invertido en la mejora de la calidad y en subvencionar un debate más coherente acerca de los procesos de trabajo.

Palabras Clave: Garantía de la Calidad de Atención de Salud. Indicadores de Calidad de Atención de Salud. Personal de Enfermería. Enfermería.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Variáveis sociodemográficas dos pacientes internados (n=185), nas Unidades de Clínica Cirúrgica e Clínica Médica. Minas Gerais, 2017.....	44
Tabela 2 – Distribuição das variáveis, nas UCC (n=296) e UCM (n=354), segundo o Perfil Assistencial dos pacientes hospitalizados. Minas Gerais, Janeiro/ 2017.....	45
Tabela 3 - Percentual de Adequação ao padrão de qualidade e classificação da assistência de enfermagem na Unidade de Clínica Cirúrgica. Minas Gerais, Janeiro/2017.....	46
Tabela 4 - Percentual de Adequação ao padrão de qualidade e classificação da assistência de enfermagem na Unidade de Clínica Médica. Minas Gerais, Janeiro/ 2017.....	48
Tabela 5 – Distribuição da classificação da assistência de enfermagem nas Unidade Clínicas Cirúrgica e Médica. Minas Gerais, Janeiro/ 2017.....	50
Tabela 6 - Relação entre o percentual de positividade e o perfil assistencial dos pacientes internados na Unidade de Clínica Cirúrgica. Minas Gerais, Janeiro/ 2017.....	51
Tabela 7 - Relação entre o percentual de positividade e o perfil assistencial dos pacientes internados na Unidade de Clínica Médica. Minas Gerais, Janeiro/ 2017.....	53

LISTA DE SIGLAS

ACI	Canadá Accreditation International
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVP	Acesso Venoso Periférico
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CI	Cuidados Intermediários
CM	Cuidados Mínimos
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CSI	Cuidados Semi-intensivos
ICI	Índice de Conformidade Ideal
IOM	Instituto de Medicina
ITU	Infecção do Trato Urinário
EUA	Estados Unidos da América
MBAH	Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONA	Organização Nacional da Acreditação
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PNAHSH	Programa Nacional de Humanização dos Serviços Hospitalares
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SCP	Sistema de Classificação de Pacientes
STATA	Data Analysis and Statistical Software
SSVV	Sinais Vitais
SVD	Sonda Vesical de Demora
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCC	Unidade de Clínica Cirúrgica
UCM	Unidade de Clínica Médica
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	Revisão da Literatura	17
1.1.1	Qualidade em saúde.....	17
1.1.2	Interface entre Qualidade e Segurança do Paciente.....	19
1.1.3	Enfermagem e qualidade da assistência	20
1.1.4	Indicadores assistenciais em saúde e enfermagem	23
1.2	Justificativa do Estudo	25
2	OBJETIVOS.....	27
2.1	Objetivo geral	27
2.2	Objetivos específicos	27
3	MÉTODO.....	28
3.1	Tipo de estudo.....	28
3.2	Local de estudo	28
3.3	População do estudo	30
3.4	Instrumentos de coleta de dados	30
3.4.1	Instrumento para avaliação da qualidade da assistência de enfermagem.....	30
3.4.2	Instrumento para Classificação dos Pacientes	37
3.5	Procedimento de coleta de dados.....	38
3.5.1	Estudo-Piloto	38
3.6	Aspectos éticos	41
3.7	Análise dos dados	41
4	RESULTADOS	43
4.1	Caracterização dos pacientes estudados	44
4.2	Avaliação da Qualidade da Assistência	46
5	DISCUSSÃO.....	55
5.1	Identificação do Paciente	58
5.2	Identificação de Risco para Queda do Leito	59
5.3	Identificação de Acessos Venosos Periféricos.....	60
5.4	Verificação de Lesões Cutâneas Pós Infiltrativas	61

5.5	Equipo e rótulos de soro	63
5.6	Identificação de sondas gástricas e enterais.....	64
5.7	Cateterismo Vesical de Demora	65
5.8	Verificação dos controles de Sinais Vitais prescritos	69
5.9	Checagem dos Procedimentos de Enfermagem na Prescrição Médica	70
5.10	Prescrição de Enfermagem	71
5.11	Comparativo dos pacientes conforme seu grau de complexidade da assistência e percentual de positividade.....	74
6	CONCLUSÃO	77
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
	REFERÊNCIAS	80
	APÊNDICES	91
	ANEXOS	96

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, a qualidade é considerada um elemento estratégico em muitos países, independentemente das condições de desenvolvimento econômico e o modelo de sistema de saúde adotado (ORTIGOSA, 2000).

A procura pela qualidade em saúde parece ser maior, pela propensão que os agravos à saúde acarretam e pelo impacto que todas as ações realizadas nos serviços hospitalares têm nos efeitos esperados. Nessa direção, pode-se afirmar que qualidade em saúde é uma somatória de ações configurada por resultados eficazes, seguros e humanizados.

Reconhecer a qualidade é imprescindível para o sucesso de uma instituição e a implantação de sistemas de controle de qualidade não tem sido tarefa fácil. Uma das ferramentas da gerência é a avaliação enquanto um instrumento capaz de direcionar e identificar o impacto das ações no processo de atenção à saúde.

Na década de 60, iniciou-se nos Estados Unidos, o engajamento pela qualidade em saúde em decorrência da assistência onerosa, aumento dos processos judiciais por erros médicos, usuários determinando a melhoria do cuidado e necessidade de serviços mais organizados. O despertar para tal tema, no Brasil, nos anos 80, deu-se em razão de maior procura de pacientes por atendimentos, despesas crescentes para manutenção dos serviços, recursos limitados, conscientização dos usuários pelos seus direitos que o tornam cada vez mais exigentes, além de reivindicações dos profissionais de saúde e dos governos (SILVA, 2010).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem incentivado e desenvolvido políticas voltadas para a qualidade, com intuito de desenvolvê-las como prioridade nas instituições de saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2000).

Donabedian (1992) apresentou o conceito de que “o melhor cuidado é o que maximiza o bem-estar do paciente, levando em conta o balanço de ganhos e perdas esperados que acompanhe o processo do cuidado em todas as etapas. Portanto a assistência de qualidade implica em aumentar as probabilidades de êxito e reduzir aquelas consideradas como indesejáveis”.

A qualidade é um conceito essencialmente dinâmico. Assim, tem se tornado primordial nas organizações de saúde, além de ser um diferencial competitivo, com a finalidade de alcançar sua instauração e crescimento no mercado (FIGUEIREDO NETO; SOUSA, 2010).

As instituições de saúde precisam de atividades gerenciais organizadas, revisão e reformulação de processos, para se colocarem em posição adequada no mercado, além do acompanhamento de suas atividades e comportamentos constantemente. Nesse sentido, “sistemas de qualidade, são inseridos na busca de competitividade, de eficiência e eficácia dos processos e dos altos índices de desempenho com resultados de sucesso” (BONATO, 2011).

A segurança do paciente, associada ao conceito de qualidade, tem preocupado profissionais de saúde em todo o mundo, em razão de falhas no cuidado ofertado pela equipe (ROQUE; MELO, 2010).

Assim, um dos atributos da qualidade da assistência à saúde é a segurança do paciente, relevante não só para os pacientes, mas também para suas famílias, gestores e equipe, que percebem a importância do cuidado seguro (BRASIL, 2013).

CALDANA et al., 2013) afirmam que no cenário nacional, o questionamento sobre o gerenciamento da qualidade em saúde ainda é primário. Nessa direção, o Ministério da Saúde (MS), notando tal deficiência, estabeleceu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), em consonância ao movimento existente no cenário mundial da saúde, com intuito de colaborar com um cuidado qualificado, em todas as organizações de saúde no país (BRASIL, 2013).

Ainda que se deva compreender o conceito de qualidade no conjunto integrado do sistema de atendimento em saúde, onde ocorre o entrelaçamento de todos os componentes para uma assistência efetiva e eficaz, é fundamental avaliar a importância da ação dos profissionais nesse contexto. As ações de saúde produzidas em diferentes serviços são resultantes da articulação e interdependência do trabalho de diferentes profissionais, com distintos graus de qualificação, nível educacional, além de motivações e interesses também diferenciados, o que reflete no desempenho das instituições (SILVA, 2010).

Sob essa perspectiva, destaca-se o papel da equipe de enfermagem, fundamental nas organizações, que devem ter foco numa assistência voltada para práticas de qualidade e segurança superiores.

Caldana et al (2013) afirmam que para o avanço de uma cultura de avaliação da qualidade torna-se necessário adoção de parâmetros adequados e alcançáveis, mensuráveis por meio de indicadores.

Os indicadores são fortemente indicados para os processos assistenciais da enfermagem, em que o cuidado qualificado tem sido avaliado sob a ótica do processo e estrutura, uma vez que possibilitam dados mais objetivos e concretos (CALDANA et al, 2013). Assim, os programas de qualidade podem e são influenciados pelos indicadores

assistenciais. Nesse sentido, os indicadores são, muitas vezes, utilizados como instrumentos de gestão, em que tal ferramenta poderá auxiliar no monitoramento da qualidade assistencial (CAMPBELL et al., 2003).

Para a OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006), a qualidade nos cuidados de saúde contempla um elevado grau de excelência profissional, com efetividade e eficiência na utilização de recursos, com mínimos riscos e com resultados que favoreçam os usuários, os serviços e a comunidade, possíveis de serem realizados com a estruturação dos serviços de saúde, a disponibilização de recursos financeiros e capacitação de recursos humanos.

Uma reflexão necessária é de que para adequação às novas demandas de cuidados em saúde, reestruturações e avaliações sistemáticas nos ambientes de cuidados devem ser realizadas na perspectiva de se obter garantias na segurança do cuidado prestado, uma vez que os resultados alcançados pelas instituições de saúde são influenciados diretamente pela gestão organizacional.

A qualidade da assistência de enfermagem pressupõe a adequação qualitativa e quantitativa de profissionais, além de investimentos em sua capacitação. Para Nonino (2006), a presença de um quadro de pessoal apropriado, em termos quanti-qualitativos, constitui um indicador importante nas instituições de saúde, em que a equipe poderá efetuar influência direta nos indicadores clínico-assistenciais relacionados aos cuidados de enfermagem.

A enfermagem atende diariamente, em uma mesma unidade, pacientes com diferentes necessidades e consequentemente graus de dependência diversificados em termos de cuidados (LAUS, 2014). Identificar o tempo médio de assistência de enfermagem, segundo o tipo de cuidado requerido, constitui uma medida objetiva para avaliação e monitoramento da qualidade e segurança da assistência de enfermagem ofertada.

Assim, um Sistema de Classificação de Pacientes (SCP), que tem por objetivo identificar o perfil dos clientes quanto à complexidade do cuidado requerido, torna-se fundamental, a partir do pressuposto de que respalda a estimativa de fornecimento de profissionais de enfermagem necessários para uma assistência de qualidade (FUGULIN; GAIDZINSKI; KURKGANT, 2005).

A identificação das necessidades apresentadas pelos pacientes permite a elaboração de um plano de cuidados eficaz, possibilita também o remanejamento de pacientes nas unidades, avalia a qualidade oferecida pelos profissionais e ainda reforça a discussão sobre o quantitativo do pessoal de enfermagem, que muitas vezes é deficiente (PERROCA, 2011).

No gerenciamento dos serviços de saúde, a diversidade de ações produzidas resulta da articulação e interdependência do trabalho dos diferentes profissionais e a enfermagem nesse

contexto, dado o contingente de trabalhadores que realiza ações diretas junto aos pacientes, de forma contínua e ininterrupta, torna-se corresponsável pelo resultado final da assistência. Assim, a preocupação com a melhoria vem ganhando espaço e atenção, considerando que as ações de qualidade no cuidado devem ter avanços permanentes.

1.1 Revisão da Literatura

1.1.1 Qualidade em saúde

A qualidade está visualizada, no mundo contemporâneo, como uma estratégia para gerenciamento, que ao ser implantada, possibilita melhorar, frequentemente, a *performance* organizacional (SILVA, 2010).

É vista, ainda, como um conjunto de atributos essenciais à sobrevivência das organizações em um mercado muito complexo e competitivo. Nessa direção, quando se estabelece como meta a busca pela qualidade na atenção à saúde, a avaliação é considerada um passo fundamental.

Dentro do cenário de avaliação de qualidade em saúde, o autor de maior destaque tem sido Avedis Donabedian, que nos anos 60 datam seus primeiros trabalhos sobre o tema, sendo o seu modelo o mais referenciado pelos estudiosos em gestão da qualidade da assistência, com enfoque na estrutura, processos e resultados.

A avaliação da estrutura estuda, fundamentalmente, as características dos recursos de organização administrativa das instituições, recursos físicos e humanos, equipamentos e insumos, perfil dos profissionais empregados, seu preparo e experiência, no que diz respeito a sua adequação às normas e padrões estabelecidos. Essa abordagem aponta para o fato de que boas condições organizacionais de trabalho podem possibilitar um processo adequado de cuidados. Quanto ao processo, descreve a atividade dos serviços prestados; e por fim, a avaliação dos resultados corresponde ao resultado do processo (DONABEDIAN, 1984).

Na avaliação de processo, os indicadores apontam o que verdadeiramente é proporcionado aos usuários quanto à assistência, indicando as tarefas realizadas pelos profissionais, a anamnese, avaliação do paciente, exames adicionais, terapêutica e acompanhamento. Comumente, esses indicadores são contrapostos a padrões estabelecidos previamente, como por exemplo, nos *guidelines*, protocolos e consensos (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2011).

Ao mesmo tempo, os indicadores utilizados para avaliação dos resultados determinam a resolução dos problemas enfrentados pelos usuários em um determinado espaço de tempo. Outra dimensão dos resultados é o bem-estar e contentamento do paciente e do profissional. Ademais, os indicadores de processo são essenciais, uma vez que, é de grande significância estabelecer como um programa opera e também quais serão os resultados para os pacientes (BRASIL, 2007).

Portanto, a finalidade da monitorização da qualidade é exercer uma vigilância a fim de se detectar o corrigir, precocemente, os desvios encontrados, adotando-se uma perspectiva educativa (NONINO, 2006).

Bonato (2011) ressalta que a ênfase da avaliação deve estar na qualidade do serviço oferecido pela equipe de saúde, independentemente da disponibilidade de recursos tecnológicos. O atendimento deve aliar-se a tecnologia disponível, à excelência nas ações prestadas. Assim, os hospitais públicos ou privados, em qualquer local que estejam, necessitarão de garantir os serviços com padrões de qualidade similares.

Nessa direção, a acreditação, definida como um procedimento de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico e reservado, tende a garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente aceitos. Esta iniciativa ocorreu nos anos 20 e 30, nos EUA, e rapidamente se expandiu mundialmente, por ser considerada um instrumento importante para inserção das instituições de saúde no mercado, tanto pelos hospitais privados, bem como um mecanismo de padronização e garantia de qualidade básica do setor público (NONINO, 2006).

No Brasil, para incentivar as instituições de saúde e hospitais no desenvolvimento e aprimoramento da qualidade, foram desenvolvidas algumas iniciativas com objetivo de avaliar as instituições por meio de indicadores hospitalares. Uma delas é o Programa de Acreditação Hospitalar, definido pela Organização Nacional da Acreditação (ONA), criada em 1999, como um “método de consenso, racionalização e ordenação das organizações prestadoras de serviços hospitalares e, principalmente, de educação permanente dos seus profissionais, assegurando o enfoque sistêmico e a avaliação global da organização” (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DA ACREDITAÇÃO, 2011). Tem o intuito de implantar, em todo o país, um modelo contínuo que ofereça qualidade assistencial, influenciando os serviços de saúde envolvidos (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2004)

Este processo se estrutura no Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar (MBAH), em três níveis: Nível 1) Acreditado – em que tem como princípio a segurança do cliente

interno e externo (estrutura) para qualidade assistencial; Nível 2) Acreditado Pleno - tem como princípio organização dos processos, exige planejamento na organização da assistência hospitalar (processo); e Nível 3) Acreditado por Excelência - princípio baseado em práticas de gestão e de qualidade (resultado). O selo de qualificação é concedido aos serviços de apoio a organizações de saúde, quando a instituição atende aos critérios de segurança, com validade de um ano (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DA ACREDITAÇÃO, 2011).

Ressalta-se que a preocupação com a qualidade do cuidado deve ser acompanhada de ações para garantir a segurança do paciente, um importante compromisso nacional e um dos focos da Acreditação Hospitalar, além de prioridade atual da OMS (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2011).

De maneira global, o gerenciamento realizado por meio de programas de qualidade, utiliza conceitos de administração, envolvimento e comprometimento de pessoas, instrumentos de medida e de avaliação do trabalho, com foco na melhoria dos processos de trabalho.

1.1.2 Interface entre Qualidade e Segurança do Paciente

A melhoria da segurança do paciente e da qualidade da assistência à saúde tem recebido atenção especial em âmbito global. A segurança do paciente, definida pela OMS e adotada na Portaria MS/GM nº 529/2013, é “reduzir a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde” (BRASIL, 2013).

Dentre 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 o Instituto de Medicina (IOM) dos Estados Unidos da América (EUA). Essa mesma entidade, no início do século 20, introduziu a “segurança do paciente” como uma das características da qualidade em saúde, ganhando relevância tal tema, que tem sido uma questão de alta prioridade na agenda da OMS, refletindo na agenda política dos Estados-Membros, desde 2000. (BRASIL, 2014).

Outro marco importante se deu em 2004, quando a OMS lançou formalmente a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, com o intuito de impactar e instigar os países membros para o compromisso de desenvolver políticas públicas e práticas direcionadas à segurança do paciente.

Nessa direção, o MS, por meio da Portaria nº529, de 1º de Abril de 2013, adotou e implementou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) a fim de colaborar para

um cuidado com qualidade nas instituições de saúde do território nacional. Tendo em vista tal ação e observando que o controle de riscos voltado para a qualidade e segurança do paciente compreendem fundamentos e diretrizes, enxerga-se a necessidade da elaboração de estratégias direcionadas aos administradores, equipe e usuários da saúde sobre o tema, para que possam promover a redução da ocorrência de evento adverso na atenção à saúde (BRASIL, 2013).

Uma reflexão necessária atualmente é a de que as mudanças que se operam no setor de saúde têm gerado impactos substanciais na qualidade assistencial e, conseqüentemente, na segurança do paciente, em decorrência de reestruturações que ocorrem frequentemente e, muitas vezes, sem um adequado planejamento.

Atualmente, as instituições de saúde em todo o mundo são estimuladas a prestar um cuidado seguro e de alta qualidade ao paciente, apesar da limitação de recursos financeiros e humanos. Contudo, a maioria dessas instituições tem dificuldade em reconhecer o que realmente deve ser implementado para fornecer segurança ao paciente e qualidade aos serviços prestados. Muitas instituições têm insegurança, por exemplo, como começar a estruturar seus esforços de redução de riscos. Considera-se fundamental que as organizações saibam quais intervenções terão o maior impacto na qualidade e na segurança dos pacientes (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2010).

A segurança do paciente tem sido apontada como uma dimensão da qualidade, num conceito mais abrangente, porém muitos a definem como a dimensão mais crítica e decisiva para os pacientes. Isso porque muitos estudos epidemiológicos evidenciaram que os efeitos indesejáveis da assistência à saúde foram causados por falhas de qualidade. Deve-se compreender que a qualidade não depende de um único fator, mas da presença de uma série de componentes, atributos e dimensões, que servirão de base para construção de indicadores de avaliação (TRAVASSOS; CALDAS, 2013)

Portanto, a assistência de qualidade implica em aumentar as probabilidades de êxito e reduzir aquelas consideradas como indesejáveis e deve assegurar ao usuário, um grau específico de excelência do cuidado, de maneira contínua e sistemática.

1.1.3 Enfermagem e qualidade da assistência

A enfermagem prescinde de novas abordagens gerenciais para responder a realidade atual dos serviços hospitalares cada dia mais complexos. A ênfase gerencial deve estar direcionada para os alcances de melhores resultados assistenciais (CALDANA et al, 2011). Nesse sentido, estes profissionais têm papel primordial na busca pela qualidade dentro das

instituições de saúde, dada sua relevância numérica, além de atuarem no fornecimento de cuidados durante as 24 horas (CALDANA et al, 2013).

Estes autores ainda afirmam que, a utilização de parâmetros de desempenho direcionados à avaliação do cuidado relacionado à qualidade, é necessário e fundamental no sentido de contribuir com novas práticas e pesquisas. No entanto, para uma gestão em enfermagem faz-se necessário mudança no foco do “fazer” e do “como fazer”, para o “porque fazer” e “o que fazer”. Essa modificação somente será possível se os enfermeiros atingirem um olhar mais amplo do seu contexto de trabalho, e utilizarem instrumentos, baseados em indicadores, para mensurar a qualidade do cuidado prestado.

A qualidade não está relacionada somente à quantidade de cuidados prestados, mas sim aos resultados apresentados por cada paciente, individualmente. A qualidade do cuidado de enfermagem se constitui em preocupação permanente, pois esse cuidado determina muitas vezes a alta do paciente, o cuidado livre de danos e uso eficiente de recursos. Além disso, pensar em qualidade implica, geralmente, avaliar, julgar e comparar. Nesse contexto, a avaliação do cuidado se torna válida, pois por meio dos resultados obtidos pode-se inferir estratégias para o alcance da excelência, o que torna a relação existente entre ocorrências de eventos adversos e o provisionamento de pessoal de enfermagem em termos quanti e qualitativos um fator determinante para a qualidade do cuidado (VENTURI, 2009).

Os processos de avaliação da qualidade dos serviços de enfermagem, desenvolvidos de maneira sistemática e contínua, possibilitarão identificar o padrão de qualidade dos cuidados prestados. Assim, ao se analisar a participação da enfermagem na qualificação dos serviços de saúde, pode-se dizer que uma assistência de qualidade prevê avaliações sistemáticas de resultados e possibilita intervenções e ajustes imediatos (NONINO, 2006).

Investigação conduzida por Freitas e colaboradores (2014) com objetivo de avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem e a satisfação do paciente evidenciou um déficit na qualidade da assistência recebida, apesar dos pacientes informarem alto nível de satisfação, apontando para a necessidade de a instituição centrar num sistema de avaliação permanente.

Caldana et al. (2013) avaliaram os cuidados de enfermagem de um hospital privado utilizando indicadores de estrutura, processo e resultado e obtiveram que, somente 3 dos 12 indicadores avaliados, apresentaram-se com conformidade adequada. Concluíram que os resultados podem basear propostas de intervenções que possibilitem a melhoria do cuidado e melhor instrumentalização da gerência de enfermagem.

Qualidade é um critério diretamente ligado aos padrões assistenciais que se deseja alcançar. Assim, a assistência de enfermagem desenvolvida por meio de inúmeros processos

técnico-assistenciais fundamentados em conhecimentos, competências e habilidades específicas, dependerá da existência de recursos humanos em termos qualitativos e quantitativos compatíveis com a sua execução (LAUS, 2003).

Os cuidados de enfermagem são essenciais quando se referem à prestação dos cuidados em saúde com atenção direcionada a procedimentos de segurança e às variáveis necessárias para a prestação destes cuidados, como: carga de trabalho, ambiente de trabalho, complexidade dos doentes, nível de qualificação dos profissionais de enfermagem, eficiência e eficácia relacionada aos custos e aos resultados clínicos dos pacientes (INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES, 2006).

Documentos elaborados por esta entidade apontam que, para garantir a segurança dos pacientes, é necessário que se invista na melhoria da prática de enfermagem, uma vez que os resultados alcançados pelas instituições de saúde são influenciados diretamente pela gestão organizacional. O ambiente de trabalho interfere na qualidade e na segurança do cuidado fornecido ao paciente, influenciado pelo quali-quantitativo de profissionais e pela proporção de enfermagem/pacientes. Assim, a provisão adequada da equipe de enfermagem de modo a atender as demandas assistenciais geradas pelos pacientes tem se constituído numa estratégia fundamental para a qualidade dos serviços de saúde, podendo exercer influência nos indicadores assistenciais dos pacientes.

Ajustes no quadro de profissionais de enfermagem de modo a suprir as demandas de trabalho geradas pelo grau de dependência de enfermagem da clientela são necessários a partir da avaliação dessa clientela, bem como dos fatores associados a ela, uma vez que uma equipe superdimensionada implica em alto custo, porém uma equipe reduzida pode comprometer uma assistência de qualidade.

Nessa direção, é oportuno dizer que ao se avaliar a demanda de cuidados gerada por grupos de pacientes, além de se conhecer a tipologia desse grupo, é possível projetar a necessidade de um quadro de pessoal compatível ao atendimento dessa demanda. Para isso, a adoção de um sistema de classificação de pacientes é capaz de qualificar o atendimento, já que categoriza o grau de cuidado a ser ofertado a partir da complexidade do atendimento que os pacientes necessitam da equipe de enfermagem diariamente, supostamente exigindo a presença constante do enfermeiro na beira do leito (OLIVEIRA; LAUS, 2011).

Os processos de avaliação da qualidade dos serviços de enfermagem, desenvolvidos de maneira sistemática e contínua, possibilitarão identificar o padrão de qualidade dos cuidados prestados e aquele pretendido. Assim, ao se analisar a participação da enfermagem na qualificação dos serviços de saúde, pode-se dizer que uma assistência de qualidade prevê

avaliações de resultados sistemáticas e possibilita intervenções e ajustes imediatos (SILVA, 2010).

Nesse sentido, segundo Nonino (2006) dimensionar recursos humanos de enfermagem pode ser considerado parte relevante das estratégias para promover a melhoria da qualidade do cuidado prestado. A qualidade das ações de enfermagem, desenvolvidas junto à clientela, tem sido determinada, em grande parte, pela quantidade e qualificação dos seus trabalhadores.

Entretanto, para que a instituição e profissionais de enfermagem estabeleçam um comportamento para avaliação contínua da qualidade, é fundamental que se identifique a realidade organizacional e quais parâmetros são ideais e alcançáveis a ela, podendo, nesse sentido, utilizar os indicadores, sem os quais a avaliação de critérios fica inviável (CALDANA et al., 2013).

1.1.4 Indicadores assistenciais em saúde e enfermagem

Medir a qualidade dos cuidados em saúde objetiva determinar os efeitos do cuidado sobre os resultados esperados e avaliar o grau de aderência a evidências científicas e a consensos profissionais. A mensuração da melhoria da qualidade é necessária para demonstrar se os esforços empreendidos pelo serviço de saúde levaram a mudanças no desfecho principal para a direção desejada e se esforços adicionais foram suficientes para que um processo estivesse em níveis aceitáveis. O monitoramento torna o trabalho mais transparente e fornece informações para direcionar iniciativas de melhorias.

Os indicadores são considerados ferramentas para controlar a qualidade de um serviço com credibilidade, eficácia, eficiência, e totalidade de processos. Esta prática é valiosa para a avaliação dos serviços e vem se sobressaindo dado os distintos instrumentos de avaliação em saúde (ROSETTI; TRONCHIN, 2015).

Indicador é a medição do desempenho de funções, sistemas ou processos ao longo do tempo; como o valor estatístico que indica a condição ou direção do desempenho de um processo ou alcance de uma meta ao longo do tempo. Então, indicador de qualidade pode ser entendido como um sinalizador que determina o grau de alcance de um padrão ou meta de qualidade, pontuando problemas específicos que requerem revisão mais intensiva (JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION, 2010).

Na avaliação da qualidade da assistência à saúde tem sido frequente a utilização de indicadores clínicos que se constituem em ferramentas essenciais para realização deste processo. Um indicador clínico é definido como uma medida quantitativa contínua ou

periódica de variáveis, características ou atributos de um dado processo ou sistema que permite reconhecer resultados desejáveis ou indesejáveis. O uso de indicadores clínicos de avaliação pode direcionar o estabelecimento de melhores práticas de saúde, a partir de fundamentação teórico-científica disponível e de consenso de especialistas, orientando o diagnóstico de como as práticas estão ocorrendo e qual a sua conformidade em relação à qualidade esperada (NOGUEIRA, 2015).

Para o desenvolvimento de um processo avaliativo é necessário a definição de padrões que, por sua vez, exigem o estabelecimento de indicadores que possibilitarão verificar em que medida o padrão foi atingido (NONINO, 2006).

A função dos indicadores ultrapassa a avaliação da assistência, pois podem ser considerados como insumos necessários para as atividades de planejamento e tomada de decisões e até mesmo para a estruturação de um serviço. Porém, dificilmente um indicador sozinho poderá ser capaz de retratar a realidade; é mais provável que um grupo deles possa espelhar uma determinada situação (NOGUEIRA, 2015).

Cintra et al. (2010) e Silveira et al. (2015) investigaram a opinião de enfermeiros de instituições hospitalares sobre a utilização dos indicadores de qualidade da assistência de enfermagem e constataram a importância desses nos processos avaliativos, para melhorias da assistência e na definição de métodos para alcance de metas. E ainda identificaram que um controle da qualidade, realizado por meio da análise de indicadores, representa uma estratégia fundamental na busca de uma assistência segura, de objetividade comprovada por evidências, e do gerenciamento dos resultados.

A valorização do uso dos indicadores se deve ao fato desses auxiliarem na supervisão e mensuração dos resultados, e uma vez atrelados aos objetivos institucionais, possibilitam a avaliação das ações planejadas para o alcance das metas, mostrando-se indispensáveis para o processo de tomada de decisão (MENEZES; D'INNOCENZO, 2013).

Na perspectiva da gestão dos serviços de saúde, tal processo tem demandado dos profissionais, conhecimento específico para avaliar o trabalho e tomar decisões que se voltem para a melhoria contínua da assistência, bem como para a competitividade das instituições. Uma avaliação periódica dos serviços deverá estar embasada em indicadores que permitam o alcance de padrões de qualidade estabelecidos (ROSSANEIS et al., 2015).

Assim, é possível concluir que os indicadores de qualidade auxiliam na gestão do serviço de saúde e particularmente, no âmbito da enfermagem, permitem avaliar o desempenho profissional e assim, revisar processos de trabalho, mensurar a carga de trabalho,

rever o dimensionamento de pessoal, com vistas a alcançar a excelência do cuidado de enfermagem.

1.2 Justificativa do Estudo

Diante da realidade dos serviços de saúde de fornecer uma assistência com altos padrões de qualidade, livre de danos e riscos para os pacientes, e com restrições de custos, uma avaliação contínua organizacional faz-se necessária e passa a integrar as ações gerenciais objetivando a execução de melhoras práticas assistenciais, com foco na segurança do paciente.

Nesse processo, a utilização de indicadores de desempenho, voltados à avaliação do resultado da assistência, possibilitam subsidiar novas práticas, uma vez que esse processo, realizado de forma sistemática, envolvendo os aspectos organizacionais, gerenciais e operacionais das instituições pode fornecer subsídios na construção de novas evidências sobre qualidade da assistência.

A instituição hospitalar selecionada para o desenvolvimento do presente estudo, onde a pesquisadora atuou como enfermeira assistencial por seis anos, tem sido uma unidade de destaque na região de saúde onde está inserida. Possui certificação nível três pela ONA, de Acreditado com Excelência, no qual todos os requisitos que envolveram segurança e gestão foram contemplados. Há, portanto de se supor que a instituição tenha atingido um gerenciamento de desempenho de toda a organização considerado exemplar. Recentemente foi iniciado outro processo para obtenção da Acreditação Canadense.

O Canadá destaca-se pela qualidade dos serviços de saúde e no Brasil, desde 2003 o Instituto Qualisa de Gestão é a instituição que mantém parceria com a entidade canadense e a representa na América Latina. A metodologia internacional de excelência – *Qmentum International*, orienta e monitora padrões de alta performance em qualidade e segurança, empregando critérios internacionais com validação mundial. O processo dessa metodologia é rigoroso e exige auto-avaliações, auditorias no local e ações de acompanhamento das melhorias (BONATO, 2011)

Portanto, tais iniciativas podem indicar que a instituição hospitalar tem buscado um grau de atendimento de padrões assistenciais, baseado em normas e protocolos que organizam suas ações e práticas e se considera preparada para o atendimento das exigências de tais metodologias de avaliação.

Para a Organização Nacional da Acreditação (2011) a implantação dos processos de qualificação do atendimento aos usuários já existentes na instituição pressupõe que a mesma se encontra num patamar de excelência de sua gestão, uma vez que esse processo preconiza o entendimento estratégico, o consenso produtivo multiprofissional, racionalização no uso de insumos e otimização dos resultados alcançados pela instituição. Deve-se considerar que as estruturas e processos da instituição são de tal ordem relacionados, que o desempenho de uma parte interfere em todo o conjunto e no resultado final.

Desde 2005, quando foi deflagrado o processo preparatório para a Acreditação Hospitalar na instituição, houve um movimento significativo no sentido de envolver todos os funcionários da instituição, dentro dessa nova perspectiva. Foram empregadas várias estratégias buscando dar visibilidade ao processo, de modo que as oportunidades de melhoria garantissem a qualidade da assistência. Tal medida tem sido recomendada como fundamental ao processo de adequação do contexto hospitalar. No âmbito do Serviço de Enfermagem intensificou-se a sensibilização dos profissionais para uma assistência mais qualificada, com o propósito de apresentarem uma percepção mais crítica a respeito da segurança do paciente por meio do gerenciamento de riscos e busca pela qualidade.

Entretanto, a grande questão que se estabelece é se esse processo de certificação vem efetivamente mudando o cenário da qualidade das práticas assistenciais executadas nas diferentes unidades da instituição em questão.

Uma das premissas dos programas de acreditação é que a instituição deve estar permanentemente sob a análise crítica produtiva de modo a encontrar meios para corrigir ou reduzir vulnerabilidades.

Assim, considerando o momento institucional e a vivência da pesquisadora do cotidiano do trabalho na instituição, por sua preocupação com a qualidade da prestação dos serviços, por se constituir o campo de ensino clínico que frequenta, enquanto docente de enfermagem, suscitam questões sobre a efetividade da assistência de enfermagem sob a perspectiva de avaliação por meio de indicadores pré-estabelecidos.

Pela relevância de estudos de avaliação em saúde, bem como pela escassez de investigações com esse foco, é que se propõe o presente estudo que pretende contribuir para o aprimoramento da gestão em enfermagem e, conseqüentemente, a qualidade da assistência e a segurança dos pacientes.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar a qualidade da assistência de enfermagem de uma instituição hospitalar relacionando-a ao perfil de cuidados dos pacientes

2.2 Objetivos específicos

- Mensurar a qualidade do cuidado de enfermagem por meio de indicadores de qualidade;
- Identificar o perfil assistencial dos pacientes por meio do Sistema de Classificação de Pacientes de Perroca;
- Relacionar a qualidade da assistência prestada ao perfil assistencial dos pacientes.

3 MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

Foi realizado um estudo observacional, com delineamento longitudinal prospectivo e relacional, com abordagem quantitativa.

Segundo Polit e Beck (2011), o estudo quantitativo se caracteriza pela identificação das variáveis de interesse, desenvolvendo definições conceituais e operacionais dessas variáveis e, em seguida, coletando dados relevantes dos sujeitos. Os valores reais das variáveis do estudo constituem os dados quantitativos, ou seja, informações em formato numérico.

Com relação ao delineamento longitudinal, Mota (2010) cita que “um mesmo grupo de sujeito é visto em diferentes momentos. Como os mesmos sujeitos são acompanhados ao longo do tempo, esse delineamento controla as diferenças individuais”.

No estudo observacional o investigador atua meramente como expectador de fenômenos ou fatos, sem, no entanto, realizar qualquer intervenção que possa interferir no curso natural e/ou no desfecho dos mesmos, embora possa, neste meio tempo, realizar medições, análises e outros procedimentos para coleta de dados (SILVA, 2004).

Os métodos de observação direta têm ampla aplicação, principalmente nas investigações clínicas. No ambiente hospitalar os enfermeiros estão em posição estratégica para observar, relativamente sem obstruir, os comportamentos e as atividades dos pacientes, suas famílias, bem como da equipe de atendimento à saúde, dessa maneira tal método é importante para mensurar a qualidade assistencial (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

No entanto, este método pode levar a ocorrência do efeito Hawthorne, que é definido como o problema nos estudos de campo e de intervenção, quando o conhecimento do fator avaliado leva a uma modificação do comportamento dos observados. Contudo, este efeito pode ser minimizado com a realização de observações repetidas (ADAIR, 1984).

3.2 Local de estudo

O estudo foi desenvolvido em um hospital regional de caráter filantrópico de grande porte em Minas Gerais, em que 70% de seus pacientes são atendidos pelo Sistema Único de Saúde. Trata-se de uma instituição certificada como Hospital por Excelência (nível III) em

2014 pela ONA. Em 2016 iniciou-se o processo de acreditação internacional (*QMentum*) da *Canadá Accreditation International (ACI)*.

Esse hospital é certificado também como referência da região Macro-Sul de Minas Gerais, polivalente nas linhas de cuidado de Politrauma, Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Dor Torácica. Além disso, integra o Programa Nacional de Humanização dos Serviços Hospitalares (PNAHSH) e tem o título de Hospital Amigo da Criança, ambos do Ministério da Saúde.

Em 2017, o hospital conta com 279 leitos de internação e realiza procedimentos de alta complexidade, incluindo cirúrgicos. A instituição oferece assistência multidisciplinar à saúde, de alta e média complexidade, a toda população da cidade em que se localiza e, além disso, a mais 28 municípios da região.

A referida instituição serve como campo de estágio para vários cursos de graduação em saúde, como medicina, enfermagem, nutrição, fisioterapia, serviço social, além de contar com programas de aprimoramento profissional, residência médica e curso técnico profissionalizante para técnico de enfermagem.

Para a presente pesquisa, foram selecionadas duas alas de internação: Unidade de Clínica Médica (UCM) e Unidade de Clínica Cirúrgica (UCC), que se destinam à assistência de adolescentes, adultos e idosos, de ambos os sexos.

A UCM possui 60 leitos, divididas igualmente em dois postos de atendimento, na qual são internados pacientes com patologias de prevalência cardiovasculares e doenças infectocontagiosas. Em média, apresenta 304 internações/mês, com tempo médio de permanência de 4,6 dias e taxa de ocupação de 88%. Nela atua uma equipe multiprofissional composta por médicos assistentes, fisioterapeuta, nutricionista, assistente social, farmacêutico, fonoaudiólogo e psicólogos. A equipe de enfermagem conta com 14 enfermeiros, sendo 2 coordenadores; 6 assistenciais, que atuam como coordenadores à frente do plantão; e 6 profissionais denominados pela instituição como enfermeiro 1, que atuam na beira do leito juntamente com técnicos e auxiliares de enfermagem em atividades de assistência direta compondo a equipe; 46 técnicos e 2 auxiliares de enfermagem.

Por sua vez, a UCC possui 42 leitos de internação, com uma média de 332 internações/mês, média de permanência de 3,56 dias e taxa de ocupação de 84,5%. Uma equipe multiprofissional com a mesma composição da outra unidade realiza as atividades junto aos pacientes internados. O quadro de profissionais de enfermagem é composto por 7 enfermeiros (3 assistenciais e 4 enfermeiros tipo 1) e 28 técnicos de enfermagem.

Todos os profissionais de enfermagem são contratados para uma jornada semanal de trabalho de 36 horas semanais, dividida em turnos de 8 horas de trabalho, sendo matutino (das 7 às 15 horas), vespertino (das 15 às 23 horas) e noturno (das 23 às 7 horas). Os profissionais são contratados para turnos fixos de trabalho.

No hospital para auxiliar a metodologia e planejamento da assistência de enfermagem está implantado um Sistema de Classificação de Pacientes de Perroca, que possibilita categorizar os pacientes de acordo com a demanda de cuidados de enfermagem para as 24h, caracterizando a complexidade da assistência requerida.

A opção pelo desenvolvimento do estudo nas unidades acima descritas se deu em razão do porte e das características dos pacientes atendidos, o que permitiu a observação do conjunto de indicadores de assistência de enfermagem que foram avaliados.

3.3 População do estudo

Para esta pesquisa a população alvo foi constituída pelos pacientes internados nas Unidades de Clínica Médica e de Clínica Cirúrgica do hospital selecionado e incluídos aqueles que se encontravam presentes na enfermaria e no leito no momento da aplicação do instrumento de coleta de dados, com idade superior a dezoito anos, e aceitaram participar do estudo.

3.4 Instrumentos de coleta de dados

Para atender os objetivos da investigação, foram utilizados dois instrumentos que serão descritos a seguir.

3.4.1 Instrumento para avaliação da qualidade da assistência de enfermagem

O instrumento de Registro de Busca Ativa (ANEXO A), baseado em Indicadores de Qualidade, desenvolvido e validado por Vituri (2013), foi adotado para essa pesquisa, mediante autorização concedida pela pesquisadora responsável por sua elaboração (APÊNDICE A).

Constitui-se num instrumento para avaliação da qualidade do cuidado de enfermagem, com objetivo de otimizar tal processo, contribuindo para a qualificação das práticas relacionadas à prevenção de eventos adversos (VITURI; MATSUDA, 2009).

Vituri, em 2007, desenvolveu o instrumento contendo 12 indicadores, sendo eles: 1- identificação do leito do paciente, 2- identificação de risco para queda, 3- identificação de Acesso Venoso Periférico (AVP), 4- verificação de lesões cutâneas pós infiltrativas, 5 - identificação de equipamentos para infusão venosa, 6 – identificação de frasco de soro e velocidade de infusão com escala graduada, 7- identificação de sondas gástricas, 8- Fixação da Sonda Vesical de Demora (SVD) e posicionamento da bolsa coletora de diurese, 9- checagem na prescrição de enfermagem, 10- verificação do controle de Sinais Vitais (SSVV) prescritos, 11- checagem dos procedimentos de enfermagem na prescrição médica, e 12- elaboração da prescrição de enfermagem pelo enfermeiro.

O instrumento foi validado quanto ao seu conteúdo e aplicabilidade. Nesse estudo, a autora ainda elaborou e validou o Manual Operacional dos indicadores propostos, com objetivo de auxiliar no direcionamento do preenchimento do instrumento e posterior análise do grau de conformidade de cada indicador avaliado.

Tal ferramenta contempla:

Um descritor, o referencial científico que fundamentou o padrão determinado no descritor, a especificação da tipologia do indicador (processo ou resultado), o numerador e denominador, bem como o cálculo do mesmo, a fonte dos dados, os critérios para qualificação da avaliação, a amostra para análise de conformidade, a periodicidade das avaliações e os itens de avaliação do indicador que constam no instrumento proposto (VITURI, 2007).

Além dessas informações, consta no Manual, “o Índice de Conformidade Ideal – ICI – ou seja, o percentual de adequação esperado em relação ao padrão determinado” (VITURI, 2007).

Em 2013, Vituri validou o instrumento quanto a sua fidedignidade/confiabilidade, o que garantiu a qualidade da medida. Após uma revisão o instrumento passou a conter 15 indicadores. O instrumento foi construído com base no modelo de Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta, de 1979, sendo que os 15 itens estruturados estão divididos em quatro grupos, a saber: necessidades de Segurança Física – referentes aos indicadores de 1 a 3; necessidades de Nutrição e Hidratação, contemplados nos indicadores de 4 a 8; as de Eliminações são constituídas pelos itens de 9 a 11; e os Registros de Enfermagem, contempla os indicadores de 12 a 15.

Quando da revisão, o indicador 6 foi transformado em dois, um sobre a identificação do frasco de soro e outro para identificação da velocidade da infusão; o indicador 8, por sua vez, também foi transformado em dois, sendo um para identificação da sonda vesical de

demora, e o outro para identificação da bolsa coletora de diurese. Além disso, após revisão pelos *experts*, foi acrescentado o indicador sobre o posicionamento do prolongamento de drenagem distal da bolsa coletora de diurese.

Na versão do instrumento validado em 2007 havia várias opções de respostas para cada indicador:

- Identificação do leito: adequado ou inadequado;
- Identificação para risco de queda do leito: com ou sem grade lateral;
- Identificação de AVP: adequada e que não estivessem vencidos, identificação inadequada, adequada ou sem identificação, e identificação adequada, porém vencidos
- Verificação de lesões cutâneas pós infiltravas: com ou sem lesões;
- Identificação de equipos para infusão venosa: adequada, inadequada, sem identificação ou adequada, porém vencido;
- Identificação de frascos de soro e controle da velocidade de infusão: adequado, inadequado ou sem identificação; e escala graduada correta, incorreta ou sem escala.
- Identificação de sondas gástricas e entérica: adequado, inadequado, sem identificação ou adequada, porém vencida;
- Fixação da SVD e posicionamento da bolsa coletora de diurese: adequado, inadequado; sem fixação e com a bolsa coletora posicionada adequadamente ou inadequadamente;
- Checagem de procedimentos na prescrição de enfermagem e na prescrição médica: checados adequadamente ou inadequadamente, não checados, horários de cuidados de enfermagem circulados e justificados ou não justificados nas anotações de enfermagem;
- Verificação do controle de SSVV: verificados de forma completa, incompleta ou não verificados;
- Elaboração da prescrição diária e completa pelo enfermeiro: prescrição completa, incompleta ou prescrição de enfermagem ausentes.

Entretanto, com a nova revisão ficou definido que cada um receberia apenas avaliação de adequado ou inadequado. Desta maneira, o instrumento Registro de Busca Ativa revisado contempla quinze indicadores de qualidade da assistência de enfermagem, que apresentam excelente grau de concordância/ reprodutibilidade e confiabilidade estimada pela estatística Kappa e coeficiente de correlação interclasses relevante demonstrado para a prática clínica (VITURI, 2013).

O percentual de concordância simples ficou acima de 80%, o que foi considerado adequado para os indicadores avaliados. Os indicadores que não obtiveram concordância total foram: Verificação de lesões cutâneas pós infiltrativas ($k=0,970$), Identificação de equipos para infusão venosa ($k=0,956$) e Identificação de frascos de infusão venosa – rótulo ($k=0,969$). Ainda assim, os valores de Kappa encontrados para esses indicadores classificam a concordância como excelente (VITURI, 2013).

Os indicadores de qualidade propostos no instrumento estão descritos abaixo, com a fórmula a ser utilizada para cálculo de conformidade, conforme instrução do Manual Operacional:

1 - Identificação do leito do paciente

$$\frac{\text{Número de leitos ocupados com identificação adequada/dia}}{\text{Número de pacientes no leito da unidade no período}} \times 100$$

2 - Identificação de risco para queda do leito

$$\frac{\text{Número de pacientes com risco de queda do leito com grade lateral/dia}}{\text{Número de pacientes com risco de queda do leito no período}} \times 100$$

3 - Identificação de Acessos Venosos Periféricos

$$\frac{\text{Nº de acessos venosos periféricos com identificação adequada/dia}}{\text{Nº de acessos venosos periféricos no período}} \times 100$$

4 - Verificação de lesões cutâneas pós infiltrativas

$$\frac{\text{Nº de pacientes com infusão venosa sem lesões cutâneas pós-infiltrativas, associadas à punção venosa para infusão de soro/ou medicações/dia}}{\text{Nº de acessos venosos periféricos no período}} \times 100$$

5 - Identificação de equipamentos para infusão venosa

*Nº de equipamentos macrogotas, microgotas, microgotas com reservatório,
equipos de bomba de infusora, nutrição parenteral ou equipos de PVC
com identificação adequada/dia*

X 100

Nº de equipamentos instalados no período

6 - Identificação de frascos de soro

Nº de frascos de soro com identificação adequada/dia

X 100

Nº de frascos de soro dos pacientes internados no período

7 - Identificação do controle de velocidade de infusão – escala graduada

Nº de frascos de soro com velocidade de infusão adequada/dia

X 100

Nº de frascos de soro dos pacientes internados no período

8 - Identificação de sondas gástricas – oro e nasogástricas para drenagem;

*Nº de sondas nasogástricas e/ou orogástricas com
identificação adequada/dia*

X 100

Nº de sondas nasogástricas e/ou orogástricas no período

9 - Fixação da sonda vesical de demora

*Nº de sondas vesicais de demora com a fixação
adequada/dia*

X 100

Nº de sondas vesicais de demora no período

10 - Posicionamento da bolsa coletora de diurese da sonda vesical de demora

*Nº de sondas vesicais de demora com a bolsa coletora abaixo
do nível da bexiga/dia*

X 100

Nº de sondas vesicais de demora no período

11 - Posicionamento do prolongamento de drenagem distal (*spigot*) da bolsa coletora de diurese

*Nº de sondas vesicais de demora com o prolongamento
de drenagem distal (*spigot*) com o posicionamento
adequado/dia*

X 100

Nº de sondas vesicais de demora no período

12 - Checagem dos procedimentos na prescrição de enfermagem

Nº de horários checados na prescrição de enfermagem/dia

X 100

*Nº de horários prescritos na prescrição de enfermagem
no período*

13 - Verificação dos controles de sinais vitais prescritos

Nº de horários de SSVV verificados//dia

X 100

*Nº de horários de SSVV prescritos
no período*

14 - Checagem dos procedimentos de enfermagem na prescrição médica

Nº de horários checados na prescrição médica/dia

X 100

*Nº de horários prescritos na prescrição médica
no período*

15 - Elaboração da prescrição diária e completa pelo enfermeiro

$$\frac{N^{\circ} \text{ de pacientes com a prescrição de enfermagem elaborada/dia}}{N^{\circ} \text{ de pacientes internados no período}} \times 100$$

Todos estes indicadores devem ter um ICI de 100%, exceto o indicador relativo à verificação de lesões cutâneas pós infiltrativas, em que o ICI recomendado é de no mínimo 80%, pois tais lesões não estão unicamente relacionadas à técnica de punção. O calibre, tamanho, comprimento e material do cateter utilizado na punção, como também às condições do vaso sanguíneo, o tipo e pH da medicação ou solução em uso, além das condições inerentes ao próprio paciente, poderiam influenciar a condição avaliada pelo indicador (VITURI, 2007).

Há de se ressaltar que a autora do instrumento destaca que estes indicadores certamente não compreendem todos os aspectos importantes na prevenção de eventos adversos, muito menos abrangem todas as questões de cuidado que merecem destaque, mas enfocam nas necessidades mais urgentes de mediação para melhoria da qualidade das práticas em instituições hospitalares.

Dessa forma, em 2013 a autora avaliou o percentual de adequação de cada indicador em relação ao padrão de qualidade proposto e classificado segundo escore de adequação (percentual de positividade), sendo a qualidade da assistência prestada classificada conforme o Quadro 1.

Quadro 1 – Qualidade da assistência de enfermagem prestada conforme o Manual Operacional

<i>Qualidade da Assistência Prestada</i>	<i>Percentual de Positividade</i>
Segura	100%
Desejável	99 a 90%
Adequada	89 a 80%
Limítrofe	79 a 70%
Insuficiente	Menor que 70%

3.4.2 Instrumento para Classificação dos Pacientes

Para caracterização dos pacientes internados conforme o grau de dependência em relação ao tempo de assistência de enfermagem requerido, classificando por categoria de cuidado, a instituição adotou o SCP construído por Perroca (ANEXO B).

A autora elaborou um instrumento para classificação de pacientes composto de 13 indicadores críticos: Estado Mental e Nível de Consciência, Oxigenação, Sinais Vitais, Nutrição e Hidratação, Motilidade, Locomoção, Cuidado Corporal, Eliminações, Terapêutica, Educação à Saúde, Comportamento, Comunicação e Integridade Cutâneo-Mucosa. Foi utilizada a nomenclatura “indicadores críticos” para constituir as necessidades de cuidado de enfermagem do paciente, que, correlacionadas, são capazes de assinalar a categoria de cuidado a que este paciente pertence, a saber: Cuidados Mínimos (CM), Cuidados Intermediários (CI), Cuidados Semi-Intensivos (CSI) e Cuidados Intensivos. Esse instrumento foi submetido a validação de conteúdo por meio de aplicação da Técnica Delphi (PERROCA; GAIDZINKI, 1998).

Cada um dos indicadores críticos possui graduação de 1 a 5 pontos, com o intuito de demonstrar a intensidade crescente de complexidade do cuidado, de forma que, o valor 1 corresponde ao menor nível de atenção de enfermagem, e o valor 5 ao nível máximo de complexidade assistencial (PERROCA, GAIDZINKI, 1998).

O paciente é categorizado em todos os indicadores, na opção que melhor descreva sua situação com relação à assistência de enfermagem. A soma dos pontos obtidos em cada um dos indicadores resulta em um *score* final pelo qual o paciente é então classificado em determinada categoria de cuidado.

Em 2011, Perroca realizou uma revisão do instrumento de classificação de pacientes. Nesta nova versão, os indicadores foram reduzidos de treze para nove áreas de cuidados. Algumas áreas foram preservadas, houve junção de conteúdo e, ainda, adição de outras para apresentar com mais fidelidade as reais necessidades do paciente. Alguns aspectos que não faziam parte do instrumento anterior foram contemplados, tais como planejamento do cuidado, auxílio em exames diagnósticos e terapêuticos, avaliação clínica do enfermeiro, dentre outras. Entretanto, a instituição do presente estudo fez a opção por manter a versão anterior, considerando que a equipe de enfermagem está familiarizada com o instrumento de uso rotineiro nas unidades de internação.

3.5 Procedimento de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada pela própria pesquisadora durante um período de quatorze dias consecutivos, em 2017. Os pacientes e seus responsáveis foram abordados individualmente, informados quanto à pesquisa, e mediante concordância foram inseridos no estudo.

A coleta era iniciada no período da manhã e se estendia até a avaliação de todos os pacientes ser concluída. Iniciava-se pela solicitação à enfermeira responsável pelo plantão da relação de pacientes internados no momento e em seguida, procedia-se às avaliações de cuidados utilizando-se o instrumento de Registro de Busca Ativa. A coleta era alternada entre os setores.

Os dados referentes à classificação dos pacientes foram obtidos dos registros realizados diariamente pelos enfermeiros coordenadores e disponíveis em planilhas nas unidades de internação e transcritos para outra planilha específica para essa pesquisa.

Por se tratar de um estudo de avaliação em que a observação direta se fazia necessária, houve o cuidado por parte da pesquisadora em não interferir na rotina dos setores. Quando a mesma se deparava com alguma situação, como por exemplo, algum pedido de intervenção assistencial por parte do paciente ou de seu acompanhante, era orientado a requerer auxílio da equipe de enfermagem escalada para atendê-lo naquele plantão.

Por oportuno, frise-se que, durante tempo de coleta, não foi necessária a interferência da pesquisadora no atendimento de quaisquer pacientes, uma vez que inexistiu situação de intercorrência.

3.5.1 Estudo-Piloto

Por definição, o estudo piloto é “um teste, em pequena escala, dos procedimentos, materiais e métodos propostos para determinada pesquisa” (MACKEY; GASS, 2005). Ou seja, é uma mini versão do estudo por inteiro, que compreende a realização de todos os meios previstos na metodologia, de modo a propiciar alteração/melhora dos instrumentos na fase que antecede a investigação em si (BAILER; TOMITCH; D’ELY, 2011).

O instrumento de Registro de Busca Ativa, desenvolvido e validado por Vituri (2013), adotado para ser utilizado para o estudo, foi construído para avaliar uma realidade institucional que consideramos semelhante à da instituição selecionado para o estudo. Entretanto, optou-se por verificar sua pertinência à realidade institucional a ser investigada.

Assim, realizou-se uma reunião com os enfermeiros responsáveis técnicos do serviço de enfermagem para apresentação do instrumento. Em seguida procedeu-se a uma avaliação quanto a pertinência do instrumento às unidades de internação investigadas. Tal análise possibilitou identificar a necessidade de reformulação de alguns itens. O novo instrumento foi definido como Registro de Busca Ativa Adaptado (APÊNDICE B), sendo modificado o descritivo quanto ao modo de avaliação dos seguintes itens:

- Indicador 1 – Identificação do Leito do Paciente – substituída a denominação Identificação do leito para Identificação do paciente, pois foi acrescentada a identificação com pulseira, devendo conter tanto no leito quanto na pulseira também a informação sobre a data de nascimento. Foram retirados os dados sobre número do leito e a especialidade, pois são informações não utilizadas na identificação.

- Indicador 3 – Identificação de Acessos Venosos Periféricos - Foi retirada a informação sobre utilizar-se o acesso para infusão de hemoderivados ou soluções lipídicas, que deveria ser trocado em 24 horas. Entretanto, o acesso para hemoderivados na instituição escolhida é em via exclusiva, então o mesmo deve ser retirado após a administração dos hemocomponentes. As soluções lipídicas são administradas apenas em Acessos Venosos Centrais.

- Indicador 5 – Identificação de Equipos para Infusão Venosa – Os equipos instalados em pacientes recebendo infusão venosa, devem ser identificados com as seguintes informações: data e hora da troca/instalação e nome do funcionário, substituindo a rubrica constante no instrumento original. Além disso, todos os equipos de soro teriam o prazo de troca de 72 horas, à exceção do equipo de Nutrição Parenteral Total, que deve obedecer a protocolo da instituição de troca a cada 24 horas. Aquele utilizado na transfusão de sangue e hemoderivados deve ser trocado a cada bolsa.

- Indicador 6 – Identificação de Frascos de Soro – No rótulo de identificação dos frascos de soros foi acrescentada a data de nascimento e retirada a informação sobre o leito, pois na instituição essa informação já é padronizada.

- Indicador 7 – Identificação do Controle de Velocidade de Infusão/ Escala Graduada – Este indicador foi retirado do instrumento, pois não é protocolo esse tipo de verificação.

- Indicador 8 – Identificação de Sondas Gástricas/ Oro e Nasogástricas para Drenagem – A primeira alteração referiu-se a sua identificação, que deveria ser colocada na fixação da sonda na narina e não na sua porção externa; outra modificação também foi realizada quanto aos dados de identificação que deve conter data, hora da troca e o nome do funcionário, substituindo a rubrica; e, por fim, todas as sondas, tanto a oro/nasogástricas quanto as

nasoentéricas (de silicone) devem estar identificadas, diferindo do instrumento original, no qual as sondas de silicone não devem ser avaliadas.

- Indicador 12 – Checagem dos Procedimentos na Prescrição de Enfermagem – os horários dos cuidados na prescrição de enfermagem devem estar checados com um traço e nome do funcionário, não sendo permitida a rubrica. Na instituição usa-se caneta azul para checagem no turno diurno e caneta preta para o turno noturno, diferentemente do instrumento original em que a checagem do noturno era feita com caneta vermelha. E a justificativa da não realização do procedimento prescrito deverá estar relatada nas anotações de enfermagem conforme protocolo da instituição e não na prescrição de enfermagem.

- Indicador 13 – Verificação dos Controles de Sinais Vitais Prescritos – do mesmo modo que no item anterior, na instituição usa-se caneta azul para documentação no turno diurno e caneta preta para o turno noturno. Foi excluída do instrumento a verificação de dor como sinal vital, pois na instituição selecionada não é protocolo.

- Indicador 14 - Checagem dos Procedimentos de Enfermagem na Prescrição Médica – horários dos cuidados na prescrição de enfermagem devem estar checados com um traço e nome do funcionário, não sendo permitida a rubrica. Na instituição usa-se caneta azul para checagem no turno diurno e caneta preta para o turno noturno. E a justificativa da não realização do procedimento prescrito deverá estar relatada nas anotações de enfermagem conforme protocolo da instituição e não na prescrição de enfermagem.

- Indicador 15 – Elaboração da Prescrição Diária e Completa pelo Enfermeiro – no instrumento original, a prescrição deveria ser realizada para todos os pacientes internados, entretanto, na instituição a prescrição de enfermagem só é realizada para os pacientes que forem classificados como Cuidados Intermediários, Cuidados Semi-intensivos ou Cuidados Intensivos, sendo então modificada.

Os indicadores 2 – Identificação para Risco de Queda, 4 – Verificação de lesões cutâneas pós infiltrativas, 9 – Fixação da Sonda Vesical de Demora, 10 – Posicionamento da Bolsa Coletora de Diurese da Sonda Vesical de Demora e finalmente o indicador 11 – Posicionamento do Prolongamento de Drenagem Distal (SPIGOT) da Bolsa Coletora de Diurese não sofreram alterações.

Dessa maneira, o Registro de Busca Ativa Adaptado passou a conter 14 indicadores de avaliação. Após esse processo, foi realizada sua aplicação teste nas UCC e UCM, seguindo o mesmo procedimento desenhado na coleta de dados da pesquisa.

O teste piloto permitiu avaliar o tempo gasto para aplicação, a dinâmica dos serviços, intercorrências como dificuldade em localizar os pacientes, acessar os prontuários devido à

utilização dos mesmos pelos residentes, médicos assistentes, equipe de enfermagem e multiprofissional, além da pertinência dos itens que compunham o estudo.

No período de realização do teste, foi possível também avaliar a quantidade de pacientes hospitalizados por dia, o tempo gasto para aplicação de cada instrumento, e a facilidade no acesso à lista de pacientes, atualizada diariamente com a classificação desses últimos. Desse modo, o instrumento foi considerado factível de ser utilizado.

3.6 Aspectos éticos

Para a viabilização deste estudo, o mesmo foi encaminhado inicialmente para a Direção Administrativa e Coordenação de Enfermagem do hospital a ser investigado, e posteriormente foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP como instituição proponente, sendo aprovado mediante o parecer nº 1.727.009 (ANEXO C).

Prosseguindo, foi encaminhado à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição coparticipante e aprovado com o parecer nº 1.841.244 (ANEXO D) em atenção à Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde sobre Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

Todos os pacientes das UCC e UCM, que concordaram em participar do estudo após serem informados acerca dos objetivos da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE C).

Quando o paciente não apresentava condições de decidir sobre sua participação, a família ou o responsável pela sua internação foi consultado para inserção ao estudo.

3.7 Análise dos dados

Os dados foram coletados e organizados em planilhas do programa Microsoft Excel 2013, com dupla digitação, validação e conferência dos dados.

Foram estabelecidos dois planos de análise dos dados. Utilizou-se estatística descritiva simples, com o objetivo de verificar o percentual de adequação de cada um dos indicadores em relação ao padrão de qualidade proposto.

Para a análise relacional entre a conformidade dos indicadores de avaliação de qualidade obtidos e o perfil de complexidade assistencial dos pacientes observados foi

realizado o teste qui quadrado de Pearson. As análises estatísticas foram realizadas por meio do *Data Analysis and Statistical Software (STATA)* version 6.0 (College Station, TX).

4 RESULTADOS

Os dados obtidos por meio do instrumento utilizado possibilitaram um diagnóstico da assistência de enfermagem nas clínicas estudadas, quais sejam Unidade de Clínica Cirúrgica e Unidade de Clínica Médica, levando-se em conta o grau de complexidade da assistência requerida pelos pacientes.

Durante os 14 dias de coleta de dados, foram avaliados 185 pacientes adultos, totalizando, ao final, 650 observações. Além disso, o paciente hospitalizado foi avaliado nos 14 indicadores que contemplam o instrumento de Registro de Busca Ativa Adaptado, sendo importante destacar que o número de observações não corresponde ao número de pacientes, pois um mesmo paciente pode ter sido avaliado mais de uma vez, considerando o tempo de permanência na unidade e o tempo de coleta.

Na UCC estiveram hospitalizados durante o período 92 pacientes, que receberiam 400 avaliações. Houve uma perda de 98 avaliações (24%), em decorrência de 31 recusas, 34 pacientes sem acompanhantes e 33 ausentes no momento da coleta de dados, pois se encontravam realizando exames ou estavam no centro cirúrgico. Dessa maneira, o número de observações realizadas na UCC foi de 296.

Na UCM estiveram hospitalizados 93 pacientes adultos, que receberiam 447 avaliações. A perda foi de 77 avaliações (17%), pois 26 recusaram participar da pesquisa, 23 estavam sem acompanhantes e não tinham condições de assinar o TCLE, e 28 não estavam no setor durante a coleta de dados. Assim, foram realizadas 354 observações.

Por fim, estão apresentadas na Tabela 1 as variáveis sociodemográficas dos pacientes participantes, o perfil de adequação por clínica e, finalmente, a relação dos pacientes conforme o grau de complexidade da assistência e o perfil de adequação.

4.1 Caracterização dos pacientes estudados

Tabela 1 - Variáveis sociodemográficas dos pacientes internados (n=185), nas Unidades de Clínica Cirúrgica e Clínica Médica. Minas Gerais, 2017.

Variáveis Sociodemográficas		
	<i>Clínica Cirúrgica</i>	<i>Clínica Médica</i>
	<i>N = 92</i>	<i>N = 93</i>
Sexo (N/%)		
Mulheres	43/ 47,00	37/ 40,00
Homens	49/ 53,00	56/ 60,00
Idade		
Média	52	63
Mediana	56	67
Mínimo/Máximo	18/91	18/93

Nota-se uma prevalência de homens internados em ambas as clínicas, sendo 53% na UCC e 60% na UCM. O intervalo da idade apresentada foi de 18 a 93 anos, de onde se conclui que os pacientes ali presentes possuíam variadas faixas etárias.

Observa-se, também, que o dado de mediana (67) na Unidade Clínica Médica é de pacientes idosos, acima de 60 anos, já na Clínica Cirúrgica mediana (56) fica na faixa etária da população adulta.

Quanto ao perfil de cuidados avaliados, os pacientes foram categorizados em cuidados mínimos, intermediários, semi-intensivos ou intensivos, os quais estão descritos na Tabela 2 a seguir.

Tabela 2 – Distribuição das variáveis, nas UCC (n=296) e UCM (n=354), segundo o Perfil Assistencial dos pacientes hospitalizados. Minas Gerais, Janeiro/ 2017.

Perfil Assistencial – Classificação de Pacientes				
	<i>Clínica Cirúrgica</i>		<i>Clínica Médica</i>	
	N	%	N	%
Cuidados Mínimos	243	82,00	205	58,00
Cuidados Intermediários	53	18,00	107	30,00
Cuidados Semi-intensivos	0	0	42	12,00
Cuidados Intensivos	0	0	0	0
Total	296	100	354	100

Constata-se, assim, prevalência de pacientes classificados como Cuidados Mínimos em ambas as clínicas, com um número expressivo na UCC (82%).

Percebe-se também um número importante de pacientes categorizados como cuidados intermediários na UCM (30%), além da classificação dos pacientes com cuidados semi-intensivos, diferentemente da Clínica Cirúrgica, a qual não apresentou nenhum paciente com essa categoria.

Chama a atenção o fato de não ter havido nenhum paciente classificado como de Cuidados Intensivos em nenhuma das clínicas.

4.2 Avaliação da Qualidade da Assistência

Tabela 3 - Percentual de Adequação ao padrão de qualidade e classificação da assistência de enfermagem na Unidade de Clínica Cirúrgica. Minas Gerais, Janeiro/2017.

	INDICADOR	N	% DE ADEQUAÇÃO	ICI(*)	CLASSIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA
01	Identificação do Paciente	296	65,00	100	Insuficiente
02	Identificação de Risco para Queda do Leito	296	99,00	100	Desejável
03	Identificação de Acessos Venosos Periféricos	269	86,00	100	Adequada
04	Verificação de Lesões Cutâneas Pós Infiltrativas	273	96,00	80	Desejável
05	Identificação de Equipos para Infusão Venosa	135	16,00	100	Insuficiente
06	Identificação de Frascos de Soro	135	17,00	100	Insuficiente
07	Identificação de Sondas Gástricas e Entéricas	15	60,00	100	Insuficiente
08	Fixação da Sonda Vesical de Demora	30	7,00	100	Insuficiente
09	Posicionamento da Bolsa Coletora de Diurese da Sonda Vesical de Demora	30	100	100	Segura
10	Posicionamento do Prolongamento de Drenagem Distal da Bolsa coletora de Diurese	30	87,00	100	Adequada
11	Checação dos Procedimentos na Prescrição de Enfermagem	33	0,00	100	Insuficiente
12	Verificação dos Controles de Sinais Vitais Prescritos	3428	99,00	100	Desejável
13	Checação dos Procedimentos de Enfermagem na Prescrição Médica	2495	83,00	100	Adequada
14	Elaboração da Prescrição de Enfermagem Diária e Completa pelo Enfermeiro	52	2,00	100	Insuficiente
Média da Classificação Geral			58%		Insuficiente

ICI– Índice de Conformidade Ideal (VITURI, 2007)

A Tabela 3 apresentou o perfil de adequação, o Índice de Conformidade Ideal e a classificação da assistência de cada indicador avaliado na UCC, bem como uma média de classificação geral da unidade.

A Classificação foi dividida em Insuficiente, Limítrofe, Adequada, Desejável e Segura. Dos 14 indicadores avaliados na UCC, apenas o indicador 9 - Posicionamento da Bolsa Coletora de Diurese da Sonda Vesical de Demora - foi descrito como Seguro, alcançando 100% de Adequação.

Ressalta-se, também, que 50% dos indicadores foram classificados como Insuficiente, dando maior ênfase no indicador 11 - Checagem dos Procedimentos na Prescrição de Enfermagem – que apresentou 0% de adequação.

Dito isso, tem-se que a média de classificação geral foi de 58%, percentual este de positividade abaixo do esperado, podendo ser considerado, assim, insuficiente.

Procedeu-se da mesma maneira com as observações da UCM, estando apresentados os dados dessa avaliação na Tabela 4.

Tabela 4 - Percentual de Adequação ao padrão de qualidade e classificação da assistência de enfermagem na Unidade de Clínica Médica. Minas Gerais, Janeiro/ 2017.

	INDICADOR	N	% DE ADEQUAÇÃO	ICI(*)	CLASSIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA
01	Identificação do Paciente	354	66,00	100	Insuficiente
02	Identificação de Risco para Queda do Leito	354	98,00	100	Desejável
03	Identificação de Acessos Venosos Periféricos	349	93,00	100	Desejável
04	Verificação de Lesões Cutâneas Pós Infiltrativas	344	88,00	80	Adequada
05	Identificação de Equipos para Infusão Venosa	114	8,00	100	Insuficiente
06	Identificação de Frascos de Soro	114	20,00	100	Insuficiente
07	Identificação de Sondas Gástricas e Entéricas	90	26,00	100	Insuficiente
08	Fixação da Sonda Vesical de Demora	55	0,00	100	Insuficiente
09	Posicionamento da Bolsa Coletora de Diurese da Sonda Vesical de Demora	55	98,00	100	Desejada
10	Posicionamento do Prolongamento de Drenagem Distal da Bolsa coletora de Diurese	55	80,00	100	Adequada
11	Checação dos Procedimentos na Prescrição de Enfermagem	288	1,00	100	Insuficiente
12	Verificação dos Controles de Sinais Vitais Prescritos	4134	99,00	100	Desejável
13	Checação dos Procedimentos de Enfermagem na Prescrição Médica	4005	88,00	100	Adequada
14	Elaboração da Prescrição de Enfermagem Diária e Completa pelo Enfermeiro	149	8,00	100	Insuficiente
Média da Classificação Geral			55%		Insuficiente

(*) ICI – Índice de Conformidade Ideal (VITURI, 2007)

Nesta tabela estão descritos o perfil de adequação, o Índice de Conformidade Ideal e a classificação da assistência de cada indicador avaliado na UCM, além de uma média de classificação geral da unidade, com método de classificação semelhante ao da UCC.

Na Unidade de Clínica Médica, dos 14 indicadores, 7 também apresentaram classificação quanto à adequação como insuficiente. Ressalta-se o indicador 8 - Fixação da Sonda Vesical de Demora - que apresentou 0% de adequação, visto que nenhuma Sonda Vesical de Demora estava adequadamente fixada.

Logo, por apresentar apenas 55% de média na classificação geral da UCM, também foi considerada insuficiente.

A Tabela 5, por sua vez, demonstra um comparativo sobre como a assistência está classificada na Unidade de Clínica Cirúrgica e na Unidade de Clínica Médica, e, conforme será visto, é nítida a semelhança entre os resultados das avaliações realizadas das duas unidades de internação.

Tabela 5 – Distribuição da classificação da assistência de enfermagem nas Unidade Clínicas Cirúrgica e Médica. Minas Gerais, Janeiro/ 2017.

Indicador		Classificação da Assistência	
		<i>UCC</i>	<i>UCM</i>
01	Identificação do Paciente	Insuficiente	Insuficiente
02	Identificação de Risco para Queda do Leito	Desejável	Desejável
03	Identificação de Acessos Venosos Periféricos	Adequada	Desejável
04	Verificação de Lesões Cutâneas Pós Infiltrativas	Desejável	Adequado
05	Identificação de Equipos para Infusão Venosa	Insuficiente	Insuficiente
06	Identificação de Frascos de Soro	Insuficiente	Insuficiente
07	Identificação de Sondas Gástricas e Entéricas	Insuficiente	Insuficiente
08	Fixação da Sonda Vesical de Demora	Insuficiente	Insuficiente
09	Posicionamento da Bolsa Coletora de Diurese da Sonda Vesical de Demora	Segura	Desejável
10	Posicionamento do Prolongamento de Drenagem Distal da Bolsa coletora de Diurese	Adequado	Adequada
11	Checação dos Procedimentos na Prescrição de Enfermagem	Insuficiente	Insuficiente
12	Verificação dos Controles de Sinais Vitais Prescritos	Desejável	Desejável
13	Checação dos Procedimentos de Enfermagem na Prescrição Médica	Adequado	Adequada
14	Elaboração da Prescrição de Enfermagem Diária e Completa pelo Enfermeiro	Insuficiente	Insuficiente

Apesar de características diferentes de ambas as clínicas, como perfis de pacientes e equipe de enfermagem atuante, percebe-se uma semelhança nos resultados das avaliações efetuadas na UCM e UCC.

As Tabelas 6 e 7 apresentam a relação do perfil assistencial com o percentual de adequação de cada indicador de avaliação nas unidades de internação.

Tabela 6 - Relação entre o percentual de positividade e o perfil assistencial dos pacientes internados na Unidade de Clínica Cirúrgica. Minas Gerais, Janeiro/ 2017.

% DE ADEQUAÇÃO				
INDICADOR	CM	CI	CSI	p valor *
01 Identificação do Paciente	64,00	68,00	-	0,82
02 Identificação de Risco para Queda do Leito	98,00	100,00	-	0,94
03 Identificação de Acessos Venosos Periféricos	75,00	90,00	-	0,79
04 Verificação de Lesões Cutâneas Pós Infiltrativas	95,00	92,00	-	0,89
05 Identificação de Equipos para Infusão Venosa	15,00	17,00	-	0,68
06 Identificação de Frascos de Soro	19,00	10,00	-	0,35
07 Identificação de Sondas Gástricas e Entéricas	40,00	70,00	-	0,56
08 Fixação da Sonda Vesical de Demora	4,00	14,00	-	0,40
09 Posicionamento da Bolsa Coletora de Diurese da Sonda Vesical de Demora	100,00	100,00	-	1,00
10 Posicionamento do Prolongamento de Drenagem Distal da Bolsa coletora de Diurese	78,00	71,00	-	0,89
11 Checagem dos Procedimentos na Prescrição de Enfermagem	-	0,00	-	-
12 Verificação dos Controles de Sinais Vitais Prescritos	98,00	99,00	-	0,88
13 Checagem dos Procedimentos de Enfermagem na Prescrição Médica	83,00	82,00	-	0,74
14 Elaboração da Prescrição de Enfermagem Diária e Completa pelo Enfermeiro	-	2,00	-	-

*Comparação dos cuidados mínimos e cuidados intermediários pelo teste qui-quadrado de Pearson

Na Tabela 6, o que denota maior atenção é o fato de o Indicador 7 – Identificação de Sondas Gástricas e Entéricas ter apresentado percentual de positividade diferente nos pacientes categorizados como cuidados mínimos, sendo considerada insuficiente a qualidade da assistência; já nos pacientes em Cuidados Intermediários, foi considerada uma assistência limítrofe, porém esta diferença não apresentou diferença estatística.

A assistência de enfermagem foi considerada segura no Indicador 9 - Posicionamento da Bolsa Coletora de Diurese da Sonda Vesical de Demora, tanto para os pacientes em Cuidados Mínimos quanto para os pacientes classificados como intermediários. Em contrapartida, o Indicador 11- Checagem dos Procedimentos na Prescrição de Enfermagem foi considerado insuficiente com 0% de adequação, ou seja, não havia checagem da prescrição de enfermagem, dado relevante sobre a assistência.

Os indicadores 11 e 14 – referentes à prescrição de enfermagem, não foram dimensionados nos pacientes categorizados como Cuidados Mínimos, tanto na UCC quanto na UCM, pois conforme descrito anteriormente, na instituição, o protocolo de elaboração da prescrição de enfermagem contempla apenas os pacientes classificados como Cuidados Intermediários, Semi-intensivos e Intensivos.

É possível observar na UCC, diante do teste estatístico, que não houve diferença na qualidade assistencial, referente aos indicadores estudados, nos pacientes categorizados como cuidados mínimos e intermediários.

Tabela 7 - Relação entre o percentual de positividade e o perfil assistencial dos pacientes internados na Unidade de Clínica Médica. Minas Gerais, Janeiro/ 2017.

INDICADOR		CM	CI	% DE ADEQUAÇÃO		
				p valor *	CSI	p valor **
01	Identificação do Paciente	69,00	74,00	0,70	36,00	0,03
02	Identificação de Risco para Queda do Leito	99,00	98,00	0,98	98,00	0,98
03	Identificação de Acessos Venosos Periféricos	91,00	98,00	0,67	90,00	0,75
04	Verificação de Lesões Cutâneas Pós Infiltrativas	93,00	85,00	0,59	86,00	0,97
05	Identificação de Equipos para Infusão Venosa	2,00	12,00	0,06	11,00	0,83
06	Identificação de Frascos de Soro	15,00	14,00	0,94	50,00	0,02
07	Identificação de Sondas Gástricas e Entéricas	33,00	32,00	0,98	21,00	0,43
08	Fixação da Sonda Vesical de Demora	0,00	0,00	-	0,00	-
09	Posicionamento da Bolsa Coletora de Diurese da Sonda Vesical de Demora	100,00	96,00	0,92	100,00	0,92
10	Posicionamento do Prolongamento de Drenagem Distal da Bolsa coletora de Diurese	80,00	91,00	0,86	70,00	0,54
11	Checagem dos Procedimentos na Prescrição de Enfermagem	-	2,00	-	0,00	-
12	Verificação dos Controles de Sinais Vitais Prescritos	99,00	99,00	0,89	98,00	0,88
13	Checagem dos Procedimentos de Enfermagem na Prescrição Médica	88,00	89,00	0,69	86,00	0,65
14	Elaboração da Prescrição de Enfermagem Diária e Completa pelo Enfermeiro	-	8,00	-	7,00	0,80

*teste qui quadrado de Pearson comparando pacientes de cuidados mínimos e cuidados intermediários

** teste qui quadrado de Pearson comparando pacientes de cuidados intermediários e semi intensivo

Como pode se observar, a Tabela 7, no que se refere ao Indicador 1 – Identificação do Paciente, apresenta uma diferença expressiva entre os pacientes conforme seu perfil assistencial, onde os pacientes classificados como Cuidados Semi-Intensivos, ou seja, potencialmente mais dependentes de cuidados de enfermagem, receberam um percentual de positividade abaixo do esperado, diferente dos pacientes considerados intermediários ou em cuidados mínimos.

O dado referente à fixação da Sonda Vesical de Demora – Indicador 8 é alarmante, porquanto demonstra 0% de adequação, ou seja, nenhuma SVD estava fixada adequadamente. Mesma situação ocorre no indicador 11, uma vez que apresentou 0% de adequação para os pacientes em Cuidados Semi-intensivos.

Diante de todo o exposto, ao avaliar os dados para a comparação, percebe-se uma semelhança de qualidade da assistência de enfermagem aos pacientes, independente do seu perfil assistencial.

Os indicadores assistenciais avaliados na UCM, ao serem relacionados à complexidade da assistência, por meio do teste estatístico qui quadrado, entre os pacientes classificados em cuidados mínimos e intermediários, e entre pacientes em cuidados intermediários e cuidados semi-intensivos, confirma que realmente não houve diferença na qualidade assistencial.

5 DISCUSSÃO

Os processos de investigação e de avaliação em enfermagem favorecem e incentivam realização de práticas assistenciais mais seguras e com maior qualidade.

A realização de práticas seguras é responsabilidade da equipe de saúde, enquanto a supervisão dos cuidados relacionados a esse procedimento é competência do enfermeiro, que poderá realizá-la com mais qualidade com o número adequado de profissionais (QUADROS et al., 2016).

O cuidado seguro deve ser encarado como um direito do paciente e um compromisso ético da equipe de profissionais em toda a rede de atenção à saúde, tanto que, dentre os serviços, observa-se que a atenção terciária é o principal alvo das ações de segurança do paciente (CAVALCANTE et al., 2016).

Na presente investigação, inicialmente buscou-se caracterizar os participantes segundo os dados sociodemográficos, isto é, aqueles que compreendem sexo, idade e perfil assistencial dos pacientes.

O número de internações de pacientes do sexo masculino foi superior ao feminino. Já no tocante à faixa etária, prevaleceu a hospitalização dos pacientes nas Clínicas Médicas e Cirúrgica, de 62 e 53 anos de idade, respectivamente.

Castro et al. (2013), em seu estudo, caracterizou o perfil das internações hospitalares de idosos das Regionais de Saúde do Paraná, Brasil, nos anos de 2008 a 2011. Com relação ao sexo, os homens apresentaram maior frequência de internação e a faixa etária de maior prevalência foi de 60 a 69 anos.

Em uma pesquisa que buscou avaliar as causas de internação hospitalar de pacientes adultos atendidos num hospital municipal regional de referência da Amazônia Legal realizado por Trindade et al. (2013), verificou maior frequência de internação hospitalar com faixa etária de 19 a 39 anos (51,6%). Outro fato importante verificado pelo autor foi a maior quantidade de homens internados (60%) em relação às mulheres, dado este que corrobora o presente estudo.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) foi difundida no ano de 2008 pelo Ministério da Saúde, devido à preocupação com a elevada morbimortalidade relacionada à população masculina comparada à feminina. Ademais, os homens entram na rede de atenção à saúde pela atenção especializada (ambulatórios) e

hospitalar de média e alta complexidade, o que tem como resultado o agravamento da condição de doença pelo retardamento na atenção à saúde e maior custo para o sistema (BRASIL, 2008).

As diversas clínicas de internação de um hospital possuem características diferentes de assistência multiprofissional e particularmente de enfermagem de acordo com o perfil clínico dos pacientes hospitalizados. Reconhecer as peculiaridades destes pacientes relativas à gravidade clínica possibilita direcionar a assistência de forma a oferecer um cuidado mais qualificado (CHIANCA et al., 2015).

Atualmente, o enfermeiro utiliza mecanismos que possibilitam avaliar a complexidade de cuidado ou a carga de trabalho de enfermagem requisitada pela clientela, por meio do Sistema de Classificação de Paciente, primeiro passo para se realizar um cálculo adequado de profissionais. O SCP compreende a classificação de pacientes em grupos de cuidados ou categorias, e a determinação dessas categorias propicia uma medida dos esforços de enfermagem requeridos (BRITO; GUIARDELO, 2012).

Assim, os autores afirmam que a classificação de pacientes, em diferentes níveis de complexidade assistencial, torna-se indispensável, não apenas para mensurar a necessidade de pessoal de enfermagem para fornecer assistência, como também para reconhecer outros aspectos da demanda de cuidados que varia segundo a complexidade de cuidado que esses pacientes necessitam.

A presente pesquisa corrobora o estudo de Brito e Guirardelo (2012), que avaliou o nível de complexidade de cuidado requerido pelos pacientes em uma unidade de internação, identificando um predomínio de pacientes do sexo masculino e com faixa etária superior a 60 anos nas unidades.

Novaes, Torres e Oliva (2015) buscaram identificar a frequência dos diagnósticos de enfermagem em pacientes de clínica cirúrgica, constatando que dos 28 pacientes hospitalizados, metade possuía idade média de 49,5 anos, e os demais tinham idades entre 40 e 59 anos, o que guarda semelhança com este estudo, já que os pacientes hospitalizados na clínica cirúrgica tinham em média 52 anos de idade.

Araújo et al. (2016), ao analisarem o dimensionamento de pessoal de enfermagem em uma unidade de Clínica Médica por meio da metodologia proposta pela Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 293/04, identificaram que a idade média dos pacientes internados era de aproximadamente 62 anos, com idade mínima de 18 anos, e máxima de 98 anos. Quanto ao perfil assistencial, houve prevalência de paciente com maior complexidade da assistência, diferindo dos achados dessa pesquisa.

Em relação aos resultados quanto ao perfil dos pacientes participantes, houve predominância de cuidados mínimos tanto na UCM quanto na UCC, seguidos dos cuidados intermediários, semi-intensivos, bem como a ausência de cuidados intensivos.

Analisando o grau de necessidade de cuidados dos pacientes, foi possível observar no estudo de Silva, Echer e Magalhães (2016) uma maior concentração em cuidados semi-intensivos, seguidos de intermediários e intensivos, dados que também diferem de nossos achados. Magalhães e Silva (2015), por sua vez, traz em seus estudos a prevalência das categorias de cuidado semi-intensivo e intermediário em pacientes hospitalizados em uma clínica cirúrgica. Maya e Simões (2011) ao dimensionarem e avaliarem a adequação do quadro de profissionais de enfermagem de um hospital universitário, obtiveram nas avaliações de clientes internados nas clínicas Médica e Cirúrgica, uma maior classificação de pacientes de cuidados mínimos. Igualmente descrito por Casarolli, Nicola e Eberhardt (2015), que analisou o nível de complexidade assistencial e o dimensionamento dos profissionais de enfermagem do pronto-socorro de um hospital público e verificou que, quanto ao grau de dependência, obteve-se um total de 731 pacientes classificados em cuidados mínimos (73,3%).

Fugulin (2010) avaliou parâmetros para o dimensionamento de pessoal de enfermagem em sete instituições hospitalares e evidenciou que nas unidades de clínica médica, clínica cirúrgica e clínicas médico-cirúrgicas o grupo de pacientes de maior prevalência pertencia à categoria de cuidados mínimos ou intermediários, o que corrobora nossos achados. Nesse estudo a autora afirma que inúmeras pesquisas realizadas no cenário brasileiro têm demonstrado pouca variabilidade nos percentuais das categorias, predominando nas instituições os pacientes com perfil de cuidados mínimos.

A presença de pacientes em cuidados semi-intensivos apenas na unidade de clínica médica decorre, provavelmente, das condições clínicas dos pacientes hospitalizados dessa especialidade médica, uma vez que as internações estavam relacionadas a enfermos acamados ou com maior necessidade de auxílio da enfermagem.

Um fato que pode explicar a prevalência de pacientes categorizados como cuidados mínimos e intermediários nas clínicas médicas e cirúrgicas refere-se à recente criação de uma nova ala de internação no hospital em estudo, destinada a pacientes mais complexos, com necessidade de isolamento de contato, cuidados paliativos, pós-alta da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou mesmo com necessidade de suporte ventilatório, com uso de ventilação mecânica. Dessa maneira, pacientes com um perfil que demandava maior tempo de cuidados,

que anteriormente eram internados nas unidades investigadas, passaram a ser alocados nessa unidade, modificando o perfil assistencial dos pacientes da UCM e UCC.

No tocante ainda ao perfil da clientela a ser atendida nas instituições hospitalares, há de se mencionar o trabalho do COFEN que tem publicado resoluções com objetivo de auxiliar os enfermeiros quanto ao processo de dimensionar seu quadro de profissionais, utilizando como critério para mensuração das horas de assistência de enfermagem, o sistema de classificação de pacientes. Chama a atenção para o fato de que deverão ser consideradas no processo, as características relativas à instituição, ao serviço de enfermagem e à clientela.

Sequencialmente, para responder aos objetivos centrais da pesquisa, realizou-se a avaliação da qualidade da assistência de enfermagem prestada aos pacientes internados nas UCM e UCC, por meio do instrumento de Registro de Busca Ativa revisado, composto pelos indicadores clínicos.

Há de se considerar que indicadores assistenciais e gerenciais são utilizados pelas instituições para controlar os serviços oferecidos. O bom desempenho desses indicadores depende de fatores integrados ao processo de trabalho, tais como o planejamento de recursos humanos e a carga de trabalho da enfermagem. Estes fatores são fundamentais para o desenvolvimento de um cuidado de saúde seguro e com qualidade, além de favorecer o fornecimento de um cuidado integral, individualizado e humanizado (QUADROS et al., 2016).

O percentual de adequação ao padrão de qualidade e classificação da assistência de enfermagem tanto na UCC quanto na UCM obteve uma média abaixo da esperada, sendo, portanto, consideradas como uma assistência de qualidade insuficiente.

Optamos por realizar uma discussão pormenorizada de cada um dos indicadores assistenciais avaliados, facilitando uma melhor compreensão do conjunto da avaliação.

5.1 Identificação do Paciente

O indicador de avaliação de identificação do paciente demonstrou um índice de positividade inadequado, coincidente com os resultados obtidos por Tres et al. (2016), que avaliou a qualidade da assistência com indicadores relacionados à prevenção de quedas e identificação do leito do paciente de um hospital universitário. Tal dado sinaliza a falta de cuidado em relação a essa prática pela instituição.

Caldana et al. (2013), entretanto, identificou que o indicador leito com identificação adequada atingiu maior conformidade. Hoffmeister e Moura (2015) avaliaram o uso de

pulseira como item de identificação em pacientes hospitalizados em unidades de internação, concluindo que dos 385 pacientes observados, 369 (95,8%) apresentavam esse item, o que pode ser considerado um resultado excelente.

Nota-se que alguns estudos demonstraram como identificação dos pacientes apenas a identificação do leito, enquanto outros apenas a pulseira de identificação. Contudo, para a pesquisa em questão, a exigência de adequação referia-se à presença de dados como nome, data de nascimento e quarto, no leito do paciente, além da identificação com pulseira, o que pode explicar os valores encontrados.

Por não contemplar as duas identificações, inúmeros pacientes se encontravam em situação inadequada. Ora faltavam dados em seus leitos ora estavam sem suas pulseiras de identificação, provavelmente pela desatenção dos profissionais, que não raras vezes limita-se a preencher o nome do paciente, somente no momento da internação na unidade.

Embora o quesito de identificação do paciente seja uma atividade largamente realizada nas clínicas pesquisadas, é possível afirmar sobre a pouca importância dada a esse item ou ainda a não compreensão de sua importância para a segurança do paciente com vistas a garantir menor risco.

A identificação do paciente, quando realizada corretamente, evita falhas relacionadas à assistência prestada pela equipe de profissionais de saúde, nos diferentes níveis de atenção (TASE et al., 2013).

Acerca do tema, vale destacar que os documentos publicados pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente em 2014, reforçam que a identificação inicial de todos os pacientes deve ser realizada em sua admissão no serviço por meio de uma pulseira. E que esta informação deve permanecer durante todo o tempo que o paciente estiver internado, e ser verificada antes de qualquer cuidado prestado, como por exemplo a orientação da administração de medicamentos, do sangue e de hemoderivados, da coleta de material para exame, da entrega da dieta e da realização de procedimentos invasivos, entre outros.

5.2 Identificação de Risco para Queda do Leito

O indicador referente à identificação de risco para queda do leito, de acordo com o percentual de positividade, foi considerado desejável tanto na UCC quanto na UCM.

O estudo de Tres et al. (2016) apresentou dados semelhantes, no qual o indicador avaliado sobre o risco de queda demonstrou que a qualidade da assistência neste aspecto foi considerada adequada. Caldana et al. (2013), por sua vez, obteve a mesma avaliação.

O estudo de Sakai et al. (2016) que analisou a adequação entre avaliação de risco de queda de pacientes adultos e as medidas de prevenção adotadas, constatou que para os pacientes que foram classificados com escore da Escala de Morse de alto risco encontravam-se com as medidas necessárias adotadas, ou seja a assistência foi considerada adequada.

Os dados considerados adequados indicam que as unidades têm trabalhado no sentido de minimizar os riscos relativos a esse indicador. Embora se tenha observado que os pacientes em sua maioria estavam acompanhados de familiares, na ausência desses e identificando-se a sua necessidade para atender um desejo expresso por eles, verificou-se a atuação da assistente social em conjunto com a equipe de enfermagem buscando alternativas para isso.

Durante o período de observação constatou-se a elevação das grades nos leitos, recomendação básica quando se identifica risco de queda, denotando então que a prevenção nos setores estudados é uma prática instituída, o que poderia estar relacionado a uma cultura de segurança geral pelos profissionais com relação a este indicador.

Neste sentido, Abreu e colaboradores (2012) comentam que precauções como a elevação das grades laterais do leito pode resultar na redução dos índices de quedas, além da importância da implantação e execução de padrões institucionais relacionadas à extinção dos riscos ambientais, como o excesso de sons, iluminação inadequada, camas com mau posicionamento, em uma altura adequada e entre 100% a 120% do comprimento inferior da perna do paciente.

5.3 Identificação de Acessos Venosos Periféricos

A identificação de AVP também foi avaliada como adequada na UCC e como desejável na UCM.

Resultados distintos foram obtidos por Murassaki et al. (2013) que avaliaram cinco indicadores de qualidade de enfermagem relacionados à terapia intravenosa periférica, obtendo um Índice de positividade que indicou uma assistência sofrível, ou seja, insuficiente. Meireles et al. (2011) também obtiveram resultados semelhantes quando avaliaram qualidade do cuidado em relação a acesso venoso em unidades de internação de um hospital de ensino.

Considerando que a equipe de enfermagem tem como uma de suas atribuições a responsabilidade pela introdução e manutenção do AVP, é urgente que os cuidados técnicos recomendados sejam realizados a fim de se evitar e/ou reduzir as iatrogenias correlacionadas à instalação do dispositivo (MURASSAKI et al., 2013).

As recomendações emanadas de Órgãos oficiais em relação a melhores práticas na assistência à saúde apontam diretrizes para manutenção considerada adequada e segura dos acessos venosos.

Dentre os cuidados de enfermagem preconizados, rotineiramente o cateter periférico não deve ser trocado em um período inferior a 96 h. A decisão de estender a frequência de troca para prazos superiores ou quando clinicamente indicado dependerá da adesão da instituição às boas práticas recomendadas nesse documento, tais como: avaliação rotineira e frequente das condições do paciente, sítio de inserção, integridade da pele e do vaso, duração e tipo de terapia prescrita, local de atendimento, integridade e permeabilidade do dispositivo, integridade da cobertura estéril e estabilização estéril (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2017).

A instituição adotou como protocolo a troca do AVP a cada 72 horas, o que pode estar indicando um sistema de vigilância mais apurado por parte da equipe de enfermagem com relação a tal indicador, por meio de uma supervisão efetiva dos enfermeiros coordenadores, denotando ser uma prática monitorada mais fortemente.

Um fato que chamou nossa atenção durante o período de coleta, em relação a esse item, refere-se à participação dos pacientes no controle dos cuidados a lhe serem ministrados, ocupando um papel importante na segurança da assistência. Muitos pacientes foram capazes de informar que a troca seria realizada em determinado dia e hora, indicando que a equipe de enfermagem também demonstrou atenção ao informar e inserir o paciente no monitoramento das práticas assistenciais.

Tal situação vai em direção ao que o Ministério da Saúde recomenda, com a instituição do Programa Nacional de Segurança do Paciente, sobre a importância de envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente (BRASIL, 2013).

5.4 Verificação de Lesões Cutâneas Pós Infiltrativas

A avaliação do indicador de verificação de lesões cutâneas pós-infiltrativas indicou uma assistência de qualidade desejável na UCC e como adequada na UCM, o que pode ser considerada satisfatória diante de outros achados obtidos por vários estudos.

Abdul-Hak e Barros (2014) verificaram a incidência de flebite em uma unidade de clínica médica e constataram a presença de lesão cutânea pós infiltrativa em 60% dos pacientes, identificando ainda em relação ao tempo de permanência de cada acesso venoso periférico, que a maioria permaneceu por mais de 72 horas.

Enes et al. (2016), ao investigarem a presença de flebite e fatores que influenciaram o desenvolvimento dessa complicação em pacientes com cateter venoso periférico em uma unidade de clínica médica, obtiveram taxas de 31%, bastante superior aos 5% considerados como padrão aceito pelas recomendações mundiais.

Igualmente, a porcentagem de flebite numa amostra de 76 pacientes internados em um hospital geral investigados por Tertuliano et al. (2014) foi considerada elevada, de 31,6%, enfatizando sobre a importância das avaliações realizadas pelos enfermeiros fundamentados nas melhores evidências científicas disponíveis.

Para avaliar a flebite, a *Infusion Nurses Society* (2006) recomenda a utilização da escala de classificação de flebite, segundo intensidade, sinais e sintomas:

- 1+: dor local; eritema ou edema, sem endurecimento; cordão fibroso não palpável. - 2+: dor local; eritema ou edema, formação de endurecimento; cordão fibroso não palpável. - 3+: dor local; eritema ou edema, formação de endurecimento; cordão fibroso palpável.

A inspeção do local da inserção do cateter e a evolução dos sinais flogísticos periodicamente são vitais, e deve incluir avaliação da escala de classificação de flebite e retirada do AVP imediatamente após identificação de qualquer sinal (CQH, 2012).

A flebite é um dos problemas localizados mais encontrados e preocupantes relacionadas ao uso de AVP. Identificada por uma inflamação da veia, tal condição apresenta sintomas em graus de edema, dor e hiperemia variáveis, encontrados ao redor do local de inserção do dispositivo ou no percurso do vaso. Pode ser vista de acordo com o fator propenso à complicação, resultante ao abalo ocasionado, quando existe correlação com infusão de soluções; a relacionada à contaminação das soluções e, finalmente, as falhas na manipulação e instalação dos dispositivos e todos os materiais associados (HO; CHEUNG, 2012).

O cuidado, a inspeção e o monitoramento do AVP para prevenção de flebite são de responsabilidade do enfermeiro. As lesões cutâneas pós-infiltrativas são uma complicação com múltiplos fatores, contudo, na maioria das vezes decorre da falta ou descumprimento de rotinas pré-estabelecidas, sendo o enfermeiro responsável pela supervisão constante de sua equipe, assim como pela notificação dos casos e condutas (NOGUEIRA, 2015).

Na instituição estudada, é possível relacionar o indicador de identificação dos AVP com o indicador de verificação de lesão cutânea pós-infiltrativa. A avaliação satisfatória de ambos permite constatar que a vigilância sob as datas de troca dos AVP auxilia na redução dos índices de flebites, garantindo assim consequentemente diminuição de danos ao paciente.

A presença ou não de lesões cutâneas pós-infiltrativas evidenciam o olhar dos profissionais da equipe de enfermagem com relação aos cuidados com os pacientes, dado que na grande maioria das vezes são eles que manipulam os cateteres venosos periféricos e realizam os procedimentos para prevenção de lesões cutâneas. Daí a importância de os profissionais exercerem vigilância sistemática, a fim de assegurar qualidade e segurança aos serviços prestados.

5.5 Equipos e rótulos de soro

No que se refere aos indicadores de identificação de equipos para infusão venosa e frascos de soro, os mesmos foram considerados inadequados, isto é, a qualidade da assistência referente a esses indicadores foi considerada insuficiente.

Os dados diferem daqueles obtidos por Caldana et al. (2013) ao avaliarem a prática dos cuidados de enfermagem em um hospital privado acreditado, tendo por base indicadores de estrutura, processo e resultados, no qual pode verificar que a identificação de equipos e rótulos de soro tinham a identificação adequada/dia.

Nessa direção, os resultados de Murassaki et al. (2013) indicaram nível sofrível de qualidade da assistência em três das quatro unidades de internação avaliadas, quanto aos indicadores de identificação do equipo para infusão venosa e rótulos.

O estudo de Vituri et al. (2010) também evidenciou dados semelhantes ao dessa pesquisa, sendo os resultados considerados insuficientes para esses itens na avaliação.

A troca dos equipos e dos dispositivos complementares são baseados em alguns fatores, como tipo de solução utilizada, frequência da infusão (contínuo ou intermitente), suspeita de contaminação ou quando a integridade do produto ou do sistema estiver comprometida. Os equipos e dispositivos complementares devem ser trocados sempre nas trocas dos cateteres venosos, ou seja, a cada 96 horas (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2017).

As observações diárias durante a coleta permitiram identificar que muitos dos equipos não apresentavam os dados completos de identificação como data, hora da troca ou instalação, e nome do funcionário responsável pela instalação da infusão. Em sua maioria constou-se a existência somente das informações referentes a data e horário.

Com relação ao rótulo do soro, a avaliação realizada foi rigorosa, pois deveria constar em cada identificação de soroterapia, os seguintes dados: nome do paciente, data de nascimento, enfermagem, componentes da solução, volume, hora de início, número de gotas

e/ou mililitros por hora e assinatura do funcionário responsável. Nas avaliações consideradas inadequadas, observaram-se falhas nesse preenchimento, com dados ausentes ou mesmo erros quanto ao gotejamento, horário de instalação, leito do paciente, entre outros.

Tal cenário revela-se preocupante considerando a responsabilidade da equipe de enfermagem em relação à terapia intravenosa, em que a atenção e cuidado devem ser primordiais. Outro aspecto que se pode destacar nesse item refere-se à participação dos enfermeiros na avaliação dos pacientes durante as visitas diárias realizadas nas enfermarias, que não demonstraram estar atentos para a realização dessas práticas em conformidade com o recomendado. A prática clínica demanda dos profissionais uma atualização permanente propiciando um exercício profissional guiado pelas melhores evidências de cuidados.

Destaca-se a importância da participação efetiva dos enfermeiros que ocupam os cargos de chefia dos setores, que ao identificarem falhas no processo de cuidados, devem realizar intervenções imediatas de caráter educativo, na perspectiva de capacitações de toda a equipe de enfermagem.

A correta identificação dos dispositivos, como equipo e rótulo de soro para infusão venosa, devem ser objeto de atenção considerando ainda a rotatividade dos profissionais de enfermagem pelos diferentes turnos de trabalho nos setores, o que potencializa o risco de falhas.

A visão necessária dos profissionais sobre diferentes aspectos da segurança do paciente, provavelmente necessita de ampliação. A cultura de segurança necessita ser fortalecida para que, com isso, a equipe possa expressar comportamentos adequados e prestação de cuidados seguros com relação ao paciente.

É relevante, por conseguinte incluir a equipe médica nesse contexto, a qual deve prestar atendimento de forma segura e compreender a necessidade da identificação correta dos rótulos, pois poderão auxiliar na prestação de serviço com menos risco para paciente.

A enfermagem desenvolve ações em sua prática de cuidar e gerenciar. Porém, ainda há dificuldade de compreensão dessa prática pelos enfermeiros, o que é capaz de dificultar a articulação entre essas intervenções. Nesse sentido, a realização de gestão e a própria gerência do cuidado é um dos pilares para a qualidade da assistência (FERNANDES et al., 2016).

5.6 Identificação de sondas gástricas e enterais

A avaliação desse indicador também foi considerada insuficiente conforme o manual operacional.

Vituri e Matsuda (2009) ao validarem o conteúdo de um instrumento de avaliação composto por indicadores de qualidade do cuidado de enfermagem na prevenção de eventos adversos, identificaram 0% de adequação a um ICI de 100%, ou seja, das 23 sondas avaliadas, 21 estavam sem identificação o que se assemelha a nossos resultados.

Vituri e colaboradores (2010) avaliaram a identificação correta de sondas gástricas de poliuretano com a hora, data e assinatura do responsável pela passagem e alcançou ICI de 100% somente em dois dos seis setores avaliados.

A instituição definiu em seu procedimento operacional padrão a recomendação para que todas as sondas nasogástricas e nasoentéricas de silicone instaladas devam apresentar-se identificadas com data, hora e nome do funcionário referente ao dia de sua instalação. A fixação dessas sondas nas narinas também deve estar identificada com os mesmos dados, sendo orientada a troca dessa fixação a cada 24 horas.

As sondas gástricas, que apresentam material de polivinil, devem ser trocadas a cada cinco dias, em razão das alterações na estrutura da sonda, a qual fica mais enrijecida com o passar dos dias, podendo causar danos ao trato digestivo do paciente (MOZACHI et al., 2005).

A avaliação de não conformidade foi obtida, pois os pacientes observados apresentavam identificação apenas da troca de fixação da sonda e não de sua data de instalação, apesar de se ter constado que a equipe de enfermagem informava conhecer o procedimento e reconhecer quanto à importância das trocas de fixação. Há de se considerar que a vigilância constante dos pacientes usuários desse dispositivo permite a identificação precoce de riscos tais como mau posicionamento e obstrução por tempo prolongado de uso, diminuindo, com isto, o risco de aspiração. Dessa maneira, a avaliação e o controle da qualidade, realizado por meio da análise de parâmetros pré-estabelecidos, representa um artifício primordial na busca por uma assistência que garanta segurança, pela objetividade que pode ser comprovada por evidências, e pelo gerenciamento dos resultados e qualidade (SILVEIRA et al., 2015).

5.7 Cateterismo Vesical de Demora

Neste item foi considerada a assistência relacionada ao Cateter Vesical de Demora que contemplou os seguintes indicadores: fixação da SVD, posicionamento da bolsa coletora de

diurese da sonda vesical de demora e do prolongamento de drenagem distal (spigot) da bolsa coletora de diurese.

O indicador referente à fixação da SVD foi considerado, conforme o percentual de positividade, como uma assistência insuficiente tanto na UCC quanto na UCM. Entretanto, um fato que chama à atenção é que na UCM nenhuma SVD estava fixada corretamente (0%) e na UCC o percentual de positividade também foi bem abaixo do esperado (7%).

Chaves e Moraes (2015) em um estudo que buscou avaliar as práticas de controle e prevenção de Infecção do Trato Urinário (ITU) relacionadas ao uso de cateter vesical em uma UTI geral, utilizando os indicadores de estrutura, processo e resultado, constatou que 83% das SVD apresentavam não conformidades com relação à fixação.

Souza et al. (2007) identificaram o conhecimento e a adoção das medidas recomendadas para prevenção e controle de infecção no manuseio e instrumentação do trato urinário associado a um cateter vesical. As conclusões apontaram que todos os profissionais mencionaram a fixação do cateter sendo uma maneira de prevenção e controle de ITU no procedimento, e os locais mais citados foram no sexo feminino, região interna da coxa e, no sexo masculino, região inguinal e abdome inferior.

Mota et al. (2017) afirmam que os princípios mais relevantes para o aparecimento ou não de ITU estão relacionados à periodicidade do uso, à prevenção de lesões na inserção e ao prolongamento do tempo do cateter urinário, além do uso de padrões assépticas na manutenção e manipulação do sistema fechado de drenagem de urina.

As avaliações diárias permitiram identificar que as sondas não se apresentavam fixadas ou, quando realizada tal fixação, encontravam-se fora das recomendações, por exemplo, na face interna da coxa em pacientes masculinos.

Para adequada fixação do SVD deve ser considerada a região de acordo com sexo do paciente, pois no homem o cateter deverá estar fixado na região hipogástrica ou região supra púbica, e na mulher na face interna da lateral da coxa (FAPESP, 2006; CDC, 2009).

O desconhecimento sobre uma etapa do procedimento de sondagem vesical como fixação adequada do cateter pode explicar os resultados encontrados, uma vez que se identificou como prática rotineira nas unidades. O conhecimento científico e sustentado sobre o procedimento é importante, minimizando os riscos aos pacientes relacionados a traumas na uretra e, consequentemente, infecção do trato urinário, além de desconforto físico e emocional.

A sondagem vesical é um procedimento invasivo muito comum no âmbito hospitalar, que requer assistência de enfermagem de maior complexidade técnica, conhecimentos de base

científica e capacidade de tomar decisões imediatas e, por essas razões, no âmbito da equipe de enfermagem, a inserção de cateter vesical é privativa do enfermeiro, que deve imprimir rigor técnico-científico ao procedimento. (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2013; SANTOS e SANTOS, 2014).

A realização do cateterismo vesical de demora pode ter complicações relevantes se a técnica, para a não contaminação dos materiais, estiver incorreta. Os materiais devem ser estéreis, a longa permanência deve ser evitada e manejo diário precisa ser adequado. É necessário que haja cuidados específicos com o cateter a fim de evitar complicações (LENZ, 2006) como, abscessos e fistulas uretrais, incrustações no cateter, feridas na bexiga, infecções do trato urinário, pielonefrite, sepse e morte (CALORI; PELATIERI, 2015).

O indicador referente ao posicionamento da bolsa coletora de diurese da SVD foi considerado seguro na UCC, ou seja, todos os cateteres vesicais estavam posicionados adequadamente. Por sua vez, a UCM também foi avaliada como satisfatória, tendo sua assistência considerada desejável.

No estudo de Chaves e Moraes (2015) o posicionamento da bolsa coletora alcançou 97% de conformidade, observando que a manutenção da bolsa coletora abaixo do nível da bexiga é um cuidado bastante difundido e aplicado.

Souza et al. (2007) mostraram que todos os profissionais de enfermagem participantes de seu estudo relataram que a bolsa coletora deveria ser fixada abaixo do nível da bexiga e acima do chão, demonstrando conhecimento sobre o assunto.

Para manter o cateter e o tubo coletor livres de torção e outros danos, é fundamental que a bolsa coletora se mantenha abaixo do nível da bexiga em todos os momentos, de modo a não permitir que a mesma fique em contato com chão (CDC, 2009; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2017).

Nos casos avaliados como inadequados, isto é, em que a bolsa coletora estava no mesmo nível da bexiga ou acima, o paciente estava sentado fora do leito. Na avaliação quanto ao posicionamento do prolongamento de drenagem distal (*spigot*) da bolsa coletora de diurese obteve-se um percentual que considerou assistência adequada nas duas unidades de internação, UCC e UCM.

Faquim (2014) para avaliar a qualidade do cuidado e o contexto de trabalho do profissional de enfermagem em um hospital oncológico utilizou o Registro de Busca Ativa e evidenciou que a qualidade da assistência foi considerada insuficiente com relação a esse indicador.

Vituri (2013) após a aplicação do Registro de Busca Ativa em uma unidade de clínica médica verificou que o indicador posicionamento do prolongamento de drenagem distal da bolsa coletora de diurese foi considerado como assistência desejável.

Souza et al. (2007) afirma que o conhecimento dos enfermeiros quanto à manutenção do sistema fechado, ao posicionamento da bolsa coletora abaixo do nível da bexiga e proteção da válvula de drenagem não se apresentam como um conhecimento sistematizado desses cuidados na prevenção das ITU, embora adotados como rotina na assistência, confirmando a soberania da cristalização de hábitos sedimentados na prática, apesar de não estruturados conscientemente na teoria.

Em relação ao armazenamento do prolongamento distal de diurese, que compunha um tópico da avaliação desse item, verificou-se durante as observações a existência de dois sistemas coletores de marcas diferentes, sendo que um já dispunha de local apropriado para armazenamento do dispositivo, o que favoreceu sua proteção, porém o outro não. O material adquirido pela instituição primava por esse quesito, minimizando o risco em relação à contaminação do material. O outro material foi encontrado naqueles pacientes oriundos de outras instituições e que chegavam para internação com o cateter e o sistema já instalado.

Dentre as recomendações quanto a manutenção do sistema de sondagem vesical, se faz necessário evitar o contato do tampão de drenagem com o recipiente coletor ou mesmo o chão e ainda verificar que a diurese contida na bolsa coletora deva ser retirada regularmente por meio de um recipiente coletor separado e limpo para cada paciente. (CDC, 2009; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2017).

Recentemente, o Conselho Federal de Enfermagem normatizou o procedimento de sondagem vesical na Resolução nº 0450/2013, estabelecendo que somente o profissional enfermeiro treinado deva realizar a inserção dos dispositivos urinários, reiterando a necessidade de educação permanente da equipe de enfermagem, ao se considerar um procedimento invasivo e os riscos envolvidos ao paciente (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2013).

Dessa maneira, evidencia-se a necessidade de a equipe manter-se preparada para uma adequada assistência ao paciente com SVD, incluindo nessa equipe, o profissional enfermeiro que deverá estar apto à realização do procedimento, pois essa habilidade é relevante para garantir a qualidade da assistência prestada ao paciente.

Nessa direção, ele deve priorizar a busca por um conhecimento sistematizado, o que garante apoio à equipe, informação, segurança e presteza na qualidade de assistência ao

paciente em uso do cateter vesical de demora, tornando possível a redução da ITU e outras complicações (MERCEZ et al., 2013).

Diante disto, a adequação do indicador expressa o comprometimento dos profissionais, que aparentam estar sensíveis à relevância da proteção do paciente, além de se perceber o compromisso e responsabilidade da instituição que tem priorizado a aquisição de materiais adequados, em consonância com critérios de qualidade, levando em consideração o custo-benefício, que por vezes, embora de maior valor financeiro, contudo reduzem o risco de infecção para o paciente e conseqüentemente geram menos gastos para o hospital.

5.8 Verificação dos controles de Sinais Vitais prescritos

O indicador relacionado ao controle de sinais prescritos recebeu uma avaliação dentro da conformidade, a qual verificou que a assistência de enfermagem foi classificada como desejável nas duas clínicas de internação estudadas.

Mata, Ferreira e Carvalho (2013), ao identificarem ações de enfermagem realizadas no perioperatório e no preparo para alta hospitalar, em 121 prontuários de pacientes internados, constataram que a verificação de sinais vitais estava presente como um cuidado de enfermagem necessário, em que 55% dos pacientes no pré-operatório e 100% no pós-operatório tiveram seus sinais vitais aferidos.

Teixeira et al. (2015), analisando a importância atribuída, as barreiras e os benefícios percebidos pela equipe de enfermagem, relacionados ao registro dos parâmetros dos SSVV em idosos hospitalizados, indicou que os enfermeiros e técnicos em enfermagem consideram necessário o controle do estado clínico, revelando a importância dos SSVV na prática cotidiana, e reconhecendo a vulnerabilidade do estado clínico dos pacientes.

O estudo de Caldana et al. (2013) apresentou dados semelhantes a esta pesquisa. A autora também utilizou o registro de busca ativa para avaliar a qualidade da assistência em um hospital público, e evidenciou que 98% da verificação de sinais vitais estava adequada, ou seja, uma assistência também desejável conforme o percentual de positividade.

A anotação dos SSVV deve ser realizada rotineiramente, pois são parâmetros que certificam o estado geral do paciente. Em caso da inexistência de registros, há o desconhecimento se houve, por exemplo, uma alteração na pressão arterial ou uma hipertermia. São aferições necessárias para se analisar a função corporal e as suas respostas ao tratamento, devendo compreender para isto todas as medidas que são: temperatura, pulso, frequência respiratória e pressão arterial (LUZ; DNEWICKS, 2007).

O Conselho Federal de Enfermagem (2015), por meio da Portaria 523/2015 da Câmara Técnica de Legislação e Normas, recomenda que a equipe de enfermagem atente para o registro adequado em prontuário dos pacientes dos dados aferidos referentes mensuração dos sinais vitais, no qual deverão estar contidas as informações também de data e horário da realização e assinatura, configurando-se em autenticidade das informações.

A prática de verificação dos sinais vitais na instituição onde foi realizada a pesquisa contempla sua realização ao menos uma vez por plantão, ou seja, três vezes a cada 24 horas, sendo aferidos temperatura, frequência cardíaca, frequência respiratória e pressão arterial. O registro coletado dos prontuários de mostrou adequado, denotando estar implantado na rotina das unidades, além de uma preocupação genuína da equipe de enfermagem quanto a necessidade desses parâmetros no tratamento dos pacientes.

5.9 Checagem dos Procedimentos de Enfermagem na Prescrição Médica

A avaliação do indicador referente à checagem dos procedimentos de enfermagem na prescrição médica, que inclui medicações e cuidados prescritos, alcançou percentual de positividade entre 80 na UCC e 89% na UCM, obtendo, assim, classificação como adequada.

A checagem adequada da prescrição médica pode ser verificada nos prontuários e continham o nome do funcionário e a cor de caneta devida referente ao turno de trabalho.

Quando se encontrava ausência dessa ou mesmo de justificativa no prontuário da não realização, além do uso da caneta diferente do padronizado, foram consideradas em não conformidade.

Luz, Martins e Dynewicz (2007) estudaram três unidades de convênios com planos de saúde privados de um hospital universitário, identificando e categorizando as falhas nos registros de enfermagem, de acordo com as normas estabelecidas pelo serviço de enfermagem. O resultado obtido sinalizou que, de um modo geral, as checagens em prescrições médicas estavam corretas.

Entretanto, Silva et al. (2012) ao realizarem pesquisa de avaliação da qualidade das anotações de enfermagem feitas em unidade semi-intensiva de um Pronto Atendimento de instituição pública e universitária, obteve um baixo percentual de preenchimento dos registros em relação à execução das ordens médicas, considerada a prescrição médica, além de estarem comprometidas em razão de uma qualidade deficitária.

Geremia e Costa (2012) ao verificarem a adequabilidade dos registros de enfermagem aos procedimentos executados por meio de uma auditoria retrospectiva em um hospital geral

privado, nas questões relativas à execução das prescrições médicas, o nível de qualidade foi considerado regular, uma vez que nem todas as medicações administradas estavam rubricadas no prontuário.

A adequação na checagem da prescrição médica assegura se de fato um medicamento foi administrado ou o procedimento foi realizado, mas para isso deve ser feita de maneira correta, ou seja, com um traço na diagonal sobre o horário, conforme os padrões institucionais (LUZ; MARTINS; DYNEWICZ, 2007).

O atendimento às prescrições médicas cumpridas pela equipe de enfermagem constitui-se numa premissa da comunicação correta e integral relativa aos cuidados prestados, subsidiando o plano de cuidados elaborado pelo enfermeiro, pois significa uma co-responsabilização pela evolução do quadro clínico do paciente.

Logo, é responsabilidade e dever dos profissionais da enfermagem constar expressamente no prontuário do paciente e em outros documentos próprios da área, informações inerentes a todos os procedimentos relacionados ao cuidado, além do gerenciamento dos processos de trabalho, necessárias para assegurar a continuidade e a qualidade da assistência (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2012).

5.10 Prescrição de Enfermagem

A avaliação da assistência relacionada à Prescrição de Enfermagem contemplou os itens checagem dos procedimentos e elaboração do plano de cuidados pelo enfermeiro. Nas duas clínicas de internação estudadas a assistência foi classificada como insuficiente.

Na avaliação da UCC, constatou-se que nenhuma das checagens da prescrição de enfermagem foi considerada adequada. Na UCM, apenas 1% foi considerado conforme.

Ramos, Carvalho e Canini (2009) identificaram a percepção de auxiliares e técnicos de enfermagem sobre sistematização da assistência de enfermagem, bem como sobre os aspectos legais de sua participação nesse processo. Foi evidenciado que 98,7% dos sujeitos relataram checar a prescrição de enfermagem após realizar o cuidado prescrito; todavia, alguns demonstraram desinteresse na implementação da prescrição de enfermagem, posto que compartilham pouco das informações sobre os pacientes.

Pimpão et al. (2010) buscaram conhecer a percepção da equipe de enfermagem acerca da prescrição de enfermagem no âmbito hospitalar e atestaram que os técnicos de enfermagem, apesar de reconhecerem benefícios com a implantação da prescrição de enfermagem, acreditam ser desnecessário a elaboração do plano de cuidados, uma vez que

seriam realizados independentemente da existência da prescrição de enfermagem, por já estarem inseridos em sua rotina de trabalho.

Tal resultado corrobora o resultado desta pesquisa, já que não houve checagem satisfatória nas prescrições de enfermagem.

O registro de enfermagem em prontuário é necessário tanto para gerenciar quanto para acompanhar a assistência prestada aos pacientes, pois está aliado aos preceitos legais e éticos da profissão. É conveniente ressaltar, ainda, que o registro de enfermagem é a segurança legal da equipe de enfermagem, pois certifica as ações realizadas pela enfermagem, intensificando a prática para além do esforço técnico, contribuindo, assim, com a qualidade da assistência (BLANK; SANCHES; LEOPARDI, 2013).

O planejamento de cuidados realizados pelo enfermeiro, para ser realizado de forma integral, requer a atuação conjunta de toda a equipe de enfermagem, posto que a prescrição de enfermagem é desenvolvida pelo enfermeiro, mas o cuidado ao paciente tem sido executado principalmente pelo pessoal de enfermagem de nível técnico. A não checagem dos procedimentos constitui uma dificuldade para o seu cumprimento, sendo fundamental que não só o enfermeiro passe por orientação e capacitação, mas toda a equipe, possibilitando, deste modo, a compreensão de sua importância e da necessidade de efetiva colaboração para uma execução eficaz (SILVA et al., 2012).

Na avaliação do indicador referente à elaboração da prescrição de enfermagem diária e completa, obteve-se valor bem abaixo do esperado, com menos de 10% de adequação em ambas as clínicas.

Atribui-se ao enfermeiro à liderança na execução e avaliação do processo de enfermagem, de modo a alcançar os resultados de enfermagem esperados, cabendo-lhe, privativamente, o diagnóstico de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, bem como a prescrição das ações ou intervenções de enfermagem a serem realizadas, face a essas respostas (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009).

A instituição definiu que a elaboração da prescrição de enfermagem deveria ser apenas para pacientes categorizados como de cuidados intermediários, semi-intensivos ou intensivos. Para esses, deveria estar presente em seus prontuários, o plano de cuidados realizado pelo enfermeiro. Todavia, os resultados de não conformidade para este indicador sugere uma falha importante na assistência de enfermagem, pois muitos prontuários avaliados não continham a prescrição de enfermagem.

Na prática clínica da instituição, os enfermeiros escalados dividem suas tarefas nos três turnos de trabalho, de modo que cada um se responsabiliza pela Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) de determinados pacientes do setor. Durante o período de coleta de dados, notou-se uma predominância das prescrições de enfermagem realizadas somente pela enfermeira do turno matutino. Verifica-se um quantitativo maior de profissionais da equipe de enfermagem nesse turno, em decorrência de uma centralidade de procedimentos técnicos serem realizados nesse horário, como cuidados de higiene, banho e curativos, coleta de exames, entre outros.

Observou-se, ainda, que os enfermeiros coordenadores e assistenciais solicitavam auxílio dos enfermeiros beira-leito para realização do diagnóstico e prescrição de enfermagem, fato este talvez relacionado às dificuldades para elaboração de plano de cuidados que atendessem às 24 horas de assistência.

A inexistência da elaboração do diagnóstico e plano de cuidados pelo enfermeiro, não impede que os cuidados sejam realizados pela equipe. Todavia, a ausência de checagem do procedimento executado impossibilita a garantia de sua realização, uma vez que o registro do cuidado permite o oferecimento de uma assistência integral à saúde do paciente, pois cada indivíduo deve ter um cuidado prescrito específico, já que apresentam características distintas uns dos outros.

Guedes, Trevisan e Stancato (2013) utilizaram auditoria para avaliar as prescrições de enfermagem existentes em prontuários de pacientes politraumatizados hospitalizados em uma unidade de internação de um hospital público e universitário do interior paulista, identificando que, oito prontuários em dez, não apresentaram prescrição de enfermagem diária.

Versa et al. (2012) notaram uma prevalência de cuidados inadequados prescritos pelos enfermeiros em dois hospitais de ensino públicos. Observaram ainda que dos 1307 prontuários analisados, 18 (1,37%) não apresentavam a elaboração do plano de cuidados.

Sentone et al. (2011), em análise da qualidade das prescrições de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva neonatal de um hospital universitário, encontrou valores insatisfatórios no que tange à completude da prescrição de enfermagem para todos os itens de verificação.

Vale salientar a necessidade de se sensibilizar os enfermeiros quanto a importância da SAE tanto para o paciente quanto para a equipe, bem como possibilita uma valorização do trabalho à medida que dá visibilidade às diferentes ações realizadas pela enfermagem no contexto da assistência. Certamente, capacitar os profissionais de enfermagem para o cumprimento e registro do plano de cuidados de forma adequada torna-se um desafio.

A presença de enfermeiro na instituição deve estar atrelada à presença da SAE, visando coordenar as ações relacionadas ao cuidar como processo cooperativo, para determinar o ritmo e as tarefas para cada um da equipe, por meio da prescrição de enfermagem, considerando os registros como instrumento importante para a avaliação do cuidado (BLANK; SANCHES; LEOPARDI, 2013).

5.11 Comparativo dos pacientes conforme seu grau de complexidade da assistência e percentual de positividade

Com objetivo de confirmar nossa hipótese de que pacientes classificados com um perfil assistencial de maior complexidade, ou seja, aqueles que demandavam maior tempo de assistência apresentariam um maior índice de conformidade quanto a assistência recebida, buscou-se verificar a relação entre essas variáveis nas Unidades de Clínica Médica e Unidade de Clínica Cirúrgica.

Os resultados demonstraram que, independentemente da classificação dos pacientes, a qualidade da assistência de enfermagem é a mesma, ou seja, pacientes categorizados como cuidados mínimos recebem o mesmo tipo de assistência dos pacientes com maior necessidade de cuidados, não havendo uma priorização da assistência a esses pacientes.

Os indicadores de qualidade classificados como insuficientes demonstram uma realidade institucional, na qual a equipe de enfermagem exerce as mesmas atividades e do mesmo modo, para os diversos tipos de pacientes.

Estudo que avaliou a qualidade do procedimento curativo, segundo o grau de dependência do paciente em uma unidade médico-cirúrgica de um hospital universitário no estado do Paraná, constatou que a positividade esteve aquém do esperado em alguns dos itens avaliados. Verificou-se que os curativos realizados em pacientes classificados nos graus III e IV, ou seja, com maior índice de dependência, tiveram índices totais de positividade satisfatórios, uma vez que atingiram valores superiores a 70%, enquanto aqueles realizados em pacientes nos graus I e II mostraram índices abaixo do esperado (NONINO; ANSELM; DALMAS, 2008).

Gvozdt et al. (2012) categorizaram os pacientes atendidos em uma unidade de internação de um hospital terciário quanto à complexidade assistencial e grau de dependência. E identificaram uma assistência de enfermagem que ficou a desejar aos 17,3% de pacientes classificados na categoria de cuidados intensivos. Os autores afirmaram que para acompanhar

a qualidade da assistência destes pacientes, faz-se necessário o uso de instrumentos, reforçando ainda mais a necessidade de avaliação.

A enfermagem tem sentido a primordialidade de classificar o grau de dependência dos pacientes, buscando uma assistência individualizada, integral e sistematizada, além de prever o quantitativo e qualitativo dos profissionais de enfermagem (RUFINO et al., 2015). Os cuidados de enfermagem adequados ao grau de dependência permitem que o enfermeiro estabeleça as prioridades de atendimento, distribua o trabalho pela equipe, proporcionando condições para um atendimento de qualidade (ALVES et al., 2011).

O SCP constitui-se em um instrumento valioso, porquanto possibilita categorizar pacientes de acordo com a quantidade de cuidado de enfermagem requerida, ou seja, de acordo com a complexidade assistencial. Assim sendo, o instrumento subsidia melhoria da qualidade da assistência oferecida, mostrando-se capaz de prever as necessidades de cuidado individualizado, auxiliando no gerenciamento, garante a segurança nos cuidados prestados, bem como avalia continuamente os recursos humanos disponíveis além da carga horária atribuída a cada profissional (GUEDES et al., 2016).

A justificativa dos enfermeiros de um número reduzido de funcionários da unidade ou de tempo escasso para assistência e mesmo para orientações mais frequentes aos funcionários exigindo múltiplos afazeres não pode ser aceita, frente ao impacto que se verifica na segurança e qualidade do cuidado diante da ocorrência de eventos adversos ou não conformidades dos processos assistenciais.

Dessa maneira, torna-se relevante refletir, que apesar de muitos hospitais apresentarem programas de qualidade já instituídos, ainda assim é necessário avaliar constantemente a assistência oferecida. Muitos fatores estão envolvidos na dinâmica das instituições, refletindo-se nos processos hospitalares, tais como a rotatividade dos pacientes, a infraestrutura oferecida, a educação continuada realizada, a supervisão contínua dos procedimentos ofertados, a gerência hospitalar focada em ações de segurança, além da admissão de novos profissionais, que certamente exercerão influência nos resultados apresentados pela mesma.

As ações de melhoria nas organizações têm como premissa garantir a segurança da assistência ao paciente. O monitoramento por meio de processos avaliativos e indicadores assistenciais retratam os resultados dos processos implementados e as necessidades de intervenções, por meio das não conformidades identificadas.

Finalmente, as atuações voltadas para a saúde, desenvolvidas no âmbito hospitalar, são provenientes da junção e interdependência de profissionais distintos, com diferentes graus de

qualificação profissional, ânimo, motivação e interesses. A enfermagem, neste ambiente, dada a sua proximidade e a diversificação de ações realizadas com os pacientes de forma direta, constante e ininterrupta, torna-se também responsável no resultado final do processo de atenção à saúde dos pacientes que consequentemente deve garantir uma assistência segura e eficaz (NONINO, 2006).

6 CONCLUSÃO

A análise dos dados, realizada em uma amostra de 185 pacientes, totalizando 650 observações, em janeiro de 2017, na Unidade de Clínica Cirúrgica (UCC) e na Unidade de Clínica Médica (UCM) de uma instituição hospitalar em Minas Gerais, permitiu:

- Caracterizar o perfil do paciente hospitalizado nas UCC e UCM, com predomínio de internações do sexo masculino em ambas as clínicas (53 e 60%) e idade média dos pacientes de 52 anos na UCC e 63 anos na UCM.
- Identificar e analisar o perfil assistencial dos pacientes por meio do Sistema de Classificação de Pacientes de Perroca, obtendo-se na UCM 58% dos pacientes categorizados em cuidados mínimos, 30% em cuidados intermediários, 12% em cuidados semi-intensivos. Na UCC, foram encontrados 82 % de pacientes com cuidados mínimos e 18% com cuidados intermediários.
- Desenvolver um instrumento específico para coleta de dados a partir da revisão feita pelos enfermeiros responsáveis técnicos do serviço de enfermagem da instituição pesquisada do instrumento de Registro de Busca Ativa, desenvolvido e validado por Vituri (2013), o qual foi denominado de Registro de Busca Ativa adaptado.
- Avaliar a qualidade da assistência de enfermagem, por meio do Instrumento de Registro de Busca Ativa Adaptado, que contemplou 14 indicadores de qualidade, e evidenciou, conforme o percentual de positividade, que na UCC, 7 indicadores foram classificados como insuficientes, 3 como desejáveis, 3 adequados e 1 seguro. Na UCM, os mesmos 7 indicadores foram identificados como insuficientes, 4 como desejáveis e 3 adequados. No conjunto da avaliação, a assistência de enfermagem prestada obteve um percentual que a classifica como insuficiente nas duas unidades de internações, com valores de 58% na UCC e 55% na UCM.
- Relacionar o percentual de positividade e o perfil assistencial dos pacientes internados, constatando-se que não houve diferença na qualidade assistencial oferecida, independentemente da categoria de cuidados na qual os pacientes sejam classificados.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No cenário mundial, o desafio de melhorar a segurança e a qualidade da assistência prestada aos pacientes nos serviços de saúde não é um fato novo, mas tem sido tratado como um tema prioritário. Identifica-se uma busca contínua por parte das organizações de saúde de estratégias para garantir um atendimento seguro e livre de danos, resultantes de não conformidades. Entretanto, publicações ressaltam que os resultados alcançados nas instituições de saúde são influenciados diretamente pela cultura e gestão organizacional.

O conceito de qualidade em saúde é complexo e dinâmico e para que um serviço tenha garantia de qualidade, ele deverá estar conectado a outros serviços, numa rede de interligação que permita um funcionamento harmônico e integrado. Assim, o processo de avaliação não ocorre isoladamente em um setor, mas no todo da instituição.

Além disso, torna-se importante adotar processos avaliativos que considerem as necessidades e expectativas não só dos usuários dos serviços de saúde, mas de familiares e dos profissionais.

As ações de enfermagem contribuem de maneira expressiva para a qualidade dos processos assistenciais, impactando nos resultados obtidos, o que justifica a necessidade de investigações sobre as mesmas no contexto da avaliação de qualidade das instituições de saúde.

Avaliar a assistência de enfermagem recebida pelos pacientes possibilita conhecer o desempenho técnico e relacional dos profissionais bem como os conhecimentos e habilidades apresentados no desenvolvimento das práticas assistenciais, identificando as potencialidades e fragilidades nos processos. Para tanto, a adoção de indicadores assistenciais pode auxiliar o processo de gestão e gerenciamento do serviço de enfermagem.

A relação entre os indicadores de qualidade da assistência de enfermagem e o perfil assistencial de pacientes hospitalizados, bem como o tamanho da amostra, além do método de avaliação utilizado, constitui um diferencial deste estudo. A técnica de observação com base em um *check list* de fácil aplicabilidade pode se constituir em uma ferramenta valiosa para pesquisas com esse desenho.

Importante, entretanto, observar que muitos instrumentos de avaliação apresentam apenas duas opções de resposta, como no caso do utilizado nessa pesquisa, o que não possibilita uma alternativa de atendimento parcial do quesito, embora se deva refletir que

quando o assunto é qualidade, não é possível existir um meio-termo. Certamente isso influenciará o escore final de avaliação das boas práticas no atendimento.

Os resultados encontrados implicam diretamente na qualidade da assistência de enfermagem ofertada pela instituição pesquisada principalmente se considerarmos que, nos últimos anos, muitos investimentos foram e estão sendo feitos em processos de melhoria da qualidade como processos de acreditação hospitalar, mas poderão subsidiar uma análise mais consistente sobre os processos de trabalho.

Alguns fatores podem ser associados a esse cenário que merecem uma investigação mais apurada por parte dos gestores de enfermagem tais como adequação do número de profissionais; existência de programas de capacitação permanentes da equipe; atualização de protocolos e *guidelines*; supervisão efetiva; dificuldades de incorporação de novas práticas; valorização da sistematização da assistência, entre outros.

Esta pesquisa pretende contribuir para desencadear discussões articuladas e aprofundadas sobre a instituição em estudo, visando sua melhoria contínua, com vistas a promover seu aperfeiçoamento assistencial e gerencial com uma reflexão mais crítica e compartilhada, considerando-se tratar-se de uma instituição de referência no cenário regional de saúde.

REFERÊNCIAS

ABDUL-HAK, C. K.; BARROS, A. F. The incidence of phlebitis in a Medical Clinical Unit. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, v. 23, n.3, p. 633-638, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014000900013>>. Acesso em: 10 mai. 2017.

ABREU, C. et al. Falls in hospital settings: a longitudinal study. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 597-603, may-june, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/a23v20n3.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2017.

ADAIR, J. G. The Hawthorne effect: A reconsideration of the methodological artifact. **Journal of Applied Psychology**, v. 69, n. 2, p. 334-345, 1984. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1037/0021-9010.69.2.334>>. Acesso em: 15 abr. 2017.

ALVES, M. V. M. F. F. et al. Avaliação do grau de dependência de pacientes em enfermagem de ortopedia de um hospital escola. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 612-619, out-dez, 2011. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n4/v13n4a04.htm>>. Acesso em: 11 mai. 2017.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar** - Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). 4. ed. Rio de Janeiro: ANS, 2011. Disponível em: http://http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/manual_promoprev_web.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2017.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Acreditação: a busca pela qualidade nos serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 2, p. 335-336, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n2/19800.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2016.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde**. Brasília, 2017. 201 p. (Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde). Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271855/Medidas+de+Preven%C3%A7%C3%A3o+de+Infec%C3%A7%C3%A3o+Relacionada+%C3%A0+Assist%C3%Aancia+%C3%A0+Sa%C3%BAde/6b16dab3-6d0c-4399-9d84-141d2e81c809>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Segurança do paciente e qualidade em Serviços de Saúde**. Boletim Informativo Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde, v. 1, n. 1, jan-jul, 2011. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/272031/Boletim+Seguran%C3%A7a+do+Paciente+e+Qualidade+em+Servi%C3%A7os+de+Sa%C3%BAde+n%C2%BA+01+Jan-Jul+de+2011/aa36fe6e-f5d5-46ae-9eb6-e93af520fafa>>. Acesso em: 07 jul. 2016.

ARAÚJO, M. T. et al. Dimensionamento de pessoal de enfermagem de uma unidade de clínica médica. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 6, n. 2, p. 2223-2234, mai-ago, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.19175/recom.v6i2.971>>. Acesso em: 20 mai. 2017.

BAILER, C., TOMITCH, L. M. B.; D'ELY, R. C. S. Planejamento como processo dinâmico: a importância do estudo piloto para uma pesquisa experimental em linguística aplicada.

Revista Intercâmbio, São Paulo, v. 24, p.129-146, 2011. Disponível em: < <https://revistas.pucsp.br/index.php/intercambio/article/download/10118/7606>>. Acesso em: 20 maio. 2017.

BLANK, C. Y.; SANCHES, E. N.; LEOPARDI, M. T. A prática do enfermeiro auditor hospitalar na região do Vale do Itajaí. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 233-242, jan-mar, 2013. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i1.15082>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

BONATO, V.L. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 35, n. 5, p. 319-331, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/gestao_qualidade_saude_melhorando_assistencia_cliente.pdf>. Acesso em: 22 jun, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf>. Acesso em: 05 mai. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Guia metodológico de avaliação e definição de indicadores: doenças crônicas não transmissíveis e Rede Carmen**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: < http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/guia_rede_carmen.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde do homem**. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_homem.pdf>. Acesso em: 06 jul. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529 de 1º de abril de 2013**. Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html> Acesso em 01 mar, 2015.

BRITO, A. P.; GUIRARDELLO, E. B. Nível de complexidade assistencial dos pacientes em uma unidade de internação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 1, p. 92-96, jan-fev, 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/13.pdf>>. Acesso em: 12 mai. 2017.

CALDANA, G. et al. Avaliação da qualidade de cuidados de enfermagem em hospital privado. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 915-922, out/dez, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i4.19655>>. Acesso em: 15 jun. 2016.

CALDANA G. et al. Indicadores de desempenho em serviço de enfermagem hospitalar: revisão integrativa. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 12, n. 1, p.

189-197, jan-mar, 2011. Disponível em: <
http://www.revistarene.ufc.br/vol12n1_pdf/a25v12n1.pdf>. Acesso em: 02 mar, 2017.

CALORI, M. A. O.; PELATIERI, P. C. Cuidados no domicilio com cateter vesical de demora. **Revista Saúde em Foco**, ed. 07, 2015. Disponível em: <
http://www.unifia.edu.br/revista_eletronica/revistas/saude_foco/artigos/ano2015/cuid_domicio_cateter.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2017.

CAMPBELL, S. M. et al. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. **BMJ Journals**, v. 326, n. 7393, p. 816-819, apr, 2003. Disponível em: <
<https://doi.org/10.1136/bmj.326.7393.816>>. Acesso em: 10 mai. 2017.

CASAROLLI, A C. G. ; NICOLA, A. L.; EBERHARDT, T. D. Nível de complexidade assistencial e dimensionamento de enfermagem no pronto-socorro de um hospital público. **Revista de enfermagem da UFSM**, v. 5, n. 2, p. 278-285, abr-jun, 2015. Disponível em: <
<https://periodicos.ufsm.br/index.php/reufsm/article/view/16811/pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2017.

CAVALCANTE M. L. S. N. et al. Indicators of health and safety among institutionalized older adults. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n.4, p. 600-606, 2016. Disponível em: <
http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n4/pt_0080-6234-reeusp-50-04-0602.pdf>. Acesso em: 05 mai. 2017.

CASTRO V. C. et al. Perfil de internações hospitalares de idosos no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 14, n. 4, p. 791-800, 2013. Disponível em: <
<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/1269/pdf>>. Acesso em: 13 jun. 2017.

CDC. Center for Disease Control and Prevention. **Guideline for Prevention of Catheter-Associated Urinary**. Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). Tract Infections. 2009. Disponível em: <
<https://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/guidelines/cauti-guidelines.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2017.

CHAVES N. M. O.; MORAES, C. L. K. Controle de infecção em Cateterismo Vesical de Demora em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 5, n. 2, p. 1650-1665, mai-ago, 2015. Disponível em: <
<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/773>>. Acesso em: 13 jun. 2017.

CHIANCA, C. M. et al. Avaliação da gravidade de pacientes internados em clínicas de um hospital. **Revista Ciencia y Enfermería**, v. 21, n. 3, p. 11-21, dez, 2015. Disponível em: <
http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071795532015000300002&script=sci_abstract&tlng=e>. Acesso em: 14 jun. 2017.

CINTRA, E. A. et al. Use of quality indicators for evaluation of nursing care: nurses' opinions. **Journal of the Health Sciences Institute**, v. 28, n. 1, p. 29-34, 2010. Disponível em: <
https://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2010/01_jan-mar/V28_n1_2010_p29-34.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Guia de recomendações para Registro de enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem**. Brasília: COFEN, 2015. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/08/Guia-de-Recomenda%C3%A7%C3%B5es-CTLN-Vers%C3%A3o-Web.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 358 de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. **Diário Oficial da União**. 15 out. 2009. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 17 mai. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 429, de 30 de maio de 2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico. **Diário Oficial da União**. 08 jun. 2012. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/Res_429_2012_pag2.pdf>. Acesso em: 16 mai. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 0450, de 11 de dezembro de 2013. Normatiza o procedimento de Sondagem Vesical no âmbito do Sistema COFEN/ Conselhos Regionais de Enfermagem. Parecer normativo. 2013. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04502013-4_23266.html>. Acesso em: 17 jun, 2017.

CQH. **Compromisso com a Qualidade Hospitalar**. Manual de Indicadores de Enfermagem. Núcleo de Apoio à Gestão Hospitalar. 2. ed. São Paulo: APM/ CREMESP, 2012. 60 p. Disponível em: <http://www.cqh.org.br/portal/pag/doc.php?p_ndoc=125>. Acesso em: 13 mar, 2017.

DONABEDIAN, A. et al. The role of outcomes in quality assessment and assurance. **QRB - Quality Review Bulletin**., v.18, n. 11, p. 356-60, nov., 1992. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S0097-5990\(16\)30560-7](https://doi.org/10.1016/S0097-5990(16)30560-7)>. Acesso em: 12 mai. 2016.

DONABEDIAN, A. **La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación**. Tradução Carolina Amor de Fournier. México: La Prensa Médica Mexicana, 1984.

ENES, S. M. S. et al. Phlebitis associated with peripheral intravenous catheters in adults admitted to hospital in the Western Brazilian Amazon. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 263-271, abr., 2016. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000200012>>. Acessos em: 28 maio. 2017.

FAPESP. Fundação de Amparo à Pesquisa de São Paulo. **Manual de Avaliação da qualidade de práticas de controle de infecção hospitalar**. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Divisão de Infecção Hospitalar. São Paulo, 2006. Disponível em: <<http://www.osteos.com.br/arquivos/manuais/avalicao-qualidade-praticas-controle-infeccao-hospitalar.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2017.

FAQUIM, A. C. M. **Qualidade do cuidado e contexto de trabalho do profissional de enfermagem em um hospital oncológico**. 2014. 98f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2014. Disponível em: <<http://bdtd.uftm.edu.br/handle/tede/273>>. Acesso em: 15 mai. 2017.

FERNANDES M. C. et al. Facilities managers and difficulties of nurses in the implementation of environmental management of care hospital. **Journal of Research Fundamental Care Online**, v. 8, n. 4, p. 5039-5044, out-dez, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i4.5039-5044>>. Acesso em: 12 mai. 2017.

FIGUEIREDO NETO, M. V.; SOUSA, R. M. C. Sistemas de Gestão da Qualidade: as perspectivas normativas e os sistemas de auditoria. **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, v. 8, n. 81, out, 2010. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=8495&revista_caderno=27>. Acesso em: 19 jul. 2017.

FREITAS, J. S. et al. Qualidade dos cuidados de enfermagem e satisfação do paciente atendido em um hospital de ensino. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 3, p. 454-60, mai-jun, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/pt_0104-1169-rlae-22-03-00454.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2017.

FUGULIN, F. M. T.; GAIDZINSKI, R. R.; KURCGANT, P. Sistema de classificação de pacientes: identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do hucusp1. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 72-78, jan-fev, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000100012>. Acesso em: 28 abr. 2017.

FUGULIN F.M.T. **Parâmetros oficiais para o dimensionamento de profissionais de enfermagem em instituições hospitalares**: análise da Resolução COFEN nº 293/04. 2010. 170 f. Tese (Livre docência). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

GEREMIA, D. S.; COSTA, L. D. Auditoria da qualidade dos registros de enfermagem em uma unidade de internação clínica hospitalar. **Revista de Administração em Saúde**, v. 14, n. 54, abr-jun, 2012. Disponível em: <http://www.cqh.org.br/portal/pag/anexos/baixar.php?p_ndoc=276&p_nanexo=310>. Acesso em: 06 ago. 2017.

GUEDES et al. Sistema de Classificação de Pacientes: identificação da complexidade assistencial de pacientes em diferentes clínicas de internação. **Revista Científica Vozes dos Vales-UFVJM**, n. 9, 2016. Disponível em: <<http://site.ufvjm.edu.br/revistamultidisciplinar/files/2016/06/Liliane.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2017.

GUEDES G. G.; TREVISAN D. D.; STANCATO K. Auditoria de prescrições de enfermagem de um hospital de ensino paulista: avaliação da qualidade da assistência. **Revista de Administração em Saúde**, v. 15, n. 59, abr-jun, 2013. Disponível em: <http://www.cqh.org.br/portal/pag/doc.php?p_ndoc=689>. Acesso em: 26 jun, 2017.

GVOZD, R. et al. Grau de dependência de cuidado: pacientes internados em hospital de alta complexidade. **Revista de Enfermagem Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 775-780, dez, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452012000400019>>. Acesso em: 29 jul, 2017.

HOFFMEISTER, L. V.; MOURA, G. M. S. Use of identification wristbands among patients receiving inpatient treatment in a teaching hospital. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 1, p. 36-43, feb, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0144.2522>>. Acesso em: 29 mai. 2017.

HORTA W. A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU; 1979.

HO, K. H. M.; CHEUNG, D. S.K. Guidelines on timing in replacing peripheral intravenous catheters. **Journal of Clinical Nursing**, v.21, n. 11-12, p. 1499-1506, 2012. Disponível em: <http://10.1111/j.1365-2702.2011.03974.x>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

INFUSION NURSES SOCIETY. Infusion Nursing standards of practice. **Journal of Infusion Nurses**, Hagerstown, v. 29, n.1, p. S1-S92, 2006. Supplemnet.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. **Dotações seguras salvam vidas**. Genebra, 2006.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. **The international essentials of health care quality and patient safety**. A division of Joint Commission Resources. 2010. Disponível em: [http://www.mtpinnacle.com/pdfs/international-essentials\(1\).pdf](http://www.mtpinnacle.com/pdfs/international-essentials(1).pdf) >. Acesso em: 25 fev. 2017.

LAUS, A. M. **Aplicação do método “Indicadores de carga de trabalho na determinação de necessidades de pessoal de enfermagem” no Brasil**. Ribeirão Preto, 148f. Tese (Livre Docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2014.

LAUS, A. M. **Dimensionamento de pessoal de enfermagem para unidades médicas e cirúrgicas do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP**. 2003. 212 f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

LENZ L. L. Cateterismo vesical: cuidados, complicações e medidas preventivas. **Revista Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 35, n. 1, 2006. Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/361.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2017.

LUZ A.; MARTINS A. P.; DYNEWICZ A. M. Características de anotações de enfermagem encontradas em auditoria. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 344-361, 2007. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a05.htm>>. Acesso em: 30 jun.2017.

MACKEY, A.; GASS, S. Common data collection measures. In: _____. Second language research: methodology and design. Mahwah: Lawrence Erlbaum, 2005. p. 43-99.

MAGALHÃES J.; SILVA, R. L. Percepção do cenário atual da saúde do homem: dificuldades encontradas por indivíduos masculinos em monitoramento contínuo de pressão

arterial e diabetes na procura por assistência de saúde em Cáceres-MT. **Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina**, n. 3, p. 39-56, jan-jul, 2015. Disponível em: <<http://periodicos.unemat.br/index.php/revistamedicina/article/view/426>>. Acesso em: 30 jun. 2017.

MATA, L. R. F.; FERREIRA T. C.; CARVALHO E. C. Nursing actions in the perioperative period and in preparing prostatectomy patients for discharge. **Investigación y Educación en Enfermería**, v. 31, n. 3, p. 406-413, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012053072013000300008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 jun. 2016.

MAYA, C. M.; SIMÕES, A. L. A. Implicações do dimensionamento do pessoal de enfermagem no desempenho das competências do profissional enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 5, p. 898-904, set-out, 2011. Disponível em: <<http://oaji.net/articles/2015/672-1437163006.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2017.

MEIRELES, V. C. C. et al. Avaliação da qualidade do cuidado relacionado ao acesso venoso periférico. In: VII ENCONTRO INTERNACIONAL DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA CESUMAR 2011, Maringá. **Anais Eletrônico**. Maringá: CESUMAR, 2011. Disponível em: <http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2011/anais/viviani_camboin_meireles.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2017.

MENEZES, P. I. F. B.; D'INNOCENZO, M. Dificuldades vivenciadas pelo enfermeiro na utilização de indicadores de processos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 4, p. 571-577, ago, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000400016>>. Acesso em: 10 mai. 2016.

MERCEZ, C. M. et al. A prática do enfermeiro na inserção do cateter de Foley em pacientes de unidade de terapia intensiva: limites e possibilidades. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 3, n. 2, abr-jun, 2013. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/download/3157/2785>>. Acesso em: 30 jun. 2017.

MOTA, M. M. P. E. Metodologia de Pesquisa em Desenvolvimento Humano: Velhas Questões Revisitadas. **Psicologia em Pesquisa**, v. 4, n. 2, p. 144-149, jul-dez, 2010. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psipesq/v4n2/v4n2a07.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2017.

MOTA, E. C. et al. Infecção do trato urinário em pacientes internados em clínica médica de um hospital universitário. **Revista Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência e Tecnologia**, v. 5, n. 1, p. 69-75, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.22239/2317-269X.00782>>. Acesso em: 25 jun. 2017.

MOZACHI, N. et al. Sonda nasogástrica e retal. In: SOUZA, V. H. S.; MOZACHI, N. *Hospital: manual do ambiente hospitalar*, cap. 17, p. 206-209, 2005. Disponível em: <http://www.manualreal.com.br/Arquivos/ManualReal_Capitulo_17.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2016.

MURASSAKI, A. C. Y. et al. Avaliação de cuidados na terapia intravenosa. **Revista de Enfermagem Escola Anna Nery**, v. 17, n. 1, p. 11-16, jan-mar, 2013. Disponível em: <http://eean.edu.br/detalhe_artigo.asp?id=831>. Acesso em: 25 jun. 2017.

NOGUEIRA, T. A. **Correlação da carga de trabalho de enfermagem e indicadores assistenciais em unidade de terapia assistencial**. 2015. 98 f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

NONINO, E. A. P. M. **Avaliação da qualidade dos procedimentos de enfermagem – banho e curativo – segundo o grau de dependência assistencial dos pacientes internados em um hospital universitário**. 2006. 242 f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2006.

NONINO, E. A. P. M.; ANSELM, M. L.; DALMAS, J. C. Avaliação da qualidade do procedimento curativo em pacientes internados em um hospital universitário. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 1, p. 57-63, fev, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000100010>>. Acesso em: 29 jul. 2017.

NOVAES, E. S.; TORRES, M. M; OLIVA, A. P. V. Diagnósticos de enfermagem em clínica cirúrgica. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 26-31, fev, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500006>>. Acesso em: 04 ago. 2017.

OLIVEIRA, R. P.; LAUS, A. L. Caracterização de pacientes de unidade de internação psiquiátrica, segundo grau de dependência do cuidado de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 5, p. 1164-1170, 2011. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a19.pdf>>. Acesso em: 29 jul. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório mundial da saúde. Genebra, 2000.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DA ACREDITAÇÃO. **Manual Brasileiro de Acreditação: Serviços para a Saúde - Selo de Qualificação ONA - Versão 2011**. São Paulo: ONA, 2011.

TRAVASSOS, C; CALDAS, B. **A qualidade do cuidado e a segurança do paciente: histórico e conceitos**. In: Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. (Série Segurança do Paciente e Qualidade em serviços de saúde). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 1. ed. Brasília, 2013. Disponível em: <http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/1AssistenciaSegura_umareflexãoteóricaaplicadaàprática.pdf>. Acesso em: 06 ago. 2017.

ORTIGOSA, E.R. La qualità nei servizie sanitari. In: ORTIGOSA, E.R. (Org.). **La valutazione di qualità nei servizie sanitari**. Milano: Angeli, 2000.

PERROCA, M. G. Desenvolvimento e validação de conteúdo da nova versão de um instrumento para classificação de pacientes. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 58-66, fev, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000100009>>. Acesso em: 07 mai. 2016.

PERROCA, M. G.; GAIDZINSKI, R. R. Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 32, n. 2, p.

153-168, 1998. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/430.pdf>>. Acesso em: 17 jun, 2017.

PIMPÃO, F. D. et al. Percepção da equipe de enfermagem acerca da prescrição de enfermagem. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 9, n. 3, p. 510-517, jul-set, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v9i3.9>>. Acesso em: 17 jun. 2017.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. Tradução de Ana Thorell. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

QUADROS, D. V. et al. Analysis of managerial and healthcare indicators after nursing personnel upsizing. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 4, p. 638-643, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690410>>. Acesso em: 29 jul. 2017.

RAMOS, L. A. R.; CARVALHO, E. C.; CANINI, S. R. M. S. Opinião de auxiliares e técnicos de enfermagem sobre a sistematização da assistência de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n. 1, p. 39-44, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a05.htm>>. Acesso em: 30 jul. 2017.

ROSETTI K. A. G.; TRONCHIN D. M. R. Compliance of hand hygiene in maintaining the catheter for hemodialysis. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 6, p. 742-747, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680608i>>. Acesso em: 17 jun, 2017.

ROQUE, K. E.; MELO, E. C. P. Adaptação dos critérios de avaliação de eventos adversos a medicamentos para uso em um hospital público no Estado do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 13, n. 4, dez, 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2010000400006&lng=p&t&nrm=iso>. Acesso em 28 fev. 2016.

RONASSEIS, M. A. et al. Indicadores de qualidade da assistência: opinião de enfermeiros gerentes de hospitais de ensino. **Revista Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 4, p. 798-804, out-dez, 2015. Disponível em: <<http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/wp-content/uploads/sites/28/2016/10/41734-167252-1-PB.pdf>>. Acesso em 10 jun. 2017.

RUFINO, A. S. et al. Classificação de pacientes segundo o grau de dependência da equipe de enfermagem. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 4, n. 2, p. 5-19, ago-dez, 2015. Disponível em: <<http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1012/pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2017.

SAKAI, A. M. et al. Risco de queda do leito de pacientes adultos e medidas de prevenção. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 10, n. supl. 6, p. 4720-4726, dez, 2016. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/8200/pdf_1946>. Acesso em: 10 jun. 2017.

SANTOS, A. K. B.; SANTOS, W. L. **Atuação da enfermagem frente ao procedimento de Cateterismo Vesical de Demora**. Valparaíso: Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires, 2014. Disponível em: < <http://www.senaaires.com.br/wp-content/uploads/2017/05/ATUA%C3%87%C3%83O-DA-ENFERMAGEM-FRENTE-AO-PROCEDIMENTO-DE-CATETERISMO-VESICAL-DE-DEMORA.pdf>>. Acesso em 17 jul. 2017.

SENTONE, A. D. D. Avaliação da qualidade das prescrições de enfermagem. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 10, n. 3, p. 467-473, jul-set, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v10i3.11472>>. Acesso em: 17 jul. 2017.

SILVA, L. T. R. **Avaliação da qualidade da assistência à saúde quanto às medidas de prevenção e controle de pneumonia associada a ventilação mecânica**. 2010. 98 f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

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

SILVA K. S.; ECHER, I. C.; MAGALHÃES, A. M. M. Pacientes com dependência de cuidados de enfermagem. **Revista Escola Anna Nery**, v. 20, n. 3, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n3/1414-8145-ean-20-03-20160060.pdf>>. Acesso em: 17 jul. 2017.

SILVA, J. A. et al. Unidades semi-intensivas: qualidade das anotações de enfermagem. **Revista Escola Anna Nery**, v. 16, n. 3, p. 576-578, jul-set, 2012.

SILVEIRA, T. V. L. et al. The importance of using quality indicators in nursing care. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 36, n. 2, p. 82-88, jun, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.02.47702>>. Acesso em: 10 mai. 2016.

SOUZA, A. C. S. et al. Cateterismo urinário: conhecimento e adesão ao controle de infecção pelos profissionais de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 9, n. 3, p. 724-735, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a12.htm>>. Acesso em: 16 jun. 2017.

TASE, T. H. et al. Identificação do paciente nas organizações de saúde: uma reflexão emergente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, n. 2, p. 196-200, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000300025>>. Acesso em: 20 jul. 2017.

TEIXEIRA, C. C. et al. Aferição de sinais vitais: um indicador do cuidado seguro em idosos. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 4, out-dez, 2015. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201500003970014>>. Acesso em: 17 jun. 2017.

TERTULIANO, A. C. et al. Flebite em acessos venosos periféricos de pacientes de um hospital do vale do paraíba. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 334-33, abr/jun, 2014. Disponível em: < http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2010/anais/arquivos/RE_0159_0490_01.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2017.

TRES, J. L. C. O. et al. Qualidade da assistência e segurança do paciente: avaliação por indicadores. **Revista Cogitare Enfermagem**, v. 21 n. esp, p. 01-08, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i5.44938>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

TRINDADE, N. R. et al. Causes of hospital admission in adults from municipality of Legal Amazon, Brazil. **Journal Management & Primary Health Care**, v. 4, n. 2, p. 70-76, 2013. Disponível em: <<http://www.jmphc.com.br/saude-publica/index.php/jmphc/article/download/172/175>>. Acesso em: 11 jul. 2017.

VENTURI, K. K. **Qualidade do cuidado em UTI: relação entre o dimensionamento de pessoal de enfermagem e eventos adversos**. 2009. 175 f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2009

VERSA, G. L. G. S. et al. Avaliação da qualidade das prescrições de enfermagem em hospitais de ensino público. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 28-35, jun, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n2/06.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2017.

VITURI, D.W. **Avaliação como princípio de Gestão da Qualidade: testando a confiabilidade interavaliadores de indicadores de qualidade da assistência de enfermagem**. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

VITURI, D. W. et al. Indicadores de qualidade como estratégia para melhoria da qualidade do cuidado em um hospital universitário. **Revista Ciência, Cuidado & Saúde**, v. 9, n. 4, out-dez, p. 782-790, 2010. Disponível em: <<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/download/13829/7994>>. Acesso em: 20 mai. 2017.

VITURI, D.W.; MATSUDA, L. M. Validação de conteúdo de indicadores de qualidade para avaliação do cuidado de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 2, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/a24v43n2.pdf>>. Acesso em: 20 mai. 2017.

VITURI, DW. **Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliação da qualidade do cuidado de enfermagem, Maringá-PR**. Dissertação (Mestrado). Maringá: Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2007.

World Health Organization. Quality of care : a process for making strategic choices in health systems. Geneva: **World Health Organization**, 2006. Disponível em: <http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Autorização do Instrumento

Re: Solicitação para uso do instrumento de Registro de Busca Ativa

Dagmar Willamowius Vituri

qua 29/03, 08:42

Você ✕

Responder | v

Bom dia Natassia, certamente autorizo você a utilizar o instrumentos desenvolvido e validado em minha Dissertação de Mestrado e Tese de Doutorado, intitulado Registro de Busca Ativa, em seu estudo de Mestrado. Será uma honra poder contribuir de alguma forma no desenvolvimento do seu estudo e, sendo assim, me coloco á disposição para o esclarecimento de dúvidas que possam surgir. Um grande abraço e sucesso!

Dagmar W. Vituri

dagvituri@gmail.com

Enfa. Dra. do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina - Pr

Em 28 de março de 2017 17:39, Natassia Lopes <natassiacl@hotmail.com> escreveu:

Boa tarde Dagmar,

Gostaria de solicitar sua autorização para utilização do Registro de Busca Ativa em minha pesquisa para dissertação do Mestrado Profissional.

OBS: Já havíamos conversado anteriormente por telefone onde você havia me autorizado utilizar, entretanto gostaria de ter a autorização registrada por e-mail.

Aguardo retorno.

Att.

Natássia

APÊNDICE B – Registro de Busca Ativa adaptado

Iniciais do paciente: _____ Nº enf./leito: _____ Turno: _____ Data: _____
 Nº Prontuário: _____ Clínica: _____ Idade: _____ Sexo: _____ Avaliador: _____

1 – IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Adequado _____ Inadequado _____

O paciente internado deve estar identificado na pulseira de identificação contendo dados pessoais e no leito de forma legível e visível contendo as seguintes informações: número da enfermaria, nome do paciente e data de nascimento.

2 – IDENTIFICAÇÃO DE RISCO PARA QUEDA DO LEITO

Adequado _____ Inadequado _____

São considerados pacientes de alto risco para quedas: idosos (acima de 65 anos), pós-operatório imediato, distúrbios mentais e psiquiátricos, crianças abaixo de oito anos e pacientes com score de Morse maior ou igual a 45. O paciente nesta condição deve permanecer no leito com grade lateral elevada, a menos que esteja na presença de um acompanhante.

ITENS DE AVALIAÇÃO	Variáveis	Pontos	Score	ITENS DE AVALIAÇÃO	Variáveis	Pontos	Score
1. História de Quedas nos últimos três meses	Sim	25		4. Conectado algum aparelho/ infusão endovenosa	Sim	20	
	Não	0			Não	0	
2. Diagnóstico Secundário (comorbidade)	Sim	15		5. Marcha	Normal/ Acamado/Cadeira de rodas	0	
	Não	0			Lenta/Fraca	10	
3. Ajuda na Mobilização	Acamado/ Repouso no leito/ Enfermagem	0			Alterada/ Cambaleante	20	
	Bengala/Muletas/Andador	15		6. Estado Mental	Orientado	0	
	Equipamento/ Mobiliário como suporte	30			Desorientado/ Confuso	15	
NÍVEL DE RISCO		SCORE		AÇÃO			
BAIXO RISCO		0-24		Precauções Universais			
MODERADO RISCO		25-44		Precauções Padrão			
ALTO RISCO		> 45		Intervenções para Prevenção			

3 – IDENTIFICAÇÃO DE ACESSOS VENOSOS PERIFÉRICOS

Adequado _____ Inadequado _____

Os acessos venosos periféricos devem estar identificados com uma pequena tira de esparadrapo ou similar, com letra legível e conter as seguintes informações: data e hora da punção e nome do funcionário responsável. Considera-se que em adultos o acesso venoso periférico por dispositivo agulhado para infusão de medicações deve ser trocado entre 72 e 96 horas ou, na existência de qualquer sinal de infecção (flebite). Em se tratando de criança não substituir o cateter a menos que clinicamente indicado. Avaliar somente os acessos puncionados nesta unidade.

4 – VERIFICAÇÃO DE LESÕES CUTÂNEAS PÓS INFILTRATIVAS

Adequado _____ Inadequado _____

Os pacientes internados, que estiverem fazendo uso de infusão venosa, ou que o fizeram, porém estão sem acesso venoso há menos de 24 horas, não deveriam apresentar lesões cutâneas do tipo hematomas, flebites, infiltrações (soromas) e/ou áreas de necrose associadas à punção venosa para infusão de soro e/ou medicações.

5 – IDENTIFICAÇÃO DE EQUIPOS PARA INFUSÃO VENOSA

Adequado _____ Inadequado _____

Os equipos instalados em pacientes recebendo infusão venosa devem estar identificados com letra legível e conter as seguintes informações: data e hora da troca/instalação e nome do funcionário responsável. São considerados os seguintes prazos para a troca de equipos 72 horas - equipos macrogotas e microgotas, equipos de nutrição parenteral – 24 horas e equipos de para infusão de sangue e hemoderivados – a cada bolsa.

6 – IDENTIFICAÇÃO DE FRASCOS DE SORO

Adequado _____ Inadequado _____

Os frascos de soro de pacientes recebendo infusão venosa devem possuir rótulo de identificação e conter as seguintes informações: nome do paciente, data de nascimento e enfermaria; componentes da solução, volume, hora de início e hora de término previsto, nº de gotas e/ou mililitros por hora e assinatura do funcionário responsável. Soros para diluição de medicação não necessitam a determinação do volume/min ou gotas.

7 – IDENTIFICAÇÃO DE SONDAS GÁSTRICAS – ORO E NASOGÁSTRICAS PARA DRENAGEM

Adequado ____ Inadequado ____

As sondas nasogástricas e orogástricas, de PVC do tipo Levine, e nasoentéricas de silicone devem ser identificadas na fixação da sonda, com uma pequena tira de esparadrapo ou similar, com letra legível e conter as seguintes informações: data e hora da troca e nome do funcionário responsável.

8 – FIXAÇÃO DA Sonda Vesical de Demora

Adequado ____ Inadequado ____

Todos os pacientes submetidos à sondagem vesical de demora devem ser assistidos no sentido da prevenção e controle de ITU associada à presença do cateter vesical. Dentre as medidas de melhor evidência avaliar a fixação adequada para prevenir movimento e tração uretral (paciente do sexo masculino – região suprapúbica; paciente do sexo feminino – face interna da coxa).

9 – POSICIONAMENTO DA BOLSA COLETORA DE DIURESE DA Sonda Vesical de Demora

Adequado ____ Inadequado ____

Todos os pacientes submetidos à sondagem vesical de demora devem ser assistidos no sentido da prevenção e controle de ITU associada à presença do cateter vesical. Dentre as medidas de melhor evidência avaliar a garantia do fluxo livre de urina por meio da manutenção da bolsa abaixo do nível da bexiga.

10 – POSICIONAMENTO DO PROLONGAMENTO DE DRENAGEM DISTAL (SPIGOT) DA BOLSA COLETORA DE DIURESE

Adequado ____ Inadequado ____

Todos os pacientes submetidos à sondagem vesical de demora devem ser assistidos no sentido da prevenção e controle de ITU associada à presença do cateter vesical. Dentre as medidas de melhor evidência avaliar se o prolongamento de drenagem distal (spigot) da bolsa está protegido do contato com superfícies e ou o solo.

11 – CHECAGEM DOS PROCEDIMENTOS NA PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Adequado ____ Inadequado ____

Os horários dos cuidados na prescrição de enfermagem devem estar checados com um traço e nome do funcionário. Deve-se utilizar caneta azul no período diurno e caneta preta no período noturno. Os horários dos cuidados na prescrição de enfermagem que não forem realizados devem ser circulados. A justificativa deve ser registrada no espaço destinado às anotações de enfermagem.

12 – VERIFICAÇÃO DOS CONTROLES DE SINAIS VITAIS PRESCRITOS

Adequado ____ Inadequado ____

Os sinais vitais prescritos na prescrição de enfermagem devem ser registrados em espaço próprio, na frequência prescrita pelo médico e enfermeiro ou conforme protocolo da instituição (pelo menos uma vez no plantão). Caso o paciente esteja ausente na unidade no horário prescrito para a verificação de SSVV, este horário deve ser circulado e justificado na anotação de enfermagem. Considera-se a verificação de sinais vitais como sendo a verificação de Temperatura (T), Frequência Cardíaca (FC), Pressão Arterial (PA) e Frequência Respiratória (FR). A ausência do registro de qualquer sinal vital SSVV prescrito caracteriza uma verificação incompleta. A contagem se dá por horário prescrito. SSVV verificados além do prescrito devem ser computados.

13 – CHECAGEM DOS PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM NA PRESCRIÇÃO MÉDICA

Adequado ____ Inadequado ____

Os horários dos cuidados na prescrição médica devem estar checados com um traço e nome do funcionário. Deve-se utilizar caneta azul no período diurno e caneta preta no período noturno. Os horários dos cuidados na prescrição médica que não forem realizados devem ser circulados. A justificativa deve ser registrada no espaço destinado às anotações de enfermagem.

14 – ELABORAÇÃO DA PRESCRIÇÃO DIÁRIA E COMPLETA PELO ENFERMEIRO

Adequado ____ Inadequado ____

Todos pacientes internados na unidade que forem classificados conforme o Sistema de Classificação de Pacientes como Cuidados Intermediários, Semi-intensivos ou Intensivos devem possuir o impresso de prescrição de enfermagem diária. A prescrição dos cuidados de enfermagem deve ser elaborada exclusivamente pelo (a) enfermeiro (a) em atendimento às necessidades de cuidados do paciente, de forma individualizada, sujeita a mudanças correlacionadas com a mudança da prescrição médica e alterações no estado geral e exame físico do paciente. Verificar se o impresso existe e se indica o grau de dependência e se este é adequado, cuidados imprescindíveis (dieta, banho, higiene oral, mudança de decúbito, etc.), cuidados especiais (curativos, sondas, drenos, aspiração, etc.), cuidados de pré e pós-operatório/exames, sinais e sintomas pertinentes, aprazamento correto, uso somente de abreviaturas padronizadas.

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.)

(Resolução. nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde)

Eu, _____, tendo sido convidado (a) a participar como voluntário (a) do estudo **“Avaliação da qualidade da assistência de enfermagem e perfil assistencial dos pacientes de um hospital acreditado de Minas Gerais”**, recebi da pesquisadora Natássia Carmo Lopes Queiroz Ferreira, aluna da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP/USP), no Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem com orientação da Profª Drª Ana Maria Laus, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

- Que o estudo se destina a avaliar a qualidade da assistência de enfermagem e o perfil assistencial dos pacientes de um hospital acreditado em Minas Gerais;
- Que a importância deste estudo está no fato de que a avaliação da qualidade da assistência de enfermagem pretende contribuir para o aprimoramento considerável da gestão em enfermagem e, conseqüentemente, a qualidade da assistência e a segurança dos pacientes.
- Que a pesquisa será realizada por meio da observação direta do paciente em seu leito de internação e de seu prontuário, onde o pesquisador irá preencher um Registro de Busca Ativa contendo frases afirmativas relacionadas a indicadores de qualidade referindo se o indicador prestado está adequado ou inadequado, onde evidencia a qualidade da assistência de enfermagem recebida.
- Que serão coletadas informações no prontuário do paciente, sendo que me foi solicitado autorização para esta coleta e a mesma foi autorizada por mim no período em que ocorrer a coleta de dados.
- Que o Registro será preenchido por meio da observação do paciente e de seu prontuário, durante 14 dias consecutivos ou no tempo em que estiver internado no setor durante a coleta de dados.
- Que toda pesquisa possui riscos e benefícios. Como risco, o paciente ou seu responsável pode- se constranger ao assinar o TCLE por ter receio de participar de uma pesquisa que envolve a qualidade da assistência de enfermagem por ele recebida ou ao ser observado durante a coleta de dados. Caso o paciente se sinta constrangido em participar da pesquisa juntos encontraremos uma maneira de solucionar o problema, além do que o paciente ou seu responsável poderá, a qualquer momento, desistir de participar da pesquisa, ficando isento de qualquer prejuízo durante sua internação; e se apresentar alguma dúvida sobre a pesquisa a mesma será solucionada imediatamente.
- Conforme a Resolução CNS 466/2012, Item IV.3-h, o participante de pesquisa tem direito à indenização caso ocorra dano decorrente de sua participação na pesquisa, por parte do pesquisador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa.

(Assinatura do(a) voluntário(a) ou responsável legal e número do RG)	(Assinatura do pesquisador responsável)

- Já os benefícios são: avaliar a qualidade da assistência de enfermagem prestada ao paciente além de identificar oportunidades de melhoria para a equipe e redução de danos ao paciente; favorecer a identificação de estratégias de prevenção de falhas na assistência relacionado à complexidade da assistência requerida por esses pacientes. Sendo assim, acredito que os benefícios são maiores que os riscos por estar participando da pesquisa.
- Que, sempre que desejar será fornecido esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.
- Que, a qualquer momento, eu poderei recusar a continuar participando do estudo e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo.
- Que as informações conseguidas através da minha participação não permitirão a identificação da minha pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita para fins de publicações para os profissionais estudiosos do assunto e mantendo sigilo.
- Que não terei despesa nem benefício financeiro na participação do estudo.
- Que qualquer dúvida que eu apresentar, eu poderei entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – CEP/EERP-USP (funcionamento em dias úteis, das 8h às 17h, pelo telefone: (16)3315-9197) ou com a própria pesquisadora. Esta pesquisa foi aprovada pelo CEP/EERP e CEP/Santa Casa na data de ____/____/____, através do protocolo nº _____, que tem a função de proteger eticamente o participante da pesquisa.
- Que receberei uma via deste termo de consentimento assinada pela pesquisadora.

Endereço do responsável pela pesquisa

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

Endereço: Av. Bandeirantes, 3900. Campus da USP

Bairro: /CEP/Cidade: Ribeirão Preto/SP

Telefones p/contato: (16) 3315-3394 / email: natassiac@usp.br

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:

Instituição proponente: Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP

Endereço: Av. Bandeirantes, 3900. Campus da USP/ Ribeirão Preto/SP

Telefone: (16)3315 – 9197

e/ou Instituição co-participante: Comitê de Ética em Pesquisa da UNEP/ Santa Casa de Misericórdia de Passos

Endereço: Rua Santa Casa, 164, bairro Santa Casa. Passos/MG

Telefone: (35) 3529-1006

(Assinatura do(a) voluntário(a) ou responsável legal e número do RG)	(Assinatura do pesquisador responsável)

ANEXOS

ANEXO A – Registro de Busca Ativa (VITURI, 2013)

REGISTRO DE BUSCA ATIVA

Nº enf./leito	Unidade	Turno	Data	Nº de ordem
Nº do Prontuário	Clinica	Idade	Sexo	Avaliador

1- IDENTIFICAÇÃO DO LEITO DO PACIENTE:							
O leito do paciente internado deve estar identificado de forma legível e visível contendo as seguintes informações: número da enfermaria, número do leito, nome do paciente e especialidade (clínica).							
ADEQUADO ()				INADEQUADO ()			
2- IDENTIFICAÇÃO DE RISCO PARA QUEDA DO LEITO:							
São considerados pacientes de alto risco para quedas: idosos (acima 65 anos) pós operatório imediato, distúrbios mentais e psiquiátricos, crianças abaixo de oito anos e pacientes com score de Morse maior ou igual a 45. O paciente nesta condição deve permanecer no leito com grade lateral elevada, a menos que esteja na presença de um acompanhante.							
ITENS DE AVALIAÇÃO	Variáveis	Pontos	Score	ITENS DE AVALIAÇÃO	Variáveis	Pontos	Score
1. História de Quedas nos últimos três meses	Sim	25		4. Conectado algum aparelho/ infusão endovenosa	Sim	20	
	Não	0			Não	0	
2. Diagnóstico Secundário (comorbidade)	Sim	15		5. Marcha	Normal/ Acamado/Cadeira de rodas	0	
	Não	0			Lenta/Fraco	10	
3. Ajuda na Mobilização	Acamado/ Repouso no leito/ Enfermagem	0			Alterada/ Cambaleante	20	
	Bengala/Muletas/Andador	15		Orientado	0		
	Equipamento/ Mobiliário como suporte	30		Desorientado/ Confuso	15		
NÍVEL DE RISCO		SCORE		AÇÃO			
BAIXO RISCO		0-34		Precauções Universais			
MODERADO RISCO		35-44		Precauções Padrão			
ALTO RISCO		> 45		Intervenções para Prevenção			
() ADEQUADO				() INADEQUADO			
3- IDENTIFICAÇÃO DE ACESSOS VENOSOS PERIFÉRICOS:							
Os acessos venosos periféricos devem estar identificados com uma pequena tira de esparadrapo ou similar, com letra legível e conter as seguintes informações: data e hora de punção e rubrica do funcionário responsável. Considera-se que em adultos o acesso venoso periférico por dispositivo agulhado para infusão de medicações deve ser trocado entre 72 e 96 horas ou, na existência de qualquer sinal de infecção (febre). No caso de utilizar-se o acesso para infusão de hemoderivados ou soluções lipídicas, este deve ser trocado em 24 horas. Em se tratando de crianças, não substituir o cateter a menos que clinicamente indicado. Avaliar somente os acessos punccionados nesta unidade.							
() ADEQUADO				() INADEQUADO			
4- VERIFICAÇÃO DE LESÕES CUTÂNEAS PÓS INFILTRATIVAS:							
Os pacientes internados, que estiverem fazendo uso de infusão venosa, ou que o fizeram, porém estão sem acesso venoso há menos de 24 horas, não deverão apresentar lesões cutâneas do tipo hematomas, febriles, infiltrações (porontas) e/ou áreas de necrose associadas à punção venosa para infusão de soro e/ou medicações.							
() ADEQUADO				() INADEQUADO			
5- IDENTIFICAÇÃO DE EQUIPOS PARA INFUSÃO VENOSA:							
Os equipos instalados em pacientes recebendo infusão venosa devem estar identificados com letra legível e conter as seguintes informações: data e hora de troca/instalação e rubrica do funcionário responsável. São considerados os seguintes prazos para troca de equipos: 72 horas – equipos de bomba infusora, 96 horas (4 dias) e 168 horas (7 dias) – equipos macrogotas, microgotas e microgotas com reservatório, 24 horas – equipos de PVC, nutrição parenteral total – NPT e equipos para infusão de sangue e hemoderivados, 6 a 12 horas – equipos para administração de propofol.							
() ADEQUADO - MANUT () MV () DROGA 1 () DROGA 2 ()				() INADEQUADO - MANUT () MV () DROGA 1 () DROGA 2 ()			
6- IDENTIFICAÇÃO DE FRASCOS DE SORO:							
Os frascos de soro de pacientes com infusão venosa devem possuir rótulo de identificação e conter as seguintes informações: nome do paciente, leito e enfermaria, componentes da solução, volume, hora de início e hora de término previsto, n.º de gotas e/ou mililitros por hora e assinatura do funcionário responsável. Soro para diluição de medicação não necessita de determinação do volume/ml ou gotas.							
() ADEQUADO - MANUT () MV () DROGA 1 () DROGA 2 ()				() INADEQUADO - MANUT () MV () DROGA 1 () DROGA 2 ()			
7- IDENTIFICAÇÃO DO CONTROLE DE VELOCIDADE DE INFUSÃO – ESCALA GRADUADA:							
Os frascos de soro de pacientes com infusão venosa devem possuir escala graduada compreendendo o horário de início e o previsto para o término da infusão de solução, confeccionada com uma tira de esparadrapo ou fita adesiva. A presença de escala é facultativa para soluções em "bolus" e para o soro de diluição de medicamentos.							
() ADEQUADO - SORO 1 () SORO 2 () SORO 3 ()				() INADEQUADO - SORO 1 () SORO 2 () SORO 3 ()			

8- IDENTIFICAÇÃO DE SONDAS GÁSTRICAS – ORO E NASOGÁSTRICAS PARA DRENAGEM:																																																	
As sondas nasogástricas e orogástricas, de PVC do tipo Levine, devem ser identificadas na sua porção externa, com uma pequena tira de esparadrapo ou similar, com letra legível e conter as seguintes informações: data e hora da troca e rubrica do funcionário responsável. É considerado o prazo de 72 horas para troca da sonda nasogástrica ou orogástrica de cloreto de polivinil – PVC, do tipo Levine. As sondas de silicone não serão avaliadas.																																																	
() ADEQUADO ()	() INADEQUADO ()																																																
9- FIXAÇÃO DA SONDA VESICAL DE DEMORA:																																																	
Todos os pacientes submetidos à sondagem vesical de demora devem ser assistidos no sentido da prevenção e controle de ITU associada à presença do cateter vesical. Dentre as medidas de melhor evidência avaliar a fixação adequada para prevenir movimento e tração uretral (paciente do sexo masculino – região suprapúbica; paciente do sexo feminino – face interna da coxa)																																																	
() ADEQUADO	() INADEQUADO																																																
10- POSICIONAMENTO DA BOLSA COLETORES DE DIURESE DA SONDA VESICAL DE DEMORA:																																																	
Todos os pacientes submetidos à sondagem vesical de demora devem ser assistidos no sentido da prevenção e controle de ITU associada à presença do cateter vesical. Dentre as medidas de melhor evidência avaliar a garantia do fluxo livre de urina por meio da manutenção da bolsa coletora abaixo do nível da bexiga.																																																	
() ADEQUADO	() INADEQUADO																																																
11- POSICIONAMENTO DO PROLONGAMENTO DE DRENAGEM DISTAL (SPIGOT) DA BOLSA COLETORES DE DIURESE:																																																	
Todos os pacientes submetidos à sondagem vesical de demora devem ser assistidos no sentido da prevenção e controle de ITU associada à presença do cateter vesical. Dentre as medidas de melhor evidência avaliar se o prolongamento de drenagem distal (spigot) da bolsa está protegido do contato com superfícies e ou o solo.																																																	
() ADEQUADO	() INADEQUADO																																																
12- CHECAGEM DOS PROCEDIMENTOS NA PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:																																																	
Os horários dos cuidados na prescrição de enfermagem devem estar checados com um brego e a rubrica do funcionário. Deve-se utilizar caneta vermelha no período diurno e caneta azul ou preta no período noturno. Os horários dos cuidados na prescrição de enfermagem que não forem realizados devem ser circutados com caneta de cor azul quando o motivo da não realização estiver relacionado ao paciente e em vermelho quando o motivo da não realização estiver relacionado ao prestador do cuidado de enfermagem. A justificativa deve ser registrada no espaço destinado às anotações na prescrição de enfermagem.
<i>14:00 suspensão sondagem vesical conforme orientação do Residente Fúlvio aug. enf. Clotário.</i>																																																
Nº ADEQUADO:	Nº INADEQUADO:																																																
13- VERIFICAÇÃO DOS CONTROLES DE SINAIS VITAIS PRESCRITOS:																																																	
Os sinais vitais prescritos na prescrição de enfermagem devem ser registrados em espaço próprio, na frequência prescrita pelo enfermeiro. Caso o paciente esteja ausente da unidade no horário prescrito para a verificação de SSVV, este horário deve ser circulado e justificado com caneta de cor azul e, caso o motivo da não verificação dos SSVV estiver relacionado ao prestador do cuidado, o horário deve ser circulado em vermelho e também justificado. Considera-se a verificação de SSVV como sendo a verificação da Dor, Temperatura (T), Frequência Cardíaca (FC), Pressão Arterial (PA) e Frequência Respiratória (FR). A ausência do registro de qualquer sinal vital SSVV prescrito caracteriza uma verificação incompleta. A contagem se dá por horário prescrito. SSVV verificados além do prescrito devem ser computados.																																																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Dor</th> <th>PA</th> <th>FC</th> <th>T_{pt}</th> <th>FR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>08:00</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>10:00</td> <td>0</td> <td>80x70</td> <td>90</td> <td>37,4</td> <td></td> </tr> <tr> <td>11:00</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>12:00</td> <td colspan="5">Sóla no centro de saúde</td> </tr> <tr> <td>13:00</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>14:00</td> <td></td> <td>140/90</td> <td>98</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>15:00</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Dor	PA	FC	T _{pt}	FR	08:00						10:00	0	80x70	90	37,4		11:00						12:00	Sóla no centro de saúde					13:00						14:00		140/90	98			15:00					
	Dor	PA	FC	T _{pt}	FR																																												
08:00																																																	
10:00	0	80x70	90	37,4																																													
11:00																																																	
12:00	Sóla no centro de saúde																																																
13:00																																																	
14:00		140/90	98																																														
15:00																																																	
Nº ADEQUADO:	Nº INADEQUADO:																																																
14- CHECAGEM DOS PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM NA PRESCRIÇÃO MÉDICA:																																																	
Os horários dos cuidados na prescrição médica devem estar checados com um brego e a rubrica do funcionário. Deve-se utilizar caneta vermelha no período diurno e caneta azul ou preta no período noturno. Os horários dos cuidados na prescrição que não forem realizados devem ser circutados com caneta de cor azul quando o motivo da não realização estiver relacionado ao paciente e em vermelho quando estiver relacionado ao prestador do cuidado. A justificativa deve ser registrada no espaço destinado às anotações na prescrição médica.
<i>8:00 paciente se recusou a tomar a medicação tec enf. Norono.</i>																																																
Nº ADEQUADO:	Nº INADEQUADO:																																																
15- ELABORAÇÃO DA PRESCRIÇÃO DIÁRIA E COMPLETA PELO ENFERMEIRO:																																																	
Todos pacientes internados na unidade devem possuir o impresso de prescrição de enfermagem diária. A prescrição dos cuidados de enfermagem deve ser elaborada exclusivamente pelo(a) enfermeiro(a) em atendimento às necessidades de cuidados do paciente, de forma individualizada, sujeita à mudanças correlacionadas com a mudança da prescrição médica e alterações no estado geral e exame físico do paciente. Verificar se o impresso existe e se indica o grau de dependência e se este é adequado, cuidados imprescindíveis (dieta, banho, higiene oral, mudança de decúbito, etc), cuidados especiais (curativos, sondas, drenos, aspiração, etc), cuidados de pré e pós operatório/exames, sinais e sintomas pertinentes, apazamento correto, uso somente de abreviaturas padronizadas.																																																	
() ADEQUADO	() INADEQUADO																																																
Observações:																																																	

ANEXO B

SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES

SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES (PERROCA, 1996)

NOME.....

UNIDADELEITO DATA

1 - Estado Mental e Nivel de Consciência (habilidade em manter a percepção e as atividades cognitivas)

- 1 - Acordado; interpretação precisa de ambiente e tempo; executa, sempre, corretamente, ordens verbalizadas; preservação da memória .
- 2 - Acordado; interpretação precisa de ambiente e tempo; segue instruções corretamente apenas algumas vezes; dificuldade de memória.
- 3 - Acordado; interpretação imprecisa de ambiente e tempo em alguns momentos; dificilmente segue instruções corretamente; dificuldade aumentada de memória.
- 4 - Acordado; interpretação imprecisa de ambiente e tempo em todos os momentos; não segue instruções corretamente; perda de memória.
- 5 - Desacordado; ausência de resposta verbal e manutenção de respostas a estímulos dolorosos ou ausência de respostas verbais e motoras.

2 - Oxigenação (aptidão em manter a permeabilidade das vias aéreas e o equilíbrio nas trocas gasosas por si mesmo, com auxílio da equipe de enfermagem e/ou de equipamentos)

- 1 - Não requer oxigenoterapia.
- 2 - Requer uso intermitente ou contínuo de oxigênio sem necessidade de desobstrução de vias aéreas.
- 3 - Requer uso intermitente ou contínuo de oxigênio com necessidade de desobstrução de vias aéreas.
- 4 - Requer uso de oxigênio por traqueostomia ou tubo orotraqueal .
- 5 - Requer ventilação mecânica.

3 - Sinais Vitais (necessidade de observação e de controle dos parâmetros vitais: temperatura corporal, pulso, padrão respiratório, saturação de oxigênio e pressão arterial, arterial média e venosa central)

- 1 - Requer controle de sinais vitais em intervalos de 6 horas
- 2 - Requer controle de sinais vitais em intervalos de 4 horas
- 3 - Requer controle de sinais vitais em intervalos de 2 horas
- 4 - Requer controle de sinais vitais em intervalos menores do que 2 horas
- 5 - Requer controle de sinais vitais em intervalos menores do que 2 horas e controle de pressão arterial média e/ou pressão venosa central e/ou saturação de oxigênio.

4 - Nutrição e Hidratação (habilidade de ingerir nutrientes e líquidos para atender às necessidades metabólicas, por si mesmo, com auxílio de acompanhantes ou da equipe de enfermagem ou por meio de sondas e cateteres)

- 1 - Auto-suficiente
- 2 - Requer encorajamento e supervisão da enfermagem na nutrição e hidratação oral
- 3 - Requer orientação e supervisão da enfermagem ao acompanhante para auxílio na nutrição e hidratação oral
- 4 - Requer auxílio da enfermagem na nutrição e hidratação oral e/ou assistência da enfermagem na alimentação por sonda nasogástrica ou nasoenteral ou estoma.
- 5 - Requer assistência efetiva da enfermagem para manipulação de cateteres periféricos ou centrais para nutrição e hidratação.

7- Cuidado Corporal (capacidade para realizar por si mesmo ou com auxílio de outros, atividades de higiene pessoal e conforto, de vestir-se e arrumar-se)

- 1 - Auto-suficiente
- 2 - Requer supervisão de enfermagem na realização do cuidado corporal e conforto.
- 3 - Requer orientação e supervisão de enfermagem ao acompanhante para auxílio na higiene oral, higiene íntima, banho de chuveiro e medidas de conforto.
- 4 - Requer auxílio da enfermagem na higiene oral, higiene íntima, banho de chuveiro e medidas de conforto.
- 5 - Requer assistência efetiva da enfermagem para o cuidado corporal e medidas de conforto devido à restrição no leito.

8 - Eliminações (habilidade em manter as diversas formas de eliminações sozinho, com auxílio do acompanhante ou da enfermagem ou por drenos e estomas)

- 1 - Auto-suficiente
- 2 - Requer supervisão e controle pela enfermagem das eliminações.
- 3 - Requer orientação e supervisão de enfermagem ao acompanhante para auxílio no uso de comadre, papagaio, troca de fraldas, absorventes e outros, e controle, pela enfermagem, das eliminações
- 4 - Requer auxílio e controle pela enfermagem no uso de comadre, papagaio, troca de fraldas, absorventes e outros.
- 5 - Requer assistência efetiva de enfermagem para manipulação e controle de cateteres, drenos, dispositivo para incontinência urinária ou estomas.

9 - Terapêutica (utilização dos diversos agentes terapêuticos medicamentosos prescritos)

- 1 - Requer medicação VO de rotina ou ID, SC ou IM.
- 2 - Requer medicação EV contínua e/ou através de sonda nasogástrica, nasoenteral ou estoma.
- 3 - Requer medicação EV intermitente com manutenção de cateter.
- 4 - Requer uso de sangue e derivados ou expansores plasmáticos ou agentes citostáticos.
- 5 - Requer uso de drogas vasoativas ou outras que exigem maiores cuidados na administração.

10 - Educação à Saúde (habilidade do paciente/família em receber e aceitar orientações sobre auto-cuidado)

- 1 - Orientações de enfermagem ao paciente/família sobre auto-cuidado com pronta compreensão e aceitação das informações recebidas.
- 2 - Orientações de enfermagem ao paciente/família sobre auto-cuidado com dificuldades de compreensão mas com pronta aceitação das informações recebidas.
- 3 - Orientações de enfermagem ao paciente/família sobre auto-cuidado com pronta compreensão mas certa resistência às informações recebidas.
- 4 - Orientações de enfermagem ao paciente/família sobre auto-cuidado com pronta compreensão mas elevada resistência às informações recebidas.
- 5 - Orientações de enfermagem ao paciente/família sobre auto-cuidado com pronta compreensão mas sem aceitação das informações recebidas.

11- Comportamento (sentimentos, pensamentos e condutas do paciente com relação à sua doença, gerados em sua interação com o processo de hospitalização, a equipe de saúde e/ou família)

Para preencher o indicador abaixo observe as conceituações:

ANSIEDADE - "vago sentimento de catástrofe iminente, apreensão ou sensação de pavor" (TAYLOR, 1992).

SINTOMAS DE ANSIEDADE - alteração da respiração, tremores, sudorese, taquicardia, náusea, vômito, vertigem, anorexia, diarreia, inquietação, perturbação do sono, medo excessivo ou irracional, sensações de falta de ar ou sufocamento, parestesias, tensão muscular (DSM-IV, 1995).

RETRAIMENTO SOCIAL - tendência ocasional para evitar contatos sociais; funcionamento social diminuído.

IRRITABILIDADE - "Irritação: estado relativamente moderado de cólera, expressando-se sobretudo em formas verbais" (CABRAL; NICK, 1979). Ex: exasperação, exaltação

RETRAIMENTO SOCIAL AUMENTADO - tendência freqüente para evitar contatos sociais.

APATIA - "aparente insensibilidade a tudo o que provoca habitualmente no indivíduo um sentimento ou uma emoção" (FILLIOUD et al., 1981). indiferença Ex: não manifestação de amor, ódio, alegria, tristeza, medo, raiva.

PASSIVIDADE - "é uma predisposição para sofrer sem iniciativa nem esforço todas as influências exteriores" (FILLIOUD et al., 1981). Ex: Não reação diante de procedimentos de enfermagem, condutas médicas, hospitalização

DESESPERANÇA - "estado subjetivo em que o indivíduo vê escolhas pessoais disponíveis limitadas, ou sem alternativas, e está incapaz de mobilizar energia em seu próprio favor" (NANDA, 1986). Ex: ausência ou diminuição de expectativas, projetos e planos de vida.

IMPOTÊNCIA PSÍQUICA - "percepção de que uma pessoa tem de que o que ela pode fazer não altera, significativamente, um resultado..." (NANDA, 1982). Ex: demonstração de incapacidade para desempenhar atividades cotidianas ("não sei", "não vou conseguir", "não posso").

AMBIVALÊNCIA DE SENTIMENTOS - "coexistência de dois impulsos, desejos, atitudes ou emoções opostos dirigidos para a mesma pessoa, o mesmo objeto ou o mesmo objetivo..." (DICIONÁRIO Médico Blackiston, 1982). Ex: afirmação/negação, aceitação/rejeição, amor/ódio, alegria/tristeza.

ISOLAMENTO SOCIAL - "privação de contatos sociais..." (CABRAL; NICK, 1979).

1 - Calmo, tranquilo; preocupações cotidianas

2 - Alguns sintomas de ansiedade (até 3) ou queixas e solicitações contínuas ou retraimento social.

3 - Irritabilidade excessiva ou retraimento social aumentado ou apatia ou passividade ou queixas excessivas.

4 - Sentimento de desesperança ou impotência psíquica ou ambivalência de sentimentos ou acentuada diminuição do interesse por atividades ou aumento da frequência de sintomas de ansiedade (mais de 3 sintomas).

5 - Comportamento destrutivo dirigido a si mesmo e aos outros ou recusa de cuidados de atenção à saúde ou verbalizações hostis e ameaçadoras ou completo isolamento social.

12 - Comunicação (habilidade em usar ou entender a linguagem verbal e não verbal na interação humana)

1 - Comunicativo, expressa idéias com clareza e lógica.

2 - Dificuldade em se expressar por diferenças sócio-culturais; verbalização inapropriada.

3 - recusa-se a falar; choroso; comunicação não verbal.

4 - Dificuldade em se comunicar por distúrbios de linguagem (afasia, distasia, disartria) ou sensibilidade dolorosa ao falar ou por barreira física (traqueostomia, entubação) ou deficiência física ou mental.

5 - Inapto para comunicar necessidades .

13 - Integridade Cutâneo-Mucosa (manutenção da pele e mucosas sem danificação ou destruição)

- 1 - Pele íntegra e sem alteração de cor em todas as áreas do corpo.
- 2 - Presença de alteração da cor da pele (equimose, hiperemia ou outras) em uma ou mais áreas do corpo sem solução de continuidade
- 3 - Presença de solução de continuidade em uma ou mais áreas do corpo sem presença de exsudato purulento
- 4 - Presença de solução de continuidade em uma ou mais áreas do corpo com presença de exsudato purulento, sem exposição de tecido muscular e/ou ósseo; ausência de áreas de necrose.
- 5 - Presença de solução de continuidade em uma ou mais áreas do corpo com presença de exsudato purulento, exposição de tecido muscular e/ou ósseo; presença de áreas de necrose

AValiação do tipo de cuidado :

Cuidados Mínimos: 13 a 26 pontos
cuidados a pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, mas fisicamente auto-suficientes quanto às necessidades humanas básicas;

Cuidados Intermediários: 27 a 39 pontos
cuidados a pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, com parcial dependência das ações de enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas;

Cuidados Semi-Intensivos: 40 a 52 pontos
cuidados a pacientes crônicos, estáveis sob o ponto de vista clínico, porém, com total dependência das ações de enfermagem quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas.

Cuidados Intensivos: 53 a 65 pontos
cuidados a pacientes graves, com risco iminente de vida, sujeitos à instabilidade de sinais vitais, que requeiram assistência de enfermagem permanente e especializada;

Total da pontuação:

Classificação:

Enfermeiro:

ANEXO C

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP - USP

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE
RIBEIRÃO PRETO - USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da qualidade da assistência de enfermagem e perfil assistencial dos pacientes de um hospital acreditado de Minas Gerais.

Pesquisador: Natássia Carmo Lopes Quelroz Ferreira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 57748316.1.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.727.009

Apresentação do Projeto:

Trata-se de avaliação das respostas às pendências

Objetivo da Pesquisa:

Sem alteração

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Sem alteração

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem alteração

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram realizadas as seguintes alterações no TCLE:

- Descreveu o procedimento de coleta de dados;
- Solicitou autorização para busca de informações no prontuário;
- Informou o tempo de observação do participante;
- Indicou a forma de manejo do desconforto;
- Garantiu a entrega de uma via assinada;
- Garantiu indenização em caso de dano.

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (18)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br

**ESCOLA DE ENFERMAGEM DE
RIBEIRÃO PRETO - USP**

Continuação do Parecer: 1.727.009

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado Ad Referendum

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMACOES BASICAS_DO_PROJETO_749113.pdf	31/08/2016 13:40:45		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_nova_2.pdf	31/08/2016 13:40:17	Natássia Carmo Lopes Queiroz Ferreira	Aceito
Dedicação de Instituição e Infraestrutura	autorizacao_enf.pdf	07/07/2016 21:42:56	Natássia Carmo Lopes Queiroz Ferreira	Aceito
Dedicação de Instituição e Infraestrutura	autorizacao_instituicao.pdf	07/07/2016 21:38:48	Natássia Carmo Lopes Queiroz Ferreira	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	07/07/2016 21:37:25	Natássia Carmo Lopes Queiroz Ferreira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	07/07/2016 21:32:23	Natássia Carmo Lopes Queiroz Ferreira	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	07/07/2016 20:10:31	Natássia Carmo Lopes Queiroz Ferreira	Aceito
Outros	Oficio_de_encaminhamento.pdf	07/07/2016 20:10:11	Natássia Carmo Lopes Queiroz Ferreira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_CEP.pdf	07/07/2016 20:09:22	Natássia Carmo Lopes Queiroz Ferreira	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	07/07/2016 20:08:20	Natássia Carmo Lopes Queiroz Ferreira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE CEP: 14.040-802
UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3315-9197 E-mail: cep@eerp.usp.br

**ESCOLA DE ENFERMAGEM DE
RIBEIRÃO PRETO - USP**

Continuação do Parecer: 1.727.009

Não

RIBEIRÃO PRETO, 14 de Setembro de 2016

Assinado por:
Angelita Maria Stabile
(Coordenador)

ANEXO D

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP – SANTA CASA DE MISERICÓRDIA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da qualidade da assistência de enfermagem e perfil assistencial dos pacientes de um hospital acreditado de Minas Gerais

Pesquisador: Natássia Carmo Lopes Queiroz Ferreira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 61634516.1.3001.8043

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.841.244

Apresentação do Projeto:

No estudo será realizada uma pesquisa que tem por objetivo avaliar a qualidade da assistência de enfermagem e o perfil assistencial dos pacientes de um hospital acreditado em Minas Gerais. Trata-se de um estudo quantitativo, observacional, com delineamento longitudinal prospectivo e relacional;

Objetivo da Pesquisa:**Objetivo Primário:**

Avaliar a qualidade da assistência de enfermagem e o perfil assistencial dos pacientes de um hospital acreditado de em Minas Gerais;

Objetivo Secundário:

Mensurar a qualidade do cuidado de enfermagem por meio de indicadores de qualidade; Identificar o perfil assistencial dos pacientes por meio do

Sistema de Classificação de Pacientes de Perroca; Relacionar a qualidade da assistência prestada ao perfil assistencial dos pacientes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Paciente ou responsável pode se contrair ao assinar o TCLE por ter receio de participar

Continuação do Parecer: 1.841.244

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_817376.pdf	01/11/2016 16:50:16		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	projeto_CEP-versao_2.pdf	01/11/2016 16:47:57	Natássia Carmo Lopes Queiroz Ferreira	Aceito
Investigador				
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tce-versao_2.pdf	01/11/2016 16:47:14	Natássia Carmo Lopes Queiroz Ferreira	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_817376.pdf	31/10/2016 10:53:00		Aceito
Outros	Oficio_de_encaminhamento.pdf	28/10/2016 17:01:56	Natássia Carmo Lopes Queiroz Ferreira	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	28/10/2016 17:01:02	Natássia Carmo Lopes Queiroz Ferreira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao_instituicao.pdf	28/10/2016 17:00:40	Natássia Carmo Lopes Queiroz Ferreira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao_inf.pdf	28/10/2016 17:00:13	Natássia Carmo Lopes Queiroz Ferreira	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	28/10/2016 16:59:44	Natássia Carmo Lopes Queiroz Ferreira	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	27/10/2016 20:45:47	Natássia Carmo Lopes Queiroz Ferreira	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

PASSOS, 29 de Novembro de 2016

Assinado por:
Marcos Antônio de Oliveira
(Coordenador)